

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М.П. ДРАГОМАНОВА

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І ПСИХОЛОГІЇ
ІМЕНІ МИКОЛИ ЯРМАЧЕНКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КОРЕЦЬ АНДРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 159.922.8-056.49-056.26(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОКОРЕКЦІЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ
ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ
ЗДОРОВ'Я**

19.00.08 – спеціальна психологія

Психологічні науки

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ А. М. Корець

Науковий керівник : **Синьов Віктор Миколайович**, доктор педагогічних наук, професор, дійсний член НАПН України

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Корець А. М. Психокорекція адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук зі спеціальності 19.00.08 – спеціальна психологія. – Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Київ, 2021. – Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України, Київ 2021.

Дисертаційна робота присвячена визначенню психологічних передумов адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я, розробці та апробуванню програми її комплексної профілактики та корекції.

Системний аналіз наукових досліджень проблеми адиктивної поведінки дав змогу розглянути їх із різних теоретичних позицій – психологічної (Т. Больбот, М. Бредіхіна, В. Бурова, А. Войскунський та ін.) та медичної науки (С. Кулаков, А. Личко, В. Менделевич, Н. Морозова, М. Певзнер та ін.). На цій основі здійснено феноменологізацію поняття адиктивної поведінки як однієї з форм девіантної, деструктивної поведінки, що виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності, з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій.

В якості основного методологічного підґрунтя дослідження визначено теорію взаємодії соціальних і біологічних чинників розвитку особистості (Л. Божович, Л. Виготський, Г. Костюк, О. Леонт'єв, С. Максименко, С. Рубінштейн, Р. Процюк, В. Синьов та ін.), що обумовило розгляд адиктивної поведінки як результату складної взаємодії спадкових, біохімічних, соціальних та індивідуально-психологічних

чинників. Серед таких виокремлено: зовнішні умови навколишнього середовища (спадково-біологічні, соціальні, психофізіологічні та індивідуально-типологічні умови), внутрішньоособистісні причини й механізми адиктивної поведінки, психопатологічні чинники.

Каузальний підхід до вивчення проблеми адиктивної поведінки обумовив її розгляд з позицій психодинамічної теорії, яка стверджує, що зародження адиктивних механізмів відбувається в дитинстві та полягає в особливостях виховання. Вивчення адиктивної поведінки як складного біопсихосоціального феномену засвідчило відсутність єдиної теорії, що пояснює її формування. Важливу роль у формуванні залежної поведінки відіграють психофізіологічні особливості людини, типологічні особливості нервової системи (слабкість, чутливість), тип характеру (нестійка, гіпертимна, епілептоїдна акцентуації в осіб алко- і наркозалежних), низька стресостійкість, невротичний розвиток особистості, obsesивний або компульсивний характер.

Розглянуто клініко-психологічну характеристику хімічних і нехімічних адикцій, визначено їх специфіку та загальні ознаки: стійке прагнення до зміни психофізичного стану; безперервний процес розвитку адикції; циклічність залежної поведінки; закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивної установки, тобто сукупності когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, які викликають адиктивне ставлення до життя; надмірне емоційне ставлення до об'єкту залежності; перетворення об'єкту адикції у мету існування; заперечення існування залежності.

Встановлено, що найбільш вразливим періодом для виникнення адикцій є підлітковий та юнацький вік. Вікова потреба групування з однолітками може виступати як провідний соціопсихологічний чинник розвитку адиктивної поведінки, яка виявляється в територіальних, делінквентних, наркоманічних і неформальних групах (А. Личко).

На основі застосування діяльнісного підходу (Л. Виготський, Г. Костюк, О. Леонт'єв, Б. Ломов, С. Максименко, С. Рубінштейн, О. Хохліна та ін.) обґрунтовано зв'язок між специфікою потреб особистості в юнацькому віці та ризиком формування адикції. Класична для вітчизняної медичної психології модель формування алкогольної адикції припускає функціонування механізму «зсуву мотиву на ціль», що призводить до формування ілюзорно-компенсаторної діяльності (Б. Братусь). Оскільки адиктивна поведінка є ознакою соціальної дезадаптованості, обґрунтовано, що виявлення специфіки потребово-мотиваційної сфери у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я дасть змогу визначити особистісні детермінанти адиктивної поведінки, сприятиме пошуку ефективних шляхів профілактики й корекції.

У дисертаційному дослідженні визначено поняття адиктивної поведінки як дефектологічної проблеми; здійснено висвітлення набутого вітчизняною дефектологічною та психологічною практикою досвіду з метою розробки перспективних шляхів діагностики, корекції та профілактики адиктивної поведінки особистості з інтелектуальними порушеннями; уточнено та розширено поняттєво-категорійний апарат (адиктивна поведінка, адиктивний агент); встановлено, що схильність до адиктивної поведінки залежить від поєднання певних особистісних якостей та ставлення юнаків до своєї хвороби.

У результаті проведеного емпіричного дослідження було визначено чинники формування адиктивної поведінки у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я, що безпосередньо пов'язано зі зниженням здатності осіб з інтелектуальними порушеннями адекватно сприймати дійсність, переробляти інформацію та приймати рішення внаслідок органічно обумовлених причин. Встановлено, що юнаки з обмеженими можливостями здоров'я характеризуються більш високими показниками схильності до адиктивної поведінки порівняно з юнаками з нормотиповим розвитком, що надає їй ознак стійкості та вказує на наявність особистісних

якостей, що значно підвищують ризик негативних проявів та подальших рецидивів. Це обумовлено, насамперед, високою вразливістю мозку щодо токсичних речовин внаслідок органічних уражень.

Виявлено, що одним із найбільш обтяжливих факторів лікування адикції є переважний анозогнозичний тип реагування, що полягає в небажанні усвідомлювати адикцію як хворобу, незнання про її можливі наслідки. Для цих осіб властиво заперечення очевидних ознак адикції, приписування їх випадковим обставинам. Іншими за мірою частотних розподілів є апатичний тип, що виявляється в байдужості до своєї долі, наслідкам хвороби та результатами лікування та неврастенічний тип, що характеризується поведінкою за типом «дратівливої слабкості», супроводжується роздратуванням, імпульсивними реакціями та може бути безпосередньо пов'язано з органічною природою інтелектуальних порушень.

Обґрунтовано, що адиктивна поведінка юнаків з обмеженими можливостями здоров'я має мультифакторну природу та визначається, по-перше, біологічними передумовами, які обумовлені первинним дефектом: конкретністю та ситуативністю мислення, невмінням встановлювати причинно-наслідкові зв'язки та передбачати наслідки своїх вчинків; по-друге, психологічними передумовами: підвищеною тривожністю, агресивністю, що носить захисний характер, недостатнім усвідомленням мотивів власної поведінки, незрілістю особистісних утворень, навіюваністю, недорозвитком емпатії, слабкістю волевої регуляції; по-третє, соціальними чинниками, звуженим та невдалим досвідом міжособистісного спілкування.

Аналіз індивідуально-психологічних особливостей адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я виявив високий рівень вираженості таких особистісних якостей, як тривожність, імпульсивність, невпевненість, агресивність, асоціальність, естетична нечутливість, які можуть виступати в якості передумов виникнення

адиктивної поведінки, що має мультифакторну природу та обумовлено як біологічними, так і соціальними чинниками. Зниження критичності та адекватної оцінки власних можливостей внаслідок інтелектуальних порушень призводить до когнітивного дисонансу в процесі зіткнення з реальністю, що не може асимілюватися особою та виступає як травмувальний чинник. Як показали результати дослідження, у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я потреба в безпеці не задовольняється повною мірою, а потреби в самореалізації та в міжособистісних зв'язках, з якою пов'язані мотиви досягнення успіху в діяльності та інтимно-особистісному спілкуванні, не визнаються актуальними, фруструються.

Аналіз адиктивних станів та їх клініки свідчить про те, що в молоді з порушеннями інтелектуального розвитку цей стан виникає значно раніше порівняно із звичайними особами юнацького віку та призводить до розвитку тяжких форм залежності, що потребує тривалого та поетапного лікування та психосоціальної реабілітації, у поєднанні медикаментозних та психологічних впливів, важливим компонентом якої є комплексна психокорекція.

Мета психокорекції полягала в коригуванні адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я на основі урахування їх індивідуально-психологічних особливостей. Створення корекційної програми було зорієнтовано на вирішення завдань, які відображали найбільш дефіцитарні шляхи розвитку особистості осіб з адиктивною поведінкою, а саме: 1) удосконалення когнітивних структур особистості шляхом розвитку навичок рефлексії, усвідомлення проблеми адиктивної поведінки як неконструктивної, небезпечної; 2) гармонізація особистості, корекція несприятливих індивідуально-психологічних передумов адиктивної поведінки; 3) оптимізація соціальних взаємин осіб з адиктивною поведінкою; 4) формування адаптивних форм поведінки. Реалізація цих завдань була відображена у відповідних компонентах корекційної програми: мотиваційному, інформаційно-когнітивному;

операційному; індивідуально-особистісному; емоційно-енергетичному, кожен з яких був зорієнтований на формування критеріїв нормативної поведінки, охоплював формування здорових інтересів, установок і готовності до позитивного способу життя.

Апробація програми психокорекційного тренінгу в малих групах засвідчила позитивні зміни у ставленні учасників до власного психічного здоров'я, усвідомлення негативного впливу залежності. У процесі проведення психокорекції при повторному тестуванні фіксувалися зрушення щодо ставлення до власної алкозалежності, змінився розподіл різних типів ставлення в експериментальній групі. Зовнішнім показником була наявність повторних рецидивів, що виявилось набагато меншим у порівнянні з групою, що отримувала лише медикаментозне лікування. Внаслідок психокорекційної роботи знизився показник анозогнозичного ставлення до адиктивної поведінки. Крім того, відмічались позитивні зрушення за такими напрямками соціалізації, як: відновлення навчання у професійно-технічному училищі, відновлення навчання у спеціальному закладі освіти, покращення соціальних відносин з батьками, участь у суспільно-корисних роботах, відновлення соціальних навичок у побуті, відновлення участі в гуртку технічної творчості та участі у фізкультурних заходах, що сприяло забезпеченню умов для подальшої реабілітації та третинної профілактики адикцій у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я.

Ключові слова: юнаки з обмеженими можливостями здоров'я; адиктивна поведінка; індивідуально-психологічні передумови; потребово-мотиваційна сфера; психокорекційний вплив.

ABSTRACT

Korets A. M. Psychocorrection of addictive behavior of adolescents with disabilities. – Qualifying scientific work on the rights of a manuscript.

Dissertation for obtaining the degree of a candidate of psychological sciences; specialty 19.00.08 – Special Psychology. – National Pedagogical Dragomanov University, Kyiv, 2021. – Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2021.

The dissertation is devoted to determining the psychological prerequisites for addictive behavior of adolescents with disabilities, development and testing of a program of its comprehensive prevention and correction. Systematic analysis of scientific research on the problem of addictive behavior made it possible to consider them from different theoretical positions - psychological (T. Bolbot, M. Bredikhina, V. Burova, A. Voiskunsky, etc.) and medical science (S. Kulakov, A. Lychko, V. Mendeleovich, N. Morozova, M. Pevzner, etc.).

On this basis, the phenomenologization of the concept of addictive behavior as a form of deviant, destructive behavior, expressed in the desire to escape from reality by artificially changing their mental state by taking various chemicals or constantly focusing on certain activities to develop and maintain intense emotions.

The theory of interaction of social and biological factors of personality development is defined as the main methodological basis of the research (L. Bozhovych, L. Vygotsky, G. Kostyuk, O. Leontiev, S. Maksymenko, S. Rubinstein, R. Protsyuk, V. Sinyov and others), which led to the consideration of addictive behavior as a result of complex interactions of hereditary, biochemical, social and individual psychological factors. Among these are: external environmental conditions (hereditary biological, social, psychophysiological and individual-typological conditions), intrapersonal causes and mechanisms of addictive behavior, psychopathological factors.

The causal approach to the study of the problem of addictive behavior led to its consideration from the standpoint of psychodynamic theory, which states that the origin of addictive mechanisms occurs in childhood and is the peculiarities of education. The study of addictive behavior as a complex biopsychosocial phenomenon showed the lack of a single theory that explains its formation. An important role in the formation of addictive behavior is played by psychophysiological features of man, typological features of the nervous system (weakness, sensitivity), character type (unstable, hyperthymic, epileptoid accentuation in alcoholics and drug addicts), low stress, neurotic personality or compulsive nature.

The clinical and psychological characteristics of chemical and non-chemical addictions are considered, their specificity and general features are determined: steady desire to change the psychophysical state; continuous process of addiction development; cyclicity of dependent behavior; natural occurrence of personal changes and social maladaptation; formation of addictive attitude, ie a set of cognitive, emotional and behavioral characteristics that cause an addictive attitude to life; excessive emotional attitude towards the object of dependence; transformation of the object of addiction into the purpose of existence; denial of the existence of dependence. It is established that the most vulnerable period for the occurrence of addictions is adolescence and adolescence. The age need for grouping with peers can act as a leading socio-psychological factor in the development of addictive behavior, which is manifested in territorial, delinquent, drug and informal groups (A. Lychko).

Based on the application of the activity approach (L. Vygotsky, G. Kostyuk, O. Leontiev, B. Lomov, S. Maksymenko, S. Rubinstein, O. Khokhlina, etc.) the connection between the specific needs of the individual in adolescence and risk is substantiated formation of addiction. The model of formation of alcohol addiction, classic for domestic medical psychology, assumes the functioning of the mechanism of «shifting the motive to the goal», which leads to the formation of illusory-compensatory activity (B. Bratus). Since addictive

behavior is a sign of social maladaptation, it is reasonable that identifying the specifics of the need-motivational sphere in young people with disabilities will identify personal determinants of addictive behavior, will help find effective ways of prevention and correction.

The dissertation research defines the concept of addictive behavior as a defectological problem; coverage of the experience gained by domestic defectological and psychological practice in order to develop promising ways to diagnose, correct and prevent addictive behavior of individuals with intellectual disabilities; clarified and expanded the conceptual and categorical apparatus (addictive behavior, addictive agent); found that the predisposition to addictive behavior depends on a combination of certain personal qualities and attitudes of young people to their disease. Empirical research has identified factors in the formation of addictive behavior in young people with disabilities, which is directly related to reduced ability of people with intellectual disabilities to adequately perceive reality, process information and make decisions due to organically determined reasons.

It has been found that young people with disabilities have a higher rate of addictive behavior than young people with normative development, which gives her signs of resilience and indicates the presence of personal qualities that significantly increase the risk of adverse events and subsequent relapses. This is primarily due to the high vulnerability of the brain to toxic substances due to organic lesions.

It was found that one of the most burdensome factors in the treatment of addiction is the predominant anosognostic type of response, which is the unwillingness to understand addiction as a disease, ignorance of its possible consequences. For these people is characterized by the denial of obvious signs of addiction, attributing them to accidental circumstances. Others in terms of frequency distribution are apathetic type, which manifests itself in indifference to their fate, disease consequences and treatment outcomes, and neurasthenic type, characterized by «irritable weakness» behavior, accompanied by

irritability, impulsive reactions and may be directly related to organic the nature of intellectual disabilities.

It is substantiated that the addictive behavior of young people with disabilities is multifactorial in nature and is determined, first, by biological preconditions due to the primary defect: specificity and situationality of thinking, inability to establish causal relationships and predict the consequences of their actions; secondly, psychological preconditions: increased anxiety, protective aggression, lack of awareness of the motives of their own behavior, immaturity of personal formations, suggestion, underdevelopment of empathy, weakness of volitional regulation; third, social factors, narrowed and unsuccessful experience of interpersonal communication.

Analysis of individual psychological characteristics of addictive behavior of young people with disabilities revealed a high level of expression of such personal qualities as anxiety, impulsiveness, insecurity, aggression, asociality, aesthetic insensitivity, which may be prerequisites for addictive behavior. and due to both biological and social factors. Reducing the criticality and adequate assessment of one's own abilities due to intellectual disabilities leads to cognitive dissonance in the process of confrontation with reality, which cannot be assimilated by a person and acts as a traumatic factor. According to the results of the study, the need for security in young people with disabilities is not fully met, and the need for self-realization and interpersonal relationships, which are associated with motives for success in activities and intimate-personal communication, is not recognized relevant, frustrated.

Analysis of addictive conditions and their clinic shows that in young people with intellectual disabilities this condition occurs much earlier than ordinary adolescents and leads to severe addiction, which requires long-term and phased treatment and psychosocial rehabilitation, in combination with medication and psychological influences, an important component of which is a comprehensive psychocorrection.

The purpose of psychocorrection was to correct the addictive behavior of young people with disabilities based on their individual psychological characteristics. The creation of a correctional program was focused on solving problems that reflect the most deficient ways of personality development of persons with addictive behavior, namely: 1) improving cognitive structures of personality through the development of reflection skills, awareness of addictive behavior as unconstructive, dangerous; 2) harmonization of personality, correction of unfavorable individual psychological preconditions of adaptive behavior; 3) optimization of social relations of persons with adaptive behavior; 4) the formation of adaptive forms of behavior. The implementation of these tasks was reflected in the relevant components of the correctional program: motivational, information and cognitive; operating room; individual and personal; emotional and energy, each of which was focused on the formation of criteria for normative behavior, covered the formation of healthy interests, attitudes and readiness for a positive lifestyle.

Approbation of the program of psycho-correctional training in small groups showed positive changes in the attitude of participants to their own mental health, awareness of the negative impact of addiction. In the process of psychocorrection during re-testing, changes in attitudes toward one's own alcohol dependence were recorded, and the distribution of different types of attitudes in the experimental group changed. The external indicator was the presence of recurrences, which was much lower compared to the group receiving only medical treatment.

As a result of psycho-correctional work, the rate of anosognostic attitude to addictive behavior decreased. In addition, the representatives of the experimental group showed positive changes in such areas of socialization as: resumption of training in vocational schools, resumption of training in a special educational institution, improvement of social relations with parents, participation in socially useful works, restoration of social skills in everyday life, resumption of participation in the circle of technical creativity and

participation in physical culture activities, which helped provide conditions for further rehabilitation and tertiary prevention of addictions in young people with disabilities.

Key words: young people with disabilities; addictive behavior; individual psychological prerequisites; need-motivational sphere; psychocorrective effect.

Публікації, що відображають основні наукові результати

Статті у наукових періодичних виданнях інших держав

1. Корець А. М. Особливості потребово-мотиваційної сфери осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я та схильністю до адиктивної поведінки. *KELM*. 2021. № 5 (41). Vol. 2. P. 49-54.

Статті у наукових фахових виданнях України, що включені до міжнародних наукометричних баз з психології

2. Корець А. М. Профілактика та корекція адиктивної поведінки підлітків та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2016. № 1(77). С. 74-79.

3. Корець А. М. Індивідуальний підхід до психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з вадами розумового розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2019. Вип. 3. С. 167-172.

Статті у наукових фахових виданнях України з психології

4. Корець А. М. Психологічні чинники адиктивної поведінки молоді. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2012. № 21. С. 377-381.

5. Корець А. М. Психологічні чинники зародження алкоголізму та наркоманії підлітків. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2013. № 22. С. 353-357.

6. Корець А. М. Соціально-медичні особливості адиктивних станів молоді. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2013. № 23. С. 340-34.

7. Корець А. М. Профілактика адитивної поведінки осіб юнацького віку з особливими потребами. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2017. Вип. 5. Т. 2. С. 60-64.

Публікації, що додатково відображають наукові результати

Публікації апробаційного характеру

8. Корець А. М. Адиктивні стани молоді з вадами розумового розвитку. *Актуальні питання педагогічних і психологічних наук в XXI столітті* : збірник тез наукових робіт міжнародної науково-практичної конференції ГО «Південна фундація педагогіки» (м. Одеса, 23-24 листопада 2012 р.). 2012. С. 20-22.

9. Корець А. М. Роль поведінкового підходу у системі профілактики наркоманії серед молоді. *Педагогіка та психологія: традиції та інновації* : міжнародна науково-практична конференція ГО «Львівська педагогічна спільнота» (м. Львів, 15-16 березня 2013 р.). 2013. С. 30-32.

10. Корець А. М. Профілактика та корекція залежної поведінки молоді. *Актуальні питання педагогічних і психологічних наук в XXI столітті* : збірник тез наукових робіт міжнародної науково-практичної конференції ГО «Південна фундація педагогіки» (м. Одеса, 2-3 серпня 2013 р.). 2013. С. 40-43.

11. Корець А. М. Психологічні та соціальні аспекти профілактики алкогольної залежності серед молоді. *Проблеми та перспективи педагогіки і психології у сучасному суспільстві* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології» (м. Київ, 26 січня 2013 р.). 2013. С. 130-131.

12. Корець А. М. Особливості адиктивної поведінки підлітків з обмеженими можливостями здоров'я. *Наукова спадщина Григорія Костюка і сучасні проблеми особистісно орієнтованої освіти* : збірник

матеріалів Всеукраїнської науково-методичної інтернет-конференції (м. Кіровоград, 18-19 квітня 2016 р.). 2016. С. 212-217.

13. Корець А. М. Корекційна робота із особами юнацького віку, які мають наркотичну та алкогольну залежність. *Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення і підходи*: збірник матеріалів II-ї Міжнародної науково-практичної конференції (Баку-Ужгород-Дрогобич, 10 березня 2017 р.). 2017. С. 555-556.

14. Корець А. М. Діагностика адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я. *Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення і підходи*: збірник матеріалів III-ї Міжнародної науково-практичної конференції (Баку-Ужгород-Дрогобич, 17 листопада 2017 р.). 2017 С. 394-395.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ	11
1.1. Адиктивна поведінка особистості як предмет міждисциплінарних досліджень.....	11
1.2. Форми адикцій та їх клініко-психологічна характеристика.....	23
1.3. Чинники формування адиктивної поведінки в юнацькому віці	36
Висновки до першого розділу	64
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЮНАКІВ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я	66
2.1. Концептуальні засади емпіричного дослідження адиктивної поведінки осіб з обмеженими можливостями здоров'я.....	66
2.2. Організація та методи емпіричного дослідження	70
2.3 Аналіз результатів дослідження	79
Висновки до другого розділу	90
РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЮНАКІВ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я.....	93
3.1.Обґрунтування моделі психокорекції адиктивної поведінки.....	93
3.2.Технологічні особливості реалізації системи корекційної роботи.....	117
3.3. Програма тренінгу з подолання адиктивної поведінки осіб з обмеженими можливостями здоров'я	132
3.4. Оцінка ефективності психокорекційної програми	147
Висновки до третього розділу	156
ВИСНОВКИ.....	158
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	162
ДОДАТКИ.....	185

ВСТУП

Актуальність теми. Розбудова демократичного суспільства в Україні ґрунтується на забезпеченні захисту та безпеки кожного члена суспільства, його прав і свобод. У зв'язку з цим актуальним соціальним завданням виступає збереження психічного та фізичного здоров'я громадян, що обумовлює необхідність розроблення наукових засад профілактики та корекції адиктивної поведінки молоді. Особливо вразливою категорією виступають особи з обмеженими можливостями здоров'я, переважно з інтелектуальними порушеннями, які характеризуються зниженням здатності до самореалізації та труднощами задоволення основних потреб.

Проблема вивчення адиктивної поведінки особистості має міждисциплінарний характер. У психологічній науці вона розглядається як форма девіантної поведінки, що обумовлена порушенням адаптації особистості до нових умов мікро- та макросередовища (Т. Больбот, М. Бредіхіна, В. Бурова, А. Войскунський, Л. Журавльова, М. Коллінз, С. Кулаков, В. Менделевич, О. Овчиннікова, А. Тимохіна, М. Смульсон, Л. Фортов, К. Янг та ін.). Зв'язок соціалізації й реабілітації адиктивної поведінки особистості представлено в роботах К. Жуліной, В. Кудрявцева, О. Трошина. В чисельних дослідженнях висвітлені питання діагностики й корекції відхилень у поведінці підлітків (А. Андрєєва, М. Битянова, І. Дубровина, Н. Ключева, Н. Майсак, Н. Максимова, Р. Овчарова, А. Парафіян, В. Семикін, Н. Самоукіна та ін.).

У психолого-педагогічній науці представлено низку досліджень, присвячених вивченню неадаптивних проявів поведінки юнаків з інтелектуальними порушеннями, а саме: адикцій (Н. Морозова, М. Певзнер), асоціальних проявів (О. Сєверов, В. Синьов, Т. Харченко), підвищеної конфліктності (О. Агавелян, Ю. Бистрова, Т. Янданова), зниження критичності (Н. Коломінський, В. Синьов), агресивності (Н. Макарчук, Т. Морозова, Л. Руденко), імпульсивності (Г. Дульнєв, Б. Пінський,

М. Царидзе), віктимної поведінки (А. Бистров, О. Романенко). Серед чинників такої поведінки вченими визначається зниження інтелектуальної та регулятивної функцій психіки, що призводить до порушення критичності мислення, неадекватної оцінки власних вчинків та їх наслідків, зменшення опору впливам несприятливих ситуацій та послаблення самоконтролю. Напрями корекційно-профілактичного впливу на особистість підлітків з інтелектуальними порушеннями та схильністю до девіантної поведінки представлені в працях О. Гаврилова, М. Матвєєвої, С. Максименка, В. Медведєва, Л. Руденко, В. Синьова, М. Супруна, О. Хохліної та ін. Проте проблема адиктивної поведінки юнаків з інтелектуальними порушеннями не була предметом досліджень у спеціальній психології.

Актуальність і доцільність дослідження проблеми психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я зумовлена низкою суперечностей: існує система медичних заходів щодо подолання адиктивної поведінки особистості, але проблеми її психологічної корекції характеризуються недостатнім вивченням і впровадженням у практику; психокорекція адиктивної поведінки дорослих людей досить ґрунтовно висвітлена у клініко-психологічних дослідженнях, водночас юнацький вік є недостатньо охопленим; психокорекція адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я практично не була предметом міждисплінарних досліджень і не має відповідного практичного досвіду.

Таким чином, суспільна та соціальна значущість цієї проблеми та її недостатнє теоретико-практичне опрацювання обумовили актуальність теми дослідження **«Психокорекція адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я»**.

Зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами:

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри спеціальної психології та медицини Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

«Клініко-психологічні аспекти девіантної поведінки у дітей та підлітків» за напрямом: «Зміст освіти, форми, методи і засоби фахової підготовки вчителів». Тему дисертаційного дослідження затверджено рішенням Вченої ради Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол № 5 від 23 грудня 2010 року) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук НАПН України (протокол № 1 від 26 січня 2016 року).

Мета дослідження – теоретично вивчити та емпірично дослідити адиктивну поведінку осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я, на цій основі науково обґрунтувати, розробити та апробувати комплексну програму медико-психологічної корекції.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Визначити сутність поняття, загальні ознаки та чинники адиктивної поведінки особистості з позицій різних наукових підходів.

2. Емпірично дослідити ступінь схильності до адиктивної поведінки та типи ставлення до неї в осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я.

3. Вивчити передумови адиктивної поведінки особистості на основі аналізу індивідуально-психологічних особливостей юнаків з обмеженими можливостями здоров'я.

4. Встановити зв'язок між специфікою потребово-мотиваційної сфери особистості та ризиком формування адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я.

5. Науково обґрунтувати та розробити комплексну модель корекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я у поєднанні медико-психолого-педагогічних впливів.

6. Апробувати та експериментально оцінити ефективність психокорекційної роботи та визначити наслідки її впровадження у соціальне середовище молоді.

Об'єкт дослідження: адиктивна поведінка осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я.

Предмет дослідження: зміст і технологія комплексної психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я.

Для досягнення поставлених мети й завдань було використано **комплекс методів дослідження:**

теоретичні: теоретико-методологічний аналіз психологічних і медичних теорій з метою визначення стану розробленості проблеми адиктивної поведінки й перспективних напрямів і вирішення; аналіз документації психотерапевтичних та наркологічних лікувальних закладів для з'ясування специфіки роботи психологів, соціальних працівників та лікарів;

емпіричні: на констатувальному етапі дослідження – цілеспрямоване спостереження, бесіда, психодіагностичні методи, а саме: тест на схильність до залежної поведінки В. Менделевича; особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ЛОБІ); методика діагностики вад особистісного розвитку «ДВОР» З. Карпенко; методика парних порівнянь В. Скворцова (модифікація І. Акіндинової); методика діагностики мотиваційної структури особистості Л. Верещагіної; на формульовальному етапі дослідження – методи соціально-психологічного тренінгу, поведінкової психотерапії, арт-терапії; діагностичні методи для оцінки ефективності психокорекційної програми;

методи обробки даних: кількісний та якісний аналіз обробки даних, методи математичної статистики (*хі-квадрат* Пірсона).

Теоретико-методологічне підґрунтя дослідження склали: теорія взаємодії соціальних і біологічних чинників розвитку особистості (Л. Божович, Л. Виготський, Г. Костюк, О. Леонт'єв, С. Максименко, С. Рубінштейн, В. Синьов та ін.); медичні та психологічні концепції адиктивної поведінки (С. Дайлінг, В. Менделевич, Н. Морозова, М. Певзнер, Є. Савіна, Г. Старшенбам, А. Котляров, О. Шорохова); особливості

соціалізації як процесу активного засвоєння індивідом соціальних норм, зразків поведінки (І. Бех, Ю. Бистрова, Н. Коломінський, Л. Руденко, В. Синьов, Є. Синьова, М. Супрун, Л. Фомічова, Д. Шульженко та ін.); теоретико-методологічні засади соціально-психологічної реабілітації особистості (К. Максименко, Г. Мозгова, О. Романенко, Т. Титаренко, А. Шевцов); науково-теоретичні положення про соціальну зумовленість та корекційно-виховний вплив на формування особистості осіб з порушеннями психофізичного розвитку (В. Бондар, Л. Виготський, І. Дмитрієва, Г. Дульнєв, В. Засенко, І. Єременко, В. Кобильченко, І. Омельченко, О. Орлов, Л. Прохоренко, В. Синьов, В. Тарасун, С. Федоренко, Л. Фомічова, О. Хохліна, М. Шеремет, М. Ярмаченко та ін.).

Вірогідність результатів дослідження забезпечується методологічною та теоретичною обґрунтованістю вихідних положень наукового пошуку; комплексним застосуванням взаємопов'язаних методів дослідження, адекватних об'єкту, предмету, меті та завданням роботи; опрацюванням значного обсягу фактичного матеріалу, його якісним і кількісним аналізом, належним узагальненням одержаних даних, широким обговоренням результатів дослідження на науково-практичних конференціях і семінарах.

Експериментальна база дослідження: емпіричним дослідженням було охоплено 82 особи з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема, з інтелектуальними порушеннями та окремими випадками комбінованого дефекту, що було ускладнено психічними та соматичними розладами внаслідок адиктивної поведінки, та 40 осіб з нормотиповим розвитком віком 16-18 років. Представники обох груп проходили лікування від алко- та наркозалежності в Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія».

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше:

– визначено поняття адиктивної поведінки як дефектологічної проблеми;

- теоретично обґрунтовано методику емпіричного дослідження адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я;

- з'ясовано індивідуально-психологічні та соціально-психологічні передумови адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я;

- встановлено, що схильність до адиктивної поведінки залежить від поєднання певних особистісних якостей та ставлення юнаків до своєї хвороби;

- визначено психологічні умови профілактики та корекції адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я;

- обґрунтовано та емпірично апробовано програму комплексної психокорекції адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я;

Подальшого розвитку набули:

- висвітлення набутого вітчизняною дефектологічною та психологічною практикою досвіду з метою розробки перспективних шляхів діагностики, корекції та профілактики адиктивної поведінки особистості з інтелектуальними порушеннями;

- поняттєво-категорійний апарат (адиктивна поведінка, адиктивний агент);

- узагальнення передумов адиктивної поведінки особистості в юнацькому віці.

Удосконалено діагностичні методики вивчення особливостей адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я.

Практична значущість одержаних результатів полягає у розробці методики емпіричного дослідження індивідуально-психологічних передумов адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я; розробці та впровадженні в практику медичних закладів комплексної програми адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я; можливості використання матеріалів дисертації у

процесі підготовки психологічних кадрів та слухачів курсів підвищення кваліфікації спеціальності «Спеціальна та інклюзивна освіта», фахівців зі спеціальної медичної психології, у практичній діяльності психотерапевтів та наркологів, а також для проведення нових наукових досліджень.

Особистий внесок автора. Визначено особливості потребово-мотиваційної сфери осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я та схильністю до адиктивної поведінки [1]. Розроблено алгоритм індивідуального підходу до психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я [3], систему її профілактики та комплексної корекції [7].

Апробація дослідження. Результати дослідження було оприлюднено і схвалено на міжнародних науково-практичних конференціях: науково-методичні засади управління якістю освіти в університетах (Київ, 2011, 2013), (Одеса, 2012, 2013), (Львів, 2013); II Міжнародна науково-практична конференція «Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення та підходи» (Баку-Ужгород-Дрогобич, 2017); III Міжнародна науково-практична конференція «Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення та підходи» (Баку-Ужгород-Дрогобич, 2017); VII Annual Psychiatric International Scientific Conference «Psychiatry of the XXI century: innovations in Addiction Medicine» (Київ, 2019); на всеукраїнських конференціях: «Наукова спадщина Григорія Костюка і сучасні проблеми особистісно орієнтованої освіти» (Кіровоград, 2015); на Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених за участю іноземних учасників «Соціально-економічний розвиток держав: Досвід та перспективи» (Київ, 2013), а також використовувалися за участю дисертанта як експерта у програмі соціального ток-шоу «Віра. Надія. Любов» Першого Національного каналу України, присвяченій дитячому алкоголізму (Київ, 2014), на тренінгу «Скринінг, оцінка і планування лікування в наркології», організованого Управлінням ООН по боротьбі з наркотиками та злочинністю (Київ, 2014).

Участь у тренінгу «Формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику серед медичних працівників» (Київ, 2014), у засіданні Київського науково-практичного товариства неврологів «Оптимізація НПЗ-терапії у неврології: баланс ефективності та безпеки» (Київ, 2010), на наукових семінарах кафедри спеціальної психології та медицини Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (2010-2016 рр.).

Результати дослідження було впроваджено в практику діяльності:

Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» (довідка № 2 від 26.11.2014 р.), факультету корекційної та соціальної педагогіки і психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка (довідка № 113 від 24.12.2015 р.), кафедри практичної психології та психотерапії Рівненського державного гуманітарного університету (довідка № 57 від 06.05.2016 р.), кафедри спеціальної психології та медицини Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (довідка № 4 від 25.05.2015 р.); факультету спеціальної освіти Донбаського державного педагогічного університету (довідка № 68-16-69а від 24.05.2016 р.).

Публікації. За темою дисертації здійснено 14 публікацій, з яких: 1 стаття у науковому періодичному виданні зарубіжної держави; 2 статті у наукових фахових виданнях України, що включені до міжнародних наукометричних баз з психології; 4 статті у наукових фахових виданнях України з психології, 7 публікацій апробаційного характеру.

Структура дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (222 найменування, з них 14 – іноземною мовою), додатків. Загальний обсяг дисертації становить 216 сторінок, основний текст викладено на 161 сторінці. У тексті міститься 8 таблиць та 4 рисунки на 12 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

1.1. Адиктивна поведінка особистості як предмет міждисциплінарних досліджень

Первинним завданням нашого дослідження є визначення суті поняття адиктивної поведінки на основі аналізу праць зарубіжних та вітчизняних вчених. Це дасть змогу визначити основні концептуальні засади, розглянути чинники та механізми формування адиктивної поведінки особистості, що необхідно для подальшого опрацювання проблеми на емпіричному етапі та обґрунтування напрямів психокорекційної роботи.

Термін «адиктивна поведінка» (від англійської *addiction* – «хибна звичка, пристрасть до чого-небудь, порочна схильність») запропонований В. Міллером у 1984 році для позначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан [92]. У вітчизняній наркологічній практиці цей термін був поширений С. Кулаковим у 1989 році [100] та А. Личко у 1991 році [110] щодо зловживання індивідом наркотичними речовинами, згодом його опис було суттєво доповнено психологічним змістом.

Визначають хімічні та нехімічні адикції. До нехімічної адикції за сучасною класифікацією відносяться такі: нервова анорексія; булімія; сексуальна адикція; гемблінг; комп'ютерна залежність (кібер-адикція); трудової залежності; спортивна залежність; релігійна залежність; технологічні залежності (Інтернет-залежність, залежність від мобільних телефонів, телебачення); фанатизм; адикція стосунків; міжособистісна залежність; залежність у подружніх стосунках; залежна любов: токсична любов, любов-манія, любов-залежність, любов-прихильність.

На разі проблема вивчення адиктивної поведінки особистості має міждисциплінарний характер. У психологічній науці вона розглядається як

форма девіантної поведінки, що обумовлена порушенням адаптації особистості до нових умов мікро- та макросередовища (Т. Больбот, М. Бредіхіна, В. Бурова, А. Войскунський, Л. Журавльова, М. Коллінз, С. Кулаков, В. Менделевич, О. Овчиннікова, А. Тимохіна, М. Смульсон, Л. Фортов, К. Янг та ін.).

Адиктивна поведінка характеризується широким спектром патології різної міри потягу – від поведінки, що граничить з нормальною, до важкої психологічної й біологічної залежності. Різні аспекти вивчення відхилень у розвитку особистості внаслідок адиктивної поведінки представлено у працях вітчизняних і зарубіжних дослідників (С. Безносів [18], Б. Братусь, П. Сидоров [24], Е. Дюркгейм [54], Ю. Клейберг [78], О. Коган [82], А. Личко [110], А. Реан [159], Б. Херсонський, С. Дворяк [197], В. Худик [198] та ін. Зв'язок соціалізації й реабілітації адиктивної поведінки особистості представлено в роботах Е. Жулиной, В. Кудрявцева, О. Трошина [203]. В чисельних дослідженнях висвітлені питання діагностики й корекції відхилень у поведінці підлітків (А. Андрєєва [6], М. Битянова [23], І. Дубровина [51], Н. Майсак [113], Р. Овчарова [133], А. Парафіян [137], В. Семикін [175], Н. Самоукіна [172], Е. Федосенко [192] та ін.

Адиктивна поведінка виникає як результат складної взаємодії спадкових, біохімічних, соціальних та індивідуально-психологічних чинників [28]. Серед таких виокремлюють: зовнішні умови навколишнього середовища: спадково-біологічні, соціальні, психофізіологічні та індивідуально-типологічні умови; внутрішньоособистісні причини і механізми [3; 6; 8; 21; 29; 30].

Біологічні передумови адиктивної поведінки визначають певний, своєрідний для кожного індивіда спосіб реагування організму на різноманітні впливи, наприклад, на алкоголь. Це обумовлено впливом генотипу та нейрофізіологічними особливостями людини. Зокрема, встановлено, що особи, які спочатку гостро та негативно реагують на

алкоголь, більшою мірою схильні до розвитку алкогольної адикції. Вчені визначають такий фактор, як генетична схильність до різних форм адиктивної поведінки. Залежності не передаються спадково, водночас доведено, що схильність до них виникає внаслідок порушення біохімії головного мозку. Найбільш відповідальним за адиктивну поведінку є два гени, що визначають дофаміновий і серотоніновий обміни. При високому рівні дофаміна (прагнення до пошуку нових вражень) і низькому рівні серотоніна (висока тривожність, утруднення адаптації до стресу) виникає ризик розвитку залежності. Нейрофізіологічні моделі формування адиктивних розладів конкретизовані в концепції винагороди І. Анохіна [8], концепції оптимуму активації Е. Мельник [120].

Соціальні чинники, що впливають на виникнення адиктивної поведінки, залежать переважно від несприятливих умов соціуму й пов'язані з нагромадженням негативних змін та неможливістю до них вчасно адаптуватися. До них відносять також вплив сімейної соціалізації, засобів масової інформації, релігії, освіти, тощо. Велике значення у виникненні адикцій мають психологічні травми дитячого віку й насильство над дітьми, відсутність турботи, занедбаність. Важливими поняттями, що допомагають зрозуміти сутність адиктивної поведінки, є поведінкова норма, поведінкова патологія і девіантна поведінка. Відсутність залежності передбачає, що індивід відповідає поняттям поведінкової норми.

Значущість соціальних чинників у виникненні адиктивної поведінки, як форми девіації, безпосередньо впливає з визначення останньої, як такої, що суперечить прийнятим в суспільстві соціальним нормам, нормам культури чи психічного здоров'я. Девіантна поведінка розглядається вченими як стійка поведінка особистості, що відхиляється від найважливіших соціальних норм, завдає шкоди суспільству чи самій людині [9; 38; 49; 55].

Адикція включає наявність у поведінці особистості таких ознак, як схильність до дезадаптації, тотальність [58]. Під схильністю до дезадаптації мається на увазі наявність шаблонів поведінки, які перешкоджають повноцінній адаптації особистості в суспільстві, у вигляді конфліктності, незадоволеності. Ознака тотальності вказує на те, що патологічні поведінкові стереотипи в більшості ситуацій призводять до дезадаптації. Адиктивна поведінка може бути обумовлена як психопатологічними чинниками, так і специфічними особливостями характеру, що сформувалися в процесі соціалізації, та суперечать прийнятим у суспільстві нормам [122].

До *психологічних* чинників адикції належать особливості поведінки, що значною мірою пов'язані з індивідуальним сприйманням психологічних травм у різні періоди життя. Підґрунтям виникнення адиктивної поведінки виступають нервово-психічна нестійкість та певні акцентуації характеру (гіпертимний, нестійкий, конформний, істероїдний, епілептоїдний типи) [122]. Слід відзначити вплив феноменів, які вперше починають виявлятися в підлітковому віці [14].

Психологічні моделі формування адикцій представлені у вигляді «зсуву мотиву на ціль» [24], концепції Ц. Короленка [92], концепції залежної особистості В. Менделевича [122], еволюційному підході Б. Уайнхолда (стадії розвитку залежності) [190], психодинамічному підході до залежності: концепції залежності як результату впливу інфантильної травматизації (Л. Бурбо) [27], співвідношення між первинною та вторинною залежністю – підхід А. Янова (залежність як захист від первинного болю) [214], поняття залежності як засобу подолання внутрішньоособистісного конфлікту (Х. Кохут) [97], характерологічних чинників формування залежності (М. Стивен, С. Джонсон) [185]. Психологічні механізми виникнення адиктивних форм поведінки в юнацькому віці представлені в дослідженнях О. Сідун [179].

Таким чином, вивчення адиктивної поведінки, як складного біопсихосоціального феномену, засвідчує відсутність єдиної теорії, що

пояснює її формування. Важливу роль у формуванні залежної поведінки відіграють психофізіологічні особливості людини, типологічні особливості нервової системи (слабкість, чутливість), тип характеру, низька стресостійкість, невротичний розвиток особистості, obsесивний або компульсивний характер. На думку Р. Севітта, травматичні події на ранньому етапі формування «Я» й на етапі його наступного дозрівання, що сприяють фіксації й підтримання регресії як захисного психологічного механізму, значною мірою визначають схильність людини до виникнення руйнівного, патологічного потягу до наркотиків і алкоголю [218].

Як будь-який складний феномен, що має мультифакторну природу, адиктивна поведінка характеризується поєднанням біологічних передумов з соціальними чинниками. Термін «залежність» був запозичений із психіатричної термінології для визначення сутності проблеми шляхом зіставлення її проявів із характерними соціально-психологічними порушеннями поведінки. Так, залежність визначається як набута гостра потреба здійснювати дії або вживати певні речовини. Термін «залежність» застосовується в основному стосовно людей, які зловживають наркотиками, алкоголем та тютюнопалінням. У більш широкому значенні він розповсюджується на багато інших видів поведінки: як азартні ігри, нерегламентований перегляд телебачення, комп'ютерна та Інтернет-залежність, кіберсексуальна залежність. У медичній та психологічній літературі розглядається поняття залежності з різних позицій [3; 8; 10; 48; 104].

Таким чином, адиктивна поведінка – це одна з форм девіантної, деструктивної, поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності, з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій. У результаті такої поведінки людина створює власний «віртуальний» світ. Небезпечним є те, що внаслідок цього вона часто не тільки не вирішує своїх

проблем, але й набуває ознак викривленого особистісного розвитку [120; 126; 143; 153; 164; 176; 180; 181]. Це визначення розкриває загальну особливість усіх форм адиктивної поведінки.

Відхід від реальності шляхом зміни психічного стану може відбуватися різними способами. Особливістю людської природи є уникнення травмувального впливу певних обставин. Для реалізації цієї мети вона застосовує індивідуальні засоби, які з часом набувають сталого характеру. Проблема адикцій починається тоді, коли прагнення відходу від реальності, пов'язане зі зміною психічного стану, починає домінувати в свідомості, стаючи центральною ідеєю, що вторгається в життя та врешті решт призводить до відриву від реальності [25].

Механізм відхилення від реальності виглядає наступним чином: особистість визнає, що обрана нею форма поведінки подіяла і зафіксувалася у свідомості як ефективний спосіб забезпечення сприятливого психоемоційного стану. Всі види залежної поведінки – це неконструктивні спроби захисту [8; 10; 122].

Ситуації, які вимагають прийняття рішення, автоматично замінюються приємним відходом від проблеми з перенесенням її рішення «на завтра». Поступово вольові зусилля знижуються, оскільки адиктивні реакції гальмують вольові функції, закріплюючи, таким чином, вибір тактики найменшого опору. Зниження опору, відмова від подолання труднощів призводить до виникнення дисгармонійних станів особистості.

Усім видам залежності притаманні загальні ознаки адиктивної поведінки: стійке прагнення до зміни психофізіологічного стану; безперервний процес формування й розвитку адикції; циклічність залежної поведінки; закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивної установки. Отже, адикцію утворюють сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей. Надмірне емоційне ставлення до об'єкту залежності перетворює об'єкт адикції у мету існування [41; 42].

Бажання змінити настрій за цим механізмом досягається за допомогою різних адиктивних агентів. До них відносяться речовини, що змінюють психічні стани: алкоголь, наркотики, лікарські препарати, токсичні речовини. Штучній зміні настрою сприяє також і залучення в певні види активності: азартні ігри, гральні автомати (гемблінг), комп'ютер, секс, переїдання або голодування, робота, тривале прослуховування ритмічної музики.

Руйнівний характер адикції виявляється в тому, що спосіб адиктивної реалізації із засобу поступово перетворюється на мету, а потім стає провідним мотивом поведінки – так відбувається «зсув мотиву на ціль». Відволікання від сумнівів і переживань шляхом адиктивної поведінки стає стилем життя, в процесі якого людина опиняється в пастці постійного відходу від реальної дійсності [24].

З позицій психодинамічної теорії, зародження адиктивних механізмів відбувається в дитинстві та полягає в особливостях виховання. У сучасній психодинамічній психотерапії представлено три основні напрями психоаналітичної теорії: его-психології, що бере свій початок з класичної психоаналітичної теорії З. Фрейда [196] і подальших робіт М. Балінта [12], Д. Віннікотта [34], Х. Гартманна [31], В. Фейрберна [212], П. Якобсона [207]; Я-психології, принципи якої сформулював і розробив Хайнц Кохут [97], досліджуючи нарцисичні розлади особистості.

В цих дослідженнях стверджується, що переживання дитини в перші два роки життя (нездатність матері задовольнити емоційні потреби дитини, твердий режим харчування, заборона спонтанної поведінки, бажання зломити вперту вдачу дитини та ін.) спричиняють залежну поведінку людини в дорослому житті. Неживий об'єкт «допомагає» дитині впоратися зі своїми переживаннями й заміняє людські відносини. Саме в батьківському середовищі дитина вчиться мові міжособистісних контактів і емоційних відносин. Якщо дитина не знаходить підтримки, тілесних поглажувань, емоційного тепла, то відчуває почуття психологічної

незахищеності, недовіри, що переноситься на великий навколишній світ, на людей, з якими їй доводиться зустрічатися в житті. Все це змусить її в майбутньому шукати комфортного стану за допомогою прийому речовин, фіксації на певних предметах й активностях.

Якщо родина не дала дитині любові, то згодом вона буде відчувати труднощі в підтримці самоповаги. Крім того, почуття абсолютності й глобальності більшості переживань, поділ оцінок за полюсами (любов і ненависть) формують нарцисичні захисти (як прагнення впоратися з базовим психологічним стражданням). Психоактивні речовини є «ідеальним об'єктом» і слугують захистом від складних і суперечливих почуттів [97].

Найбільш вразливим періодом для виникнення залежності є підлітковий та юнацький вік. Розглянемо реакцію групування з однолітками як провідний соціопсихологічний фактор у розвитку адиктивної поведінки. А. Личко виділяє наступні типи підліткових груп: територіальні, делінквентні, наркоманічні й неформальні [110]. Територіальні групи об'єднують однолітків за місцем навчання або за місцем проживання і є групою ризику для розвитку адиктивної поведінки. Нічого, окрім належності до «своїх», таку групу не об'єднує. Зазвичай є улюблені місця зібрань у дворі або на вулиці, в під'їздах, підвалах тощо. Крім бійок з іншими територіальними групами відзначається пусте проведення часу (інформаційно-комунікативне хобі), азартні ігри, делінквентні вчинки, перші епізоди вживання різних токсичних речовин і наркотиків. Так, 70% випадків зловживання гашишом і інгалянтами відбувається в територіальних групах підлітків.

Водночас не в усіх угрупованнях делінквентного і неформального типів у підлітків розвивається адиктивна поведінка. Є навіть такі неформальні угруповання (наприклад, любери, панки, неофашисти, рокери та інші), де вживання наркотиків не тільки не вітається, але в деяких випадках і карається. Якщо ж вживання наркотиків і токсичних речовин

набирає стабільного характеру, то перелічені вище угруповання стають наркоманними групами підлітків.

Основні положення теорії об'єктних стосунків, що позначилися в результаті клінічної роботи, були підтверджені і вдосконалені в дослідженнях Маргарет Малер і її співробітників [118], що вивчали поведінку немовлят. Спостерігаючи нормальні і аномальні пари «мати-немовля», М. Малер змогла встановити фази розвитку об'єктних стосунків. Ці емпіричні дослідження сприяли розумінню патогенезу розвитку пограничних станів, при яких психологічний дефіцит стає причиною певної моделі поведінки, у цю групу входять і деякі пацієнти з адиктивними формами поведінки.

Залежність від вуличних наркотиків також може бути результатом звичайного розвитку комплексних взаємодій між невротичними конфліктами, структурного дефіциту й інших умов. У наукових дослідженнях відзначається взаємозв'язок особистісних розладів і депресії з наркотичною залежністю. У цих роботах також висловлюється припущення: якщо виникнення пристрасті до маріхуани може бути пов'язане з тиском однолітків у підлітковому віці, то виникнення важкої залежності від сильних наркотиків відбувається за іншим сценарієм.

Висунуте ранніми дослідниками-психоаналітиками припущення про те, що всі випадки зловживання хімічними речовинами є регресією на оральну стадію психосексуального розвитку, поступилося місцем іншій концепції, відповідно до якої більшість таких випадків мають захисну й адаптивну функції. Використання хімічних речовин може тимчасово змінити регресивні стани, підсилюючи захист «Я», спрямованих проти потужних афектів, таких як гнів, сором і депресія.

У деяких психоаналітичних описах наркозалежні часто представлялися гедоністичними шукачами задоволень, схильними до саморуйнування. На разі багато психоаналітиків вважають, що головним в адиктивній поведінці є не імпульс до саморуйнування, а дефіцит адекватної

інтерналізації батьківських фігур й, як наслідок, порушення здатності до самозахисту. За цією же причиною наркозалежні страждають від порушення інших функцій: у них знижена здатність міркувати, порушена саморегуляція афективної сфери, контроль над імпульсами; вони не здатні підтримувати високу самооцінку. Всі ці прояви недостатності створюють відповідні проблеми в об'єктних відносинах, підтвердженням чому є нездатність багатьох адиктів підтримувати близькі міжособистісні відносини й регулювати їх. Додаткові проблеми у взаєминах з людьми створюють нарцисичну вразливість у міжособистісних відносинах, а також нездатність модулювати афекти, пов'язані із близькістю. Залежність від наркотиків, таким чином, можна розглядати як адаптивну поведінку, спрямовану на те, щоб полегшити біль, яка викликана афектами, та на якийсь час підвищити здатність володіти собою й функціонувати.

Д. Блатт, Г. Берман, А. Блум-Фешбек, Д. Шугарман, К. Уілбер і Г. Клебер визначають такі чинники наркотичної залежності: потреба в акумуляції агресії; жагуче бажання задовольнити прагнення до симбіотичних відносин з материнською фігурою; бажання послабити депресивний стан [211]. Адикти ведуть неперервну боротьбу з почуттям сорому й провини, відчуттям своєї нікчемності й з підвищеною самокритичністю. У роботах Л. Вермсера [33] підкреслюється, що Супер-Его стає для адиктивної особистості нестерпним, суворим фактором, що спричиняє страждання, від якого вони рятуються втечею в світ наркотиків. Тому караюче Супер-Его адикта має привертати увагу психотерапевта не менше, ніж Супер-Его важких невротичних пацієнтів. Багато адиктивних пацієнтів не здатні розпізнавати пережиті ними внутрішні почуття; під час сеансу психотерапії терапевт повинен допомогти їм ідентифікувати ці почуття.

Психоаналітичний підхід сприяв розвитку теорії адиктивної поведінки. Ще до того, як з'явилася перша стаття С. Радо за темою залежності [217], у літературі можна було знайти опис специфічних,

окремих аспектів і форм адикції, таких як алкоголізм, алкогольний галюциноз, стан делірію або кокаїнова залежність. Автором було описано трьох пацієнтів із важким органічним захворюванням, яким кололи морфій, та розглянуто результати його впливу. Дослідження С. Радо ґрунтується на базовій концепції болю, заспокоєння, снодійного й стимулюючого впливу наркотичних речовин відповідно до ствердження про еротичну природу морфієвої ейфорії. Він відзначає, що ейфорія веде до втрати почуття реальності, відходу від неї й появи примітивної лібідинальної організації. Подібна ситуація вважалася кінцевою стадією адикції, багато в чому нагадуючи кінцеві стадії шизофренії, як їх розглядали в той час. Поява примітивної лібідинальної організації характеризується наявністю агресивних інстинктів, спрямованих як на себе, так і на навколишніх.

С. Радо [217] вводить поняття психотимія (psychothymis) і позначає їм осіб, які характеризуються сильним потягом до хімічних речовин. Він відзначає, що алкогольна й морфієва залежності пояснюються порушеннями функції лібідо, на що вказував З. Фрейд [196]. Таким чином, вченим представлено цільну концепцію адиктивної поведінки в рамках моделі «однієї хвороби». Стверджується, що хімічні речовини спочатку полегшують і запобігають болю та викликають почуття насолоди. Але це призводить згодом до страждання та самоушкодження. Хімічні речовини можуть викликати бурхливу радість, але це відчуття тимчасове, котре стає лише частиною подальшого циклу саморуйнування. Розглядаючи індивідуально-психологічні чинники адикції, вчений наполягає на ідеї напруженої депресії, ствержуючи, що деякі люди реагують на фрустрацію нетерпимістю до болю.

У своїй праці О. Фенихель [193] висунув припущення, що хімічна залежність спрямована як проти хворобливих зовнішніх стимулів, так і проти стимулів внутрішніх. Якщо зовнішні стимули можна змінити простою зміною соціальних умов, то не потрібно ніякої спеціальної терапії. У час припущення аналітика про наявність терапевтичної користі від соціальних

змін в оточенні пацієнта пролунало досить незвичайно. О. Фенихель також вважав, що терапія буде менш успішною при наявності помітних догенітальних нарцисичних відхилень. Чим менше часу пройшло з моменту виникнення залежності, тим більше шансів на успіх лікування. Попереднє лікування допомагає пацієнтові усвідомити, що він хворий. Не слід очікувати від пацієнта такого усвідомлення на початку лікування [193].

Роберт Севітт [218] визначає специфічну етіологію у вживанні алкоголю. Визнаючи значущість інтрапсихічних факторів, він підкреслив роль широї батьківської турботи й описав типову батьківську констеляцію (parential constellation), що, на його думку, призводить до хронічного алкоголізму в чоловіків.

Вчений визначає різні типи алкозалежних. У представників типу «власне алкозалежність» переважають риси орального характеру – пасивність, гостра потреба (demandingness), яскраво виражена залежність. Всі ці характеристики цілком притаманні більшості людей, що страждають хімічною залежністю. Р. Севітт підкреслив наявність теплоти в шлунку, що відчувають приналежні до цієї групи алкозалежні, а також еротизації ними їжі й прийому медикаментів.

У представників другого типу – регресивних алкоголіків – відмітними рисами є завзятість і схильність до домінування, що пов'язано з фіксацією на анальній стадії. Оральні риси в них менш виявлені, і провокативні фактори відіграють більшу роль у зміні умов. Ці індивідууми компульсивні, і їхній прогноз не відрізняється від прогнозу інших компульсивних невротиків, у той час як «власне алкозалежність» як захворювання є набагато більш важким і характеризується несприятливим прогнозом.

Роберт Севітт класифікує наркотичну залежність як злоякісний перехідний стан між психоневрозом і психозом. Він розглядає наркотичну залежність як симптомокомплекс, а не як окрему хворобу. Цей симптомокомплекс може бути частиною найрізноманітніших психічних розладів. Характерною рисою всіх адиктивних процесів є імпульсивність.

Р. Севітт підтверджує висновок О. Фенихеля [193] про те, що адикти діють так, ніби будь-яке напруження спричинює їм травму. Тому їхньою основною метою стає уникнення напруги й болю, а не досягнення задоволення. Будь-яке напруження сприймається як провісник явної погрози існуванню, так само як дитиною сприймається почуття голоду. Р. Севітт стверджував, що існуючий погляд на проблему надає надмірного значення простому пошуку задоволення, прагненню відчувати підйом або ейфорію, у той час, як розпачлива потреба врятуватися від нестерпного для адиктивної особистості напруги не була виявлена повною мірою. Так, ейфорія часто триває недовго; сонливість або ступор з'являються незабаром після того, як у наркозалежного пробуджується жагуче бажання прийняти наркотик. Його життя проходить у чергуванні задоволення «наркотичного голоду» та наркотичного ступору, як у житті дитини чергуються почуття голоду й сон. Поки напругу не буде повністю знято, адикт залишається в ситуації, що нагадує недиференційований стан немовляти, коли воно, ще не будучи здатним вгамовувати напругу, виявляється переповненим стимулами, від яких у нього поки немає адекватного механізму захисту [218].

1.2. Форми адикцій та їх клініко-психологічна характеристика

Протягом останніх років тривають дискусії щодо критеріїв адикції та переліку речовин, які здатні її викликати. На разі достатньо широким є різноманіття феноменів, які можуть визначатися як адикція, водночас досить чітко визначено її загальні ознаки: стійке прагнення до зміни психофізичного стану; безперервний процес розвитку адикції; циклічність залежної поведінки; закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивної установки, тобто сукупності когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, які викликають адиктивне ставлення до життя; надмірне емоційне ставлення до об'єкту

залежності; перетворення об'єкту адикції у мету існування; заперечення існування залежності [156].

Доступність цифрових технологій призвела до виникнення Інтернет-залежності, що притаманно, насамперед, найбільш активним користувачам – підліткам і молоді [127]. Цей вид залежності одним із найбільш розповсюджених у світі серед нехімічних видів залежності. Віртуальний світ, як альтернативна реальність, пов'язана зі справжньою, межа між ними відносна. Люди працюють, спілкуються та знайомляться через Інтернет. Водночас нагромаджено багато даних щодо несприятливого впливу Інтернет-залежності на різні сфери діяльності особистості: побутову, навчальну, соціальну, робочу, сімейну, фінансову. Оскільки характерним для Інтернет-залежності є прагнення відходу від реальності, його можна порівняти з патологічним потягом при алко- та наркозалежності, захопленні азартними іграми.

Вченими відзначається, що Інтернет-залежність є обсессивно-компульсивним розладом, що проявляється в непереборному й нав'язливому прагненні відійти в особливий віртуальний світ, де легко задовольнити основні потреби людини. Існує п'ять типів Інтернет-залежності: кіберсексуальна залежність, пристрасть до віртуального спілкування та віртуальних знайомств, нав'язлива фінансова потреба в Мережі, інформаційне перевантаження та комп'ютерна залежність [66; 127].

Сучасні дослідження процесу взаємодії людини з Інтернетом проводилися за різними напрямками: психологічні аспекти комунікативних процесів у мережі (А. Войскунський, А. Жичкіна), дослідження ідентичності в користувачів комп'ютерних мереж і процесів самореалізації в мережі (Є. Белінська), психотерапія межових розладів і станів залежності (Н. Злигостьєва), психологічні чинники запобігання Інтернет-залежності підлітків (Т. Вакуліч), психічна саморегуляція як засіб гармонізації Я-концепції особистості з віртуальною адикцією: на матеріалі осіб юнацького віку (О. Дубровіна), психологічна профілактика Інтернет-залежності у

студентів (М. Дрепа), психологічні аспекти феномену присутності у віртуальному середовищі (Н. Авербух), зміни мотиваційної сфери залежних (Б. Зейгарнік, Б. Братусь).

Дослідження показали, що у зміненому стані свідомості, кіберпростір і все, що в ньому відбувається, залежним особам здається реальним – часто навіть більш реальним, ніж дійсність. Це твердження дозволяє провести паралель між Інтернет-залежністю й залежністю від хімічних речовин, які змінюють стан свідомості [120].

Якщо серед видів нехімічної залежності найбільш розповсюдженою є Інтернет-залежність, то стосовно адиктивних агентів хімічної залежності найбільш доступними є тютюнопаління та алкоголь. Згідно з визначенням Американської психіатричної асоціації, сформульованому в останньому виданні настанови з діагностики і статистикою (08М-ГУ), до ознак хімічної залежності відносяться [104]:

1. Толерантність, тобто потреба в помітному збільшенні кількості прийнятих речовин для досягнення інтоксикації чи бажаного ефекту, а також помітне ослаблення дії однакової кількості речовини при тривалому її прийомі.

2. Абстинентний синдром по відношенню до даної хімічної речовини, прийом даної (або близькоспорідненої) речовини для полегшення абстинентних симптомів.

3. Хімічна речовина приймається часто та у великих кількостях або протягом більш тривалого періоду, ніж це передбачено.

4. Невдалі спроби припинити чи скоротити прийом хімічної речовини.

5. Витрачається дуже багато часу на придбання хімічної речовини (наприклад, відвідування багатьох лікарів або подолання великих відстаней), використання хімічної речовини (наприклад, безперервне куріння) або відновлення організму після її вживання.

6. Через вживання хімічної речовини припиняється або скорочується соціальна та професійна активність.

7. Вживання хімічної речовини триває, незважаючи на усвідомлення фізіологічних або психологічних проблем, що викликані цією речовиною (наприклад, вживання алкоголю, незважаючи на те що відкрилася виразка).

Загальна ознака адиктивних порушень полягає в тому, що вони пов'язані з подвійними станами: спочатку – із задоволенням, а потім – з негативними переживаннями в разі припинення прийому речовини, що викликає психофізичний дискомфорт або абстиненцію [48].

Серед чинників виникнення адиктивної поведінки визначається недостатній рівень усвідомленості сенсу життя, що перешкоджає життєвому цілепокладанню та плануванню життєвого шляху [72]. Втрата сенсу життя, в свою чергу, супроводжується нудьгою, що спонукає до деструктивних форм поведінки [41].

Слід зазначити, що класична для вітчизняної медичної психології модель формування прикладу алкогольної адикції припускає функціонування механізмів «зсуву мотиву до цілі», що призводить до формування ілюзорно-компенсаторної діяльності [24]. У дисертаційному дослідженні Н. Бурмаки [29] відзначається, що при застосуванні цієї моделі важливим є аналіз особистісних переддиспозицій до формування адиктивної поведінки, характеру внутрішніх конфліктів і душевних травм, а також особливостей їхнього подолання. Динамічна боротьба різноспрямованих мотиваційних тенденцій, як основа формування потягу до алкоголю, має враховувати також формат вікової динаміки та чинник гендерної специфіки [45].

В численних медичних дослідженнях представлено особливості алкогольної адикції як однієї з найбільш розповсюдженої [3; 26; 29; 30]. Розрізняють три стадії алкоголізму: початкова, середня й остання.

Початкова стадія характеризується психічною залежністю, зростанням стійкості до спожитих доз, вживання алкоголю стає систематичним. Середня стадія характеризується зростанням споживання і захопленням алкоголем, зміною характеру сп'яніння, який супроводжується забуванням

подій, втратою контролю над кількістю випитого, виникненням стану похмілля. На цій стадії спостерігається порушення психіки, зміна у всіх органах та нервовій системі. Остання стадія характеризується зменшенням стійкості до приймання дози алкоголю, що супроводжується виникненням тяжких нервових порушень та глибокими змінами у внутрішніх органах.

Коли з'являється психічна залежність від алкоголю, то людина майже ніколи не вважає себе хворим. Після психічної залежності настає фізична: алкоголь включається в процес обміну речовин, позбавлення якого призводить до синдрому похмілля, що характеризується тремтінням рук, стурбованим настроєм, тяжким сном з нічними жахами, неприємними відчуттями зі сторони внутрішніх органів. На кожній з наступних стадій поглиблюються зміни в організмі, психіці й поведінці хворого. Йому стає не під силу творча діяльність, різко послаблюється воля – людина не може керувати своїми вчинками, потрапляє під чужий вплив, емоції грубішають, настає емоційне збіднення і деградація особистості.

Багаторазове поглинання спиртного збирається в крові та її потоком розноситься по всьому організму. Досягаючи кожної клітини, алкоголь порушує клітинні мембрани, пригнічує біологічно активні сполуки, перш за все ферменти, які знижують засвоєння кисню, суттєво погіршуючи функціонування організму. Особливо чутливі до алкоголю нервові клітини та судини мозку. При цьому різко знижуються їхні регульовальні можливості, страждає кровозабезпечення мозку.

Систематичний прийом алкоголю знижує активність імунної системи: у півтора рази частіше розвивається захворювання органів дихання; на 70% збільшуються порушення шлунково-кишкового тракту, підвищується ризик захворювання алкогольним гепатитом і цирозом печінки, знижується статева функція [64; 73].

У хворих на алкоголізм першої стадії спостерігається психологічна залежність, яка виявляється в ненав'язливих думках про спиртне, що актуалізуються під впливом неприємних для хворого обставин; зафіксована

частково втрата контролю за кількістю випитих спиртних напоїв; поява амнестичних форм сп'яніння; підвищення толерантності до алкоголю, нестійкість емоцій, роздратованість, агресивні висловлювання.

Для хворих на алкоголізм другої стадії характерна наявність інтенсивного потягу між ексцесами, а також компульсивного потягу в процесі вживання спиртного. Спостерігається зростання толерантності до 1-1,5 літра горілки на добу, наявність абстинентного синдрому, що проявлявся фізичним нездужанням, відчуттям розбитості, головним болем, відсутністю апетиту, запамороченням, нудотою, блюванням, підвищенням чи зниженням артеріального тиску, спрагою, депресивними чи дистимічними розладами настрою.

Для хворих на алкоголізм третьої стадії поряд із фізичною та психологічною залежністю характерним є зниження толерантності; запійний тип вживання алкоголю; виражена соціальна, психічна й фізична деградація; ознаки зниження інтелектуальних функцій; розрив соціальних зв'язків і втрата працездатності; поява хронічних алкогольних психозів; у частини випадків – судоми в період абстиненції; атрофічні та дистрофічні зміни внутрішніх органів [64].

Іншою хімічною адикцією, що має ще більш небезпечний характер, ніж алкоголізм, є наркоманія – захворювання, яке зумовлено залежністю від наркотичного засобу чи психотропної речовини. Проблема наркоманії є актуальною практично у всіх країнах, тому наркотики нині вважаються третьою загрозою людства після ядерної зброї і глобальної екологічної катастрофи.

Проблема наркоманії у всьому світі невпинно «молодіє», сьогодні можна констатувати не лише юнацьку та підліткову, але й дитячу наркоманію. За даними міжнародного комітету ООН по контролю за наркотиками, в деяких країнах число неповнолітніх, які хоча би один раз пробували маріхуану, перевищує 37% [152].

До психоактивних речовин найчастіше відносяться:

- наркотики - опіум і його похідні;
- седативні препарати - барбітурати;
- стимулятори - кокаїн та амфетаміни;
- заспокійливі препарати – бензодіазепіни;
- галюциногени - ЛСД і РСР.

Кофеїн і нікотин також відносяться до речовин, що викликають залежність. Розлади, пов'язані з інтоксикацією, включені в діагностичну класифікаційну систему DSM-IV (Табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Різновиди хімічних психоактивних речовин, які спричинюють адиктивну поведінку

Тип	Препарат	Ефект
Седативні засоби	Алкоголь (етанол) Барбітурати: Нембутал (пентобарбітал); секонал (секобарбітал); веронал (барбітал); туїнал (секобарбітал і амобарбітал);	Знижується напруга, полегшується соціальне спілкування, зменшується ступінь інтенсивності почуттів і переживань
Стимулятори	Амфетаміни: бензедрин (амфетамін); декседрин (декстроамфетамін); метедрін (метамфетамін); Кокаїн (кока)	Підвищується відчуття бадьорості і впевненості в собі, знижується почуття втоми, дозволяють довго не спати, підвищують витривалість, стимулюють сексуальне збудження
Наркотики	Опіум і його похідні: Морфін Кодеїн Героїн Метадон (синтетичний наркодик)	Знімають фізичну біль, викликають релаксацію і приємні мрії, усувають тривогу і напругу Лікування героїнової залежності
Психоделіки та галюциногени	Конопля: маріхуана; гашиш; Мескалін (пейот); Псилоцибін (галюциногенні гриби); ЛСД	Змінюють настрій, мислення і поведінку «Розширюють» межі свідомості, викликають бачення і фантазії,

	(діетиламід-25 лізергінової кислоти); РСР (фенциклідин);	викликають ступор
Заспокійливі препарати (малі транквілізатори)	Лібріум (хлордіазепоксид); Мілтаун (мепробамат); Валиум (діазепам); Ксанакс	Усувають напругу і тривогу, викликають релаксацію і сон

Три основні класи речовин, що викликають залежність – це анальгетики-опіати, седативно-снодійні (включаючи алкоголь) і стимулятори (наприклад, кокаїн, амфетаміни). Вони мають потужні й різноманітні психотропні ефекти, які можуть істотно полегшити психічне страждання або повністю позбавити від нього. Наркозалежні використовують три класи наркотиків для диференційованого «самолікування», прагнучи позбутися від болю, викликаного афектами. Замість того щоб просто звільнитися від болісних і нестерпних почуттів, люди, які зловживають хімічними речовинами, можуть використовувати їх для управління афектами, особливо коли ці афекти важко вловити, розрізнити і дати їм назву.

Наркотики – це хімічні речовини рослинного чи хімічного походження, які здатні викликати зміну психічного стану, систематичне застосування яких призводить до наркозалежності. Стан психологічної залежності проявляється в тому, що людина за допомогою наркотика прагне досягти внутрішньої рівноваги, так виникає потяг знову і знову відчувати дію наркотика. Дія наркотика поступово заміщує собою всі звичайні для людини позитивні емоції. На цьому етапі людина ще зберігає здатність контролювати споживання, вона ще може вибирати, в яких ситуаціях і в який момент спожити наркотик. При цьому бажання спожити наркотик зберігається завжди, іноді розум може перемогти в боротьбі мотивів. Часткова можливість контролювати прийом наркотика створює у споживача ілюзію того, що наркотик ще не впливає на його життя, він вільний у своїх рішеннях і може призупинити споживання в будь-який момент [153].

Від усіх речовин, наркотики відрізняються саме тим, що впливають безпосередньо на мозок – складний, дивний орган, що складається з мільярда нервових клітин. Всі ці клітини пов'язані між собою й безупинно взаємодіють один з одним. Сигнали у вигляді електричного імпульсу надходять у синапси – місця скупчення кліток. Як тільки електричний імпульс досягає синапса, продукується спеціальна хімічна речовина – так званий індикатор, за допомогою якого передається сигнал на наступну клітину. Після передачі сигналу медіатор не зникає – спеціальні клітинні «насоси» відсмоктують їх знову в синапси. Там вони зберігаються, поки знову не будуть потрібні для передачі наступного сигналу. У мозку втримується кілька трильйонів синапсів. Всі вони безупинно й узгоджено видають сигнали, і в цей час виробляються медіатори. Вченими виявлено понад п'ятдесят різних медіаторів. Для розуміння наркотичного ефекту ключове значення має дофамін, що стимулює в головному мозку так звані центри задоволення. Всі наркотики збільшують викид дофаміну, хоча вони мають різну хімічну структуру й викликають різний ефект [8].

Особливо підступно поводиться кокаїн, що виводить з ладу медіатори, що відкачують дофамін. Раз вироблений дофамін залишається в синапсі, піддаючи наступну клітку тривалому порушенню. Так виникає почуття надзвичайного щастя, що у буденному житті просто недосяжно. Героїн діє по-іншому: він паралізує гальмівні нервові клітини. Коли ці клітини пригнічені, сигнали, що посилаються безупинно, переповнюють синапси дофаміном, що зумовлює «кайф» – величезну ейфорію [57].

Якщо людина живе в безнадійних, заплутаних, нестерпних обставинах, або його життя нудне, бідне враженнями, то наркотик – найлегший вихід з наявної ситуації.

Сучасні досягнення наркології свідчать про те, що адиктивна поведінка молоді спричинена насамперед недостатністю внутрішніх ендорфінів в генах людини. Цей фактор може бути обумовлений як спадковими чинниками, так і дією зовнішніх чинників. У клініці

алкогольної й наркотичної залежності переважають малокурабельні афективні порушення астено-депресивного регістру та психопатоподібна дефіцітарна симптоматика, які сприяють підтримці синдрому патологічного потягу в активній і продуктивній фазі та швидкому поверненню хворого до регулярного вживання психоактивних речовин. Супутні алкоголізації та наркотизації генетично закладенні ендогенні та водночас набуті екзогенні радикали змінюють патопластику й перебіг основних синдромів і симптомів адикції, роблячи їх непередбачувано атиповими, збоченими й патогенними [108].

Таким чином, наркотики постійно використовуються як штучний афективний захист. При їх застосуванні завжди присутнє фармакологічно підкріплене заперечення та блокування афекту. У більшості наркозалежних виявляється фобічне ядро, інфантильний невроз, на якому ґрунтується подальша патологія – зазвичай із супутніми страхами (і бажаннями), вбудованими в різні структури. Це насамперед стосується обмежень та зобов'язань, які супроводжують фізичну та емоційну близькість і будь-які зв'язки. У нав'язливих пошуках наркозалежного відображається компульсивне уникнення об'єктів, характерних для фобічного пацієнта. У той час як фобічне ядро збирає в одному об'єкті або в одній ситуації все, що представляє для фобічного пацієнта загрозу або небезпеку, переробляючи всю його життя під уникнення цього джерела тотальної загрози, наркозалежний робить прямо протилежне. Весь зміст його життя і прагнень, зосереджується в одному об'єкті або одній ситуації.

Фобії супроводжуються існуванням захисних фантазій – персоналізовані фантазійні захисні фігури або знеособлені захисні системи, особливим чином врівноважують існуючі страхи. Такий пошук захисту від фобічного об'єкта та тривожної ситуації майже неминуче призводить до компульсивної залежності, як тільки знаходиться відповідний об'єкт: любовний партнер, фетиш, наркотик, система ритуальних дій тощо. У

найбільш типовій ситуації наркотична залежність породжує захисну фантазію, яка найкраще захищає від фобічного ядра [176].

Від почуття безпорадності в ситуації, що травмує, і від нездатності контролювати емоції особистість захищається «товстою кіркою» нарцисизму – грандіозністю і самозвеличуванням, презирством і холодністю, а іноді ідеалізацією і підпорядкуванням. Все це часто прикривається поверхневою люб'язністю, доброзичливою поступливістю, привабливим шармом. Періоди високої інтегрованості і чесності раптово змінюються епізодами безжальної холодності та схильністю до криміналу. Протиріччя може заходити настільки далеко, що виявляється розщеплена або множинна особистість. Цьому відповідає яскраво виражена розірваність почуття «Я» та загальна нестійкість. Саме мінливість емоційних станів та особистісна ненадійність адиктивних хворих негативно впливає на міжособистісні стосунки, водночас вона принижує і призводить до депресії самих адиктів. Страх очікування нарцисичної кризи або реальні розчарування запускають лавину афектів, переповнюють адикта, підштовхуючи його таким чином до компульсивного використання наркотиків.

Психологи вважають, що споживання наркотиків – один із шаблів віддалення від реального життя, наступним може бути самогубство.

Основними симптомами наркоманії є:

- шкідливі наслідки для споживача наркотику, його безпосереднього оточення і суспільства в цілому;
- тенденція до постійного збільшення дози наркотику;
- психологічна і часто фізична залежність і прагнення отримати наркотик будь-яким чином [10].

Фізична залежність настає після включення наркотичних речовин у процес обміну речовин. Це – непереборна фізична потреба, яка виникає внаслідок постійного або періодичного вживання наркотиків. У цьому випадку різне припинення вживання наркотичних речовин викликає

фізичний розлад різного ступеня, який називають абстинентним синдромом. На цій стадії людина потребує лікування.

Соціальна залежність з'являється тоді, коли людина ще не почала вживати наркотичні речовини, але потрапила в середовище тих, хто їх уживає. Вона приймає стиль поведінки, ставлення до наркотичних речовин і зовнішні атрибути групи, що засвідчує її внутрішню готовність до їхнього вживання.

Психологічна залежність проявляється на тій стадії, коли під впливом наркотичних речовин змінюється поведінка людини. Це необхідно їй для зміни свого емоційного стану; іншим шляхом людина вже майже не може впливати на свої емоції, втрачає контроль і адекватні почуття. Найбільша небезпека наркотиків полягає в тому, що вони безпосередньо змінюють свідомість людини та руйнують її пам'ять, інтелект, пригнічують відчуття та емоції, а також викликають сильну психологічну та фізіологічну залежність.

Останнім часом вивченню підлягають культурологічні аспекти наркотизму, оскільки вплив певної культурної традиції споживання наркотиків дозволяє пояснити мотиви, які не піддаються поясненням трьома попередніми фактами. Тут, як правило, розглядається ритуальне споживання наркотиків в традиційних культурах і в сучасній психодилічній культурі. Сюди підключають живучий міф про зв'язок наркотиків і творчості, спонукаючи все нове і нове покоління художників, митців вживати наркотичні препарати.

Процес лікування алко- та наркозалежних характеризується частими рецидивами, що дає підставу розглядати алкоголізм як хворобу [3]. Алкозалежний не несе відповідальності за свій алкоголізм, але повністю відповідає за свої дії. У рамках цієї моделі алкогозалежні мають вроджену схильність до алкоголізму, психологічні чинники відіграють тут незначну роль. Але водночас методи лікування анонімних алкоголіків відповідають реальним психологічним потребам членів суспільства і сприяють особовим

змінам. Досвід стосунків члена такої групи з фігурами, що піклуються про нього, може бути інтерналізований; подібним же чином турбота про себе, самоконтроль і самоповага можуть бути інтерналізовані пацієнтом при спілкуванні з психотерапевтом. Це один із способів, яким терапевт може допомогти алкозалежним управляти своїми афектами та контролювати свою імпульсивність.

Таким чином, алкозалежність є гетерогенним розладом з мультифакторною етіологією. Ця та інші залежності можуть розвинутиися як результат тривалих невротичних конфліктів, структурного дефіциту, генетичної схильності, сімейних і культурних умов, а також впливу оточення.

Алкогозалежних характеризують не лише складнощі управління афектами та контролю своїх імпульсів. У них порушені й інші функції, наприклад, здатність підтримувати самооцінку і піклуватися про себе, страх відповідальності. Виникнення адикції розглядається як наслідок зниження психологічної стійкості особистості [180]. Оскільки психологічна стійкість захищає особистість від дезінтеграції та особистісних розладів, складає основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров'я, то відповідно зниження психологічної стійкості призводить до дезінтеграції особистості, порушення регуляції поведінки та діяльності, руйнування системи життєвих цінностей, мотивів, цілей, що підвищує ризик виникнення залежності.

Врахування індивідуально-особистісних особливостей та специфічних психологічних проблем, історії життя пацієнта дає змогу зрозуміти, які чинники стають причиною рецидивів, що виникають впродовж хвороби.

1.3. Чинники формування адиктивної поведінки в юнацькому віці

Зупинимося на розгляді проблем адиктивної поведінки молоді, оскільки саме через них трансформується устрій нормативного життя. Дослідження новоутворень юнацького віку представлено у працях А. Абрамової [1], І. Дубровіної, С. Недбаєвої [51], П. Лушина [111], Н. Пов'якель [142], Ф. Райе [158], А. Реана [159] та ін.

Юнацький вік характеризується якісними змінами у фізіологічному та психологічному розвитку індивіда. У цьому віці відбуваються інтенсивні анатомо-фізіологічні зміни, що призводять до біологічної зрілості. Водночас цей вік є одним з найбільш значущих періодів розвитку особистості, під час якого триває процес індивідуалізації, що завершується особистісним самовизначенням.

Юнацький вік є періодом, коли людина починає усвідомлювати перспективи свого подальшого життя. Тому основними новоутвореннями цього віку є формування життєвих планів, цілепокладання, вибудова ієрархії мотивів діяльності, що становлять ядро ціннісних орієнтацій. Багато юнаків мають досить віддалені життєві цілі, що стосуються оволодіння професією та кар'єрного просування, створення сім'ї та достатнього матеріального забезпечення.

Юнацький вік також пов'язаний з розвитком самосвідомості, формуванням переконань, ціннісних орієнтацій та ідеалів, професійним самовизначенням, входженням у доросле життя, формуванням моральної свідомості, стійкого світогляду. Розвиток самосвідомості юнака, поява «почуття дорослості» призводять до розуміння безперервності часового плину. Серед численних проблем входження молоді людини в суспільство можна виокремити питання про плани, уявлення, очікування на майбутнє, які є, з одного боку, результатом, а з іншого – умовою розвитку стосунків юнака із зовнішнім світом. Саме в цьому віці актуалізується потреба у пошуку сенсу життя. Особистісне зростання в юнацькому віці

характеризується визначенням власних життєвих ліній, взаємопов'язаність яких проявляється в різних станах взаємодії смислових утворень. Усвідомлення унікальності власного життя є важливою характеристикою життєвого досвіду в юнацькому віці. В період юнацтва продовжується дослідження способів самопрезентації на основі сприйняття, розуміння себе, інших, світу в цілому.

Провідним видом діяльності в юнацькому віці є інтимно-особистісне спілкування. Соціальний сенс спілкування визначається тим, що в його процесі суб'єктивний світ одної людини розкривається для іншої. Форми спілкування вкрай різноманітні. Вони визначаються як об'єктивними умовами, так і різною здатністю людей до спілкування.

В юнацькому віці інтенсивно формується та ускладнюється психіка, як структурно організована динамічна система. Виникають нові психічні утворення, а також диференціюються та ускладнюються уже сформовані психологічні якості. Все це відображається на всій психічній діяльності загалом.

У підлітково-юнацькому віці формується нова система ролей, тобто відбувається радикальна зміна всієї соціальної ситуації розвитку особистості – поява нового типу взаємин, зміна одного виду діяльності на інший. Як інтенсивне оволодіння соціальними ролями, так і надмірне обмеження самостійності зумовлюють виникнення численних суперечностей у сфері спілкування з людьми, а також внутрішнього конфлікту, який може набувати гострої форми, породжуючи сильне емоційне переживання та проявляється у зниженні успішності та інтересу до навколишнього.

Існує взаємозв'язок між виникнення адикції та такими процесами розвитку в юнацькому віці, як акселерація та ретардація. З одного боку, акселерація – це позитивний процес, а з іншого – він може спричинювати дисгармонію між соціалізацією та біологічним розвитком. Будь-яка

дисгармонія між біологічним дозріванням та процесом соціалізації сприяє виникненню адиктивної поведінки [4; 6; 7; 11; 13].

Протягом останніх десятиліть відмічається стрімка стратифікація серед молоді, зросли вимоги та критерії відбору на роботу та у вищі заклади освіти. Усім сферам життєдіяльності людини притаманний розвиток за типом ринкових відносин, постійно зростає динамічність життя. У сучасних умовах часто виникають ситуації інформаційного перевантаження, коли людина не може впоратись із завданням або не здатна прийняти правильне рішення в необхідному темпі в умовах високої відповідальності за наслідки цього рішення. Ці несприятливі чинники безпосередньо відображаються на психологічних особливостях юнацтва [21; 29; 30].

Аналіз статистичних даних вказує на небезпечні тенденції щодо посилення адиктивної поведінки в суспільстві, а саме: 1) суттєве збільшення кількості споживачів наркотичних засобів за останні десять років (як зареєстрованих, так і не зареєстрованих), яке становить 440-450 осіб на 100 тисяч населення; 2) понад 80 % споживачів наркотиків становлять молоді люди віком від 18 до 28 років, тобто особи юнацького віку; 3) зростає питома вага жінок серед загальної кількості наркозалежних, яка досягає від 12 % до 16 % від загальної кількості, при цьому розвиваються гендерні відмінності та відмінності соціального статусу; 4) у структурі видів наркоманії переважає кустарно виготовлений наркотик (як правило, з різних сортів маку), вживання низькоякісного продукту призводить до зростання й обтяження супутньої соматичної патології; 5) серед наркозалежних найбільш поширена кількість осіб ВІЛ-інфікованих (близько 20 % від усіх наркозалежних); 6) у порівнянні з минулим століттям спостерігається наступна тенденція: рівень захворювання наркоманією серед підлітків приблизно в 2 рази вище, токсикоманією – приблизно в 8 разів вище, чим серед населення в цілому; 7) підлітки зловживають наркотиками в 7,5 раз, а ненаркотичними психоактивними речовинами в 11,4 рази частіше, чим

дорослі; 8) смертність від наслідків вживання алкоголю в Україні становить 40 тисяч людей на рік, а щоденно 22 людини помирають від алкогольних отруєнь [149].

Юнацький вік супроводжується стрімким підвищенням відповідальності за свої вчинки, з'являються нові обов'язки та соціальні ролі, що може призвести до неадаптованості та викликати психологічний стрес, який є однією з причин соматичних і психічних розладів, а також сприяє виникненню адикції [30]. Отже, можна зробити припущення, що основним чинником виникнення адикції в юнацькому віці є певні реактивні утворення, що виникають у разі невідповідності між зовнішніми вимогами та можливостями індивіда, між потребами та можливістю їх задоволення, які обумовлюють виникнення мотиву [45].

У юнацькому віці також актуалізуються сексуальні потреби. Їх незадоволення може призводити до емоційної лабільності, дезорганізованої поведінки. Встановлено, що особи, схильні до адикції, мають нормальну статеву ідентичність, і водночас, риси емоційної активності, характерні для протилежної статі [127]. Зокрема, одним із найпоширеніших варіантів Інтернет-залежності є залежність від еротичних стимулів. Закономірність цього явища пов'язана з особливостями сексуальної поведінки людини. Кількість відвідувань сайтів еротичного змісту постійно залишається високою, причому в усіх країнах, незалежно від особливостей культури. Статистика стверджує, що 9 із 10 представників молоді віком від 14 до 25 років зіштовхуються з порнографією в Мережі, близько 17 % регулярно зазирають на заборонені сайти, а приблизно 5,5 % готові втілити побачене там у життя. У мережі можна натрапити на пропаганду насильства, садизму, демонстрацію агресії. Дослідники розглядають агресивність як деструктивну складову характеру та як чинник потенційного виникнення адиктивної поведінки [143].

Отже, суттєві зміни у фізіологічній та психологічній сферах в юнацькому віці можуть супроводжуватися такими проявами, як неспокій,

тривога, дратівливість, астенізація, агресивність, суперечливість почуттів, бунт, диспропорція у фізичному та психічному розвитку. Крім того, цей віковий період ще й поєднанням і швидким переходом до протилежних явищ: від підвищеної самовпевненості до вразливості та невпевненості в собі; цілеспрямованість і наполегливість змінюють імпульсивність й емоційну нестійкість; розкутість співіснує із сором'язливістю; прив'язаність із ворожістю й відчуженням; мрійливість із раціоналізмом [159].

Основним порушенням переживань емоцій в молоді, яке індукує виникнення адикції, є послаблення позитивних і посилення негативних почуттів. Цей брак позитивних емоцій компенсується різними видами залежностей. Особи з високим рівнем тривоги вживають антидепресанти, а особи в пригніченому стані вживають стимулятори [40]. Отже, вибір психоактивної речовини залежить від її впливу на афективну сферу, що необхідно враховувати при проведенні психопрофілактичних і психокорекційних впливів.

У юнацькому віці частіше проявляються приховані розлади особистості, що сприяють особистісній дезінтеграції та виникненню адикції. За результатами клінічних досліджень, найбільш уразливим до виникнення адиктивної поведінки є люди з такими типами акцентуації характеру: нестійкий, гіпертимний, епілептоїдний, збудливий, істероїдний та шизоїдний [122]. В осіб із циклоїдною, сензитивною та психастенічною акцентуацією вживання психоактивних речовин зустрічається рідко.

Проте особа з будь-якою акцентуацією є більш схильною до виникнення адикції, оскільки вона характеризується певною вразливістю до певного психогенного впливу. Таким чином, в більшості випадків перше вживання психоактивних речовин носить соціально-психологічний характер [39].

Однією з причин виникнення адиктивної поведінки молоді є неправильні стилі сімейного виховання. Так, гіперопіка, яка

характеризується підвищеним контролем та турботою, призводить до формування в підлітка надмірної емансипації чи, навпаки, пасивності й піддатливості зовнішньому впливу, що робить його вразливим до різного виду залежностей. Гіпоопіка характеризується зниженою увагою та турботою за дитиною, внаслідок чого потреба в безпеці й підтримці реалізується в групі ровесників, що збільшує ймовірність формування адиктивної поведінки. Суперечливе виховання полягає у відсутності сталої системи цінностей в сім'ї, в результаті чого в особи виникає дезадаптація, для подолання якої вона звертається до різного виду залежностей. Завищення вимог батьків призводить до постійного перебування дитини в стані напруги та переживання за результати своєї діяльності, з метою подолання негативного стану вона також починає шукати способи втечі від реальності. Жорстоке ставлення батьків до підлітків від вербального підтрюнювання до завдання фізичних травм спонукає до зміни станів свідомості як засобу захисту від насильства й жорстокості [43].

Для пояснення формування адиктивної поведінки у молодих людей досить часто використовують теорію співзалежності [56]. Співзалежністю називають поведінку, метою якої є, з одного боку — намагання членів сім'ї пристосуватися до адикта, з іншого — запобігання своєю поведінкою продуктивному розвитку особистості адикта. Діти у таких сім'ях займають одну з наступних ролей: «герой» захищає своїх братів і сестер від узалежнених батьків; «цап відбувайло» поводить погано, щоб відволікти батьків від сімейних конфліктів; «втрачена дитина» допомагає тим, що нічого не потребує; «блазень» за допомогою жартів намагається відволікти увагу батьків від конфліктних ситуацій. Внаслідок цього, діти, які зростають в дезадаптованих сім'ях, стають більш схильними до виникнення адиктивної поведінки. Надзвичайно травмувальним чинником є розлучення батьків.

Слід додати, що молодь більшу частину свого часу проводить в освітніх закладах, де можуть з'явитися наступні сприятливі умови виникнення адиктивної поведінки. До них можна віднести: необхідність

використання комп'ютерних технологій під час навчання, рання асоціальна поведінка, конфліктні взаємини з однолітками і педагогами, дидактогенія, академічна неуспішність та шкільна дезадаптація [19].

Отже, у період дорослішання з'являється низка вікових новоутворень: засвоєння специфіки поведінки і ролі відповідності до статевої приналежності; формування системи цінностей та самосвідомості; вибудова ієрархічної структури мотивів; формування емоційної незалежності від дорослих; встановлення нових, більш зрілих відносин із ровесниками; підготовка до трудової діяльності; прийняття своєї зовнішності та відкриття можливостей свого тіла і розуму; ставлення до себе та світу. Труднощі засвоєння нових соціальних ролей, криза ідентичності, суттєві фізіологічні та психологічні зміни в юнацькому віці можуть сприяти виникненню адиктивної поведінки як форми психологічного захисту.

Серед соціальних чинників адиктивної поведінки в юнацькому віці можна назвати такі:

- несприятливі стосунки в родині, з близькими й друзями;
- дружба з однолітками, які вживають наркотики;
- неуспішність у навчальній та професійній діяльності;
- економічні й соціальні труднощі;
- зміна місця навчання й проживання;
- доступність наркотиків;
- вживання наркотиків батьками;
- позитивне ставлення до наркотиків у референтній групі;
- спроба заглушити наркотиком травму, пов'язану з соціальними взаєминами.

Слід зазначити, що в молодому віці перебіг алкоголізму відбувається в більш тяжкій формі, важче піддається лікуванню, тому особливої уваги в профілактиці алкоголізму заслуговують підлітки та особи юнацького віку.

За даними Київського центру соціально-психологічної реабілітації для алкозалежних в Україні майже 7 мільйонів алкозалежних [136], третина з

яких – жінки. Ніяких гарантій на повне звільнення від алкоголізму не дає «кодування», підшивання «пігулок» чи детоксикація в лікарні. Як свідчать самі алкозалежні – ці методи діють максимум два роки, оскільки алкоголізм – це хронічна хвороба не лише тіла, а й психіки. Вона не залежить від соціального статусу, її жертвою може стати кожен.

Згідно зі звітом Інституту соціологічних досліджень імені О. Яременка, за останні п'ять років українські підлітки стали менше вживати алкоголь. Соціологи опитали 7,5 тисячі учнів і студентів; майже половина з них уперше спробувала спиртне до 13 років. У 15 років алкоголь вживали майже 90%, кожен п'ятий напивався хоча б раз протягом останнього року, а 8% відчували цей стан до 13 років. Половина опитаних також зазначила, що серед їхніх друзів усі п'ють спиртне, а найпопулярнішим спиртним напоєм серед юнаків є пиво. Іншим чинником підліткового алкоголізму є надзвичайна доступність спиртного. Так, 61% учнів повідомили, що їм легко дістати пиво, а третина без труднощів може придбати міцні алкогольні напої.

Як засвідчує соціальний досвід, проблема алкоголізму загалом вирішується не шляхом лише медичного лікування, а з позицій комплексного підходу. Позитивним є те, що за даними соціологічних досліджень, пік вживання алкоголю молоддю в Україні минув у 2007 році. Не виключено, що цьому сприяли заборона вживання пива у громадських місцях, підвищення контролю над продажем алкоголю неповнолітнім, обмеження реклами і зміни в системі освіти, які поліпшили обізнаність підлітків.

Якщо проаналізувати територіально, то найвищий рівень наркоманії в Україні відзначений у Дніпропетровській області (1000 осіб на 100 тисяч населення), а також у Києві (210-220 осіб на 100 тисяч населення).

До вагомих соціальних чинників формування залежної поведінки можна віднести також вплив реклами, що сприяє підтримці різноманітних видів залежностей.

Вплив алкоголю на психіку підлітків представлено в дослідженні В. Братуся та П. Сидорова [24], в якому зазначається, що до першого знайомства з алкоголем, як правило, утворюється певне уявлення про цей продукт, про його особливу, як прийнято вважати, ейфоризуючу дію. Перше знайомство з алкоголем відбувається звичайно в 10-12 років за святковим столом з батьками або серед друзів. Це перше знайомство часто різко контрастує з наявною до того переддиспозицією дитини. Майже завжди перша алкоголізація сприймається суб'єктивно неприємно.

Після такого, частіше дискомфортного знайомства, більшість підлітків якийсь час уникає алкоголю. Однак тому, що суб'єктивні відчуття від спиртних напоїв явно не збігаються із засвоєними уявленнями та традиціями, у них з'являється спокуса відновити алкоголізацію. І вже у віці 13-14 років у зв'язку з якими-небудь подіями (закінчення школи, вступу до навчального заклад, свята, дні народження, весілля й т.п.) алкоголізація відновляється, при чому поступово вона починає здобувати новий суб'єктивний, психологічний зміст.

Він полягає в переважно неусвідомленій психологічній мотивації звернення до алкоголю, у тих бажаннях і потребах, які людина намагається задовольнити за його допомогою. Генетично першим і найбільш частим є тут бажання повеселитися, створити піднесений настрій на весіллі, дні народження, зустрічі друзів, тобто у випадках, коли традиції особливо міцні. Звичайно свята чекають, до нього задалегідь готуються, певним чином налаштовують себе, причепурюються, що саме по собі створює ту особливу атмосферу, що й без вина робить людини збудженим, піднятим, радісним. Наступне прийняття алкоголю, змінюючи стан організму й нервової системи, створює лише особливе, незвичайне психофізіологічне тло, на яке могутньо проектується психологічні очікування, вся попередня психологічна підготовка до даної події. Для самої ж людини цей механізм залишається неусвідомленим, прихованим, що й породжує загальноприйняте уявлення про особливі властивості алкоголю [24].

Подібну проекцію можна спостерігати не лише у вживанні алкоголю, але й деяких інших наркотичних речовин. Учені роблять висновок, що не алкоголь як такий, не його суто фізіологічна дія, а насамперед проекція психологічного очікування, актуальних потреб і мотивів на психофізіологічний фон сп'яніння створює ту внутрішню картину, що людина починає приписувати дії алкогольного напою. Згодом починається вкрай небезпечний за своїми життєвими наслідками і кардинальний для генеза пияцтва процес – все більша децентрація, перекручування сприйняття: людина починає бачити головне джерело приємного стану лише в алкоголі [24, с. 28].

За тими же принципами (проекція психологічної переддипозиції, актуальних у цей момент потреб й очікувань на певний психофізіологічний фон алкогольного сп'яніння, перекручування в сприйнятті джерел шуканого стану) виникають уявлення й про інші властивості та функції алкогольних напоїв. Так, алкоголь уживають не тільки у зв'язку з радісними, але й у зв'язку із сумними подіями. Згодом діапазон суб'єктивних причин уживання алкоголю стає усе ширше – п'ють «для хоробрості», «з образи», щоб «поговорити по душах», щоб «розслабитися», щоб «підбадьоритися» тощо.

Вживання алкоголю завжди діяльнісно опосередковано, воно створюється в ході особливої діяльності алкозалежної людини, яку можна назвати ілюзорно-компенсаторною діяльністю, спрямованою на створення й підтримку шуканого емоційного стану, тобто ілюзорного задоволення тієї або іншої актуальної потреби [24, с. 29]. В ситуації наркоманії, особливо у випадках попередньої обробки і приготування, з'являється діяльність, яка наповнена особливим змістом, антураж якої й створює той самий особливий психологічний фон.

У цьому полягає соціальний аспект вживання алкоголю. Як правило, вибирається не алкоголь, а компанія, група, у якій обов'язковим елементом спілкування, проведенню вільного часу є випивка. Ця компанія, група, яку називають по-різному («вулична», «дворова», «асоціальна»), може бути

однорідною за віком або, що частіше, різнорідною, із двома-трьома старшими організаторами. Підлітка чи юнака ці групи приваблюють в силу відповідності його актуальним потребам: бажанням міжособистісного спілкування, самоствердження, почуття дорослості тощо.

Уміння пити найбільше символізує в групі дорослість, сприймається як ознака особливої сили й мужності, що характеризує лідера. В той же час споживання спиртних напоїв вимагає грошей, яких у підлітків дуже мало, що нерідко штовхає групу на перші виражені асоціальні вчинки. Для більшості підлітків перша спроба вживання психоактивних речовин залишається одиничним випадковим епізодом, але частина з них стає на шлях їх систематичного вживання. Цьому сприяють поширення інформації про наркоманію й токсикоманію: художні й документальні фільми, телепередачі, книги, розповіді старших хлопців й однолітків.

Різні джерела роблять на підлітків неоднозначний вплив. Виявилось, що школярі 10-12 років, наприклад, під впливом побачених фільмів починають грати в «наркоманів», а в підлітків 13-17 років складаються неправильні уявлення про наркоманію. За даними опитувань, інтерес до проблеми може активізуватися й після читання сенсаційних статей у пресі. Часто профілактична робота дорослих, що не є фахівцями, будується на перебільшених оцінках, надмірному моралізуванні й залякуванні й далеко не завжди ефективна. Паралельно йде інша «робота»: школярі обговорюють проблеми у своєму колі, де є «знавці» [30, с. 66]. Надзвичайно важливим є вивчення мотивів проб і відмов від експериментування з наркотичними речовинами. Опитування виявило наступні причини відмов: побоювання наслідків (звикання до препаратів, збитки для здоров'я й соціального благополуччя), а також алергію й відсутність наркотиків [42].

Когнітивно-емоційний дисонанс у структурі уявлень школярів про наркоманію й токсикоманію, що виникає при існуючих формах антинаркотичної пропаганди й функціонуючих у підлітковій субкультурі формах одержання досвіду, сам по собі може з'явитися чинником, що

спонукує шукати істину шляхом досвіду. Тому подальші дослідження повинні бути більше присвячені умовам, причинам, формам виникнення й існування у свідомості підлітків ілюзорних, стереотипних уявлень, а також розробці методів антинаркотичної пропаганди, що відповідають статево-віковим особливостям школярів [42].

У 14-16 років стосовно наркотиків формуються 3 групи.

1. «Що вживають і співчують» – цікавлять питання, пов'язані зі зниженням ризику при вживанні без наявності залежності. Уживання наркотиків вважається ознакою незалежності. Серед членів цієї групи багато лідерів.

2. «Радикальні супротивники» – багато з членів цієї групи вважають уживання наркотиків ознакою слабості й неповноцінності.

3. Група, що не визначила свого ставлення до наркотиків. Значна її частина може почати вживання під впливом друзів.

У 16-18 років групи зберігаються, але число осіб, які не визначилися, значно зменшується. Якісно змінюється зміст знань про наркотики: вони деталізуються й стають більше об'єктивними. У першій групі, «що вживають і співчують», виникають кримінальні наслідки вживання та швидко розвиваються процеси, що впливають на здоров'я [92, с. 7].

Переважає більшість дослідників прийшли до висновку, що сильніше всього ризик уживання наркотиків виражений у молоді у віці 12-18 років. У цей час перед молодими людьми стоїть велика кількість завдань розвитку: емансипація від батьків, визнання у референтній групі, зав'язування дружніх і партнерських відносин, визначення перспективи майбутньої професії, формування світогляду та власної системи цінностей. Ризик виникнення адиктивної поведінки з'являється тоді, коли виконання більшості завдань вбачається неможливим.

Дослідження американських вчених засвідчують, що вживанню наркотиків майже завжди передують вживання алкоголю й тютюну. Це

обумовлено тим, що вживання одних речовин, зокрема алкоголю й тютюну, фактично «знімає заборону» на вживання інших [60].

Таким чином, всі чинники виникнення залежності розподіляються на фактори середовища (об'єктивні) та (суб'єктивні) – індивідуально-психологічні. Відповідно в питаннях профілактики наркотичної залежності визначають також два основних напрями: визначення факторів середовища та їхня нейтралізація, а також робота з особистістю: виховання й розвиток стійкості до несприятливих соціально-психологічних впливів.

Так, Л. Булотайте [26] за допомогою методів ідентифікації й аутоідентифікації за словесними портретами встановила, що підліток 11-14 років не імітує свого батька з алкозалежністю, але до сімнадцяти років негативне ставлення до батька може змінюватися на позитивне, як наслідок, з'являється позитивна установка щодо споживання алкоголю. Водночас порушення емоційного спілкування в родинах алко- та наркозалежних можуть зіграти негативну роль у формуванні наркологічних захворювань у дітей. Для таких родин характерні: нестача їжі й одягу, соціальна ізоляція дітей, постійне очікування сварок, конфліктів, бійок і розлучення, страх і сором дітей за батьків. Часто діти змушені частину батьківських обов'язків брати на себе. Все це вкрай негативно впливає на їхні відносини з батьками, психічний стан і розвиток особистості [71].

Розглянемо особливості адиктивної поведінки осіб юнацького віку з позицій діяльнісного підходу. Юнацький вік характеризується високим рівнем фрустрації значущих потреб при частковій або повній неусвідомленості, суб'єктивним переживанням обмеженості можливостей власної реалізації в колі значущих інших, що породжує генералізовану незадоволеність (С. Березін, К. Лисецький, І. Мотинга) [21], яка є джерелом розвитку в підлітковому віці, а при відповідних умовах лежить в основі формування залежності. Основна мета розвитку особистості – подолання генералізованої незадоволеності через вирішення конфлікту

неперсоналізованості. Як засіб досягнення самоідентичності розглядається неадаптивна активність [39; 40].

На думку І. Гришко, до наступного етапу самоідентичності, людина здатна ефективно адаптуватися до умов соціуму, використовуючи при цьому ресурси власної особистості. Неадаптивна активність, яка обумовить досягнення ідентичності, виражається через розвиток прагнень особистості. При деструктивному розвитку неадаптивна активність може виражатися у формуванні залежності, яку можна також розглядати як прагнення. У цьому випадку конфлікт не розв'язується, ослаблення напруги не відбувається, і особистість змушена вдаватися до вживання наркотику знову і знову. При такому розвитку особистість підходить до подальшого вікового етапу з невизначеною ідентичністю, розв'язуючи труднощі з використанням зовнішніх ресурсів (наркотику) [39].

Адиктивна поведінка є наслідком порушення адаптації молоді до мінливих життєвих умов. Соціальна адаптація за даними дослідження є об'єктивно необхідним процесом входження індивіда (групи) в нове соціальне середовище та його опанування, такої взаємодії та взаємного пристосування, в результаті якого створюються умови не лише для здійснення особистістю її потреб і життєвих цілей, але і для прогресивного перетворення самого середовища. В іншому випадку можна говорити про односторонню, а значить, неповну адаптацію. По суті, це стан дезадаптації, який в подальшому сприяє формуванню адиктивної поведінки [141]. Для самозахисту молодь з адиктивним типом поведінки використовує механізм, так званий «мисленням за бажанням»: всупереч логіці причинно-наслідкових зв'язків вони вважають реальним лише те, що відповідає їх бажанням [84].

Адиктивна поведінка осіб юнацького віку формується поступово. Так, складні життєві ситуації, стан психологічного дискомфорту провокують адиктивну реакцію, яка є звичним типом реагування на вимоги реального життя. Формування адиктивної поведінки здійснюється як інтегрований

процес у психіці особистості, тобто вона стає іншою, яка витісняє і руйнує колишню.

Вчені визначають такі загальні особливості молоді з адиктивними формами поведінки:

1. Важке переживання труднощів повсякденного життя в порівнянні з кризовими ситуаціями.
2. Прихований комплекс неповноцінності, що поєднується з зовнішнім проявом переваги.
3. Зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами.
4. Прагнення говорити неправду.
5. Прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні.
6. Прагнення уникати відповідальності в прийнятті рішень.
7. Стереотипність, повторюваність поведінки.
8. Залежність.
9. Тривожність [117].

За даними Е. Берна [22], у людини існує шість видів голоду: голод з сенсорної стимуляції, голод з контакту, голод з фізичного погладжування, сексуальний голод, структурний голод або голод щодо структурування часу і голод з інцидентів. У межах адиктивного типу поведінки кожен із перелічених типів голоду загострюється, тому особи юнацького віку не знаходять задоволення почуття голоду в реальному житті та прагнуть зняти дискомфорт стимуляцією тих чи інших видів діяльності. Тоді людина намагається досягти підвищеного рівня сенсорної стимуляції (віддає пріоритет інтенсивним впливам, голосному звуку, різким запахам, яскравим зображенням), неординарності вчинків, заповненню часу подіями. Водночас, об'єктивні та суб'єктивні труднощі повсякденного життя, постійні докори в непристосованості та відсутність прихильності з боку близьких формують у адиктивних особистостей прихований «комплекс неповноцінності». Вони страждають від того, що відрізняються від інших,

від того, що не здатні «жити як люди». Однак такий «комплекс неповноцінності» обертається гіперкомпенсаторною реакцією. Від заниженої самооцінки адикт переходить відразу до завищеної, минаючи адекватну. Поява почуття переваги над оточуючими виконує захисну психологічну функцію, сприяючи підтримці самоповаги в несприятливих мікросоціальних умовах конфронтації людини з сім'єю або колективом.

Основним в поведінці адиктивної молоді є прагнення до відходу від реальності, страх перед повсякденною, наповненою зобов'язаннями і регламентаціями «нудним» життям, схильність до пошуку поза межних емоційних переживань навіть ціною серйозного ризику та нездатність до відповідальності.

Дослідниками проаналізовано шляхи зловживання юнаками наркотичних та інших токсичних речовин [21]. Перший шлях можна назвати полісубстантною адиктивною поведінкою. Особи юнацького віку випробовують на собі дію різних токсичних речовин, серед яких може бути вибрано найбільш привабливе, але зловживання може припинитися і до такого вибору.

Другий шлях – моносубстантна адиктивна поведінка, коли особи юнацького віку зловживають лише однією речовиною. Найчастіше це обумовлено тим, що тільки до неї є доступ, але іноді вони навмисно відмовляються від інших. Етап перших проб слугує початком адиктивної поведінки, вперше вони пробують будь-який засіб в компанії або під впливом друзів. Переважно першим вибирається алкоголь, іноді куріння гашишу або інгалянта, рідше – препарати опію, стимулятори або галюциногени. Потім може бути відмова від зловживання або повторна проба – нерідко з усе більшою частотою або в певному ритмі. Причиною відмови можуть служити неприємні відчуття, викликані інтоксикацією, страх звикання до даної речовини, або загроза суворих покарань.

Етап пошукового «полінаркотизму» настає саме тоді, коли слідом за першими пробами йдуть повторні. Поперемінно вживаються то алкоголь, то

токсичні речовини, включаючи доступні наркотики. Зазвичай це відбувається в компаніях, які збираються не лише для спільного їх вживання. Психоактивні речовини в цих компаніях використовуються «для веселощів», загострення сприйняття модної музики, сексуальної вседозволеності, та інших розваг. Етап вибору пріоритетної речовини завершує пошуки, підліток зупиняється на одній з кількох речовин, але залежності від пріоритетності речовини ще немає. На даному етапі виявляється гедоністична установка – бажання отримати певні приємні відчуття. Етап групової психічної залежності може бути приєднаним до попередніх етапів, оскільки потреба у вживанні токсичних або наркотичних речовин виникає автоматично, як тільки збирається компанія. На цьому етапі індивідуальна психічна залежність поки відсутня.

При моносубстантній адиктивній поведінці (другий шлях розвитку адиктивної поведінки) особа юнацького віку зловживає лише однією речовиною, коли від перших випадкових проб переходить до епізодичного зловживання. Поступово формується групова психічна залежність, а надалі інші речовини використовуються як замітники обраного або для посилення його дії. Ризик переходу адиктивної поведінки у хворобу (наркозалежність, алкоголізм чи токсикоманію) залежить від низки факторів [39].

Таким чином, основу внутрішніх спонук адиктивної поведінки підлітків становить дія механізму пошуку вражень на фоні нерозвиненості сфери потреб, наслідування дорослим (або одноліткам), перекручування процесу соціалізації, потреба в саморегуляції внутрішнього стану, особливо в психотравмуючій ситуації, порушення в емоційній або пізнавальній сферах, недолік наукових знань про здоровий спосіб життя, про алкоголь, тютюн, наркотики, їхні властивості, наслідки їхнього вживання для особистості й суспільства.

Підґрунтя для виникнення адикцій також складають індивідуально-психологічні особливості особистості. У психіатрії існує думка, що джерелом появи адикції є розлади різних сфер психічної діяльності, які

особливо проявляються у підлітковому та юнацькому віці. Так, А. Наєждін вважав, що в основі формування адиктивної поведінки переважно лежать депресивні розлади. П. Ганнушкін причину адиктивної поведінки вбачав у психопатіях. А. Личко відзначав наявність психопатій характеру в молоді, яка має різні види залежностей [64].

Узагальнюючи результати різних досліджень, можна визначити такі психологічні передумови формування адиктивної поведінки: емоційно-вольові порушення; депресія; тривожність; роздратованість; обмеження у спілкуванні; знижена самооцінка; особистісна дезадаптація; наявність внутрішнього конфлікту та спроба захисту від нього.

На думку вчених, залежному типу особистості властивий страх самотності й бажання його уникати, в результаті чого стрімко розвивається соціальна дезадаптація, що характеризується вузьким колом спілкування (можливе спілкування з багатьма людьми, але дуже поверхове), невмінням висловити, поділитися своїми переживаннями з навколишніми, недостатньою кількістю близьких взаємин, імпульсивністю, невмінням спланувати свій час, домагатися поставлених цілей і передбачити майбутню діяльність (як наслідок, можлива відсутність постійної роботи). Ці люди часто відмовляються від раніше намічених цілей і перебувають у стані депресії.

Вміння контролювати власні емоції є ознакою психічного здоров'я. Такої думки був З. Фрейд щодо істерії, яка виникає внаслідок того, що емоції, породжені патологічними ситуаціями, не отримують нормальної розрядки [196]. Представники психоаналітичного підходу вважають важливим чинником виникнення адикцій низький рівень виразу емоцій, надмірне пригнічення і контроль за ними та невміння подолати тривогу соціально прийнятним шляхом.

Н. Курек [101] вважає, що дефіцит сприйняття емоцій по невербальній експресії є частковим проявом «сенсорної амімії» — нерозуміння емоцій

інших людей, що є причиною конфліктних ситуацій, а за певних умов сприяє виникненню адиктивної поведінки.

Проте існують протилежні погляди на роль емоційної експресії у формуванні залежності. Емоційна експресія, тобто інтенсивне вираження гніву є ознакою примітивної особистості, схильної до адикції. Дослідники С. Захаров, Б. Ясько вказують на значний взаємозв'язок між агресивністю у дитинстві і наступним виникненням адиктивної поведінки в юнацькому віці [61]. Проте позитивним утворенням цього періоду онтогенезу є поява нових цінностей, іншого розуміння світу, відкриття «Я», розвиток рефлексії, усвідомлення власної індивідуальності, поява здатності до інтроспекції.

Таким чином, неповноцінний спосіб життя призводить до того, що особистість компенсує власні недоліки за рахунок штучної регуляції свого психічного стану.

Значний вплив на формування адиктивної поведінки має макросередовище. Вчені зазначають, що основна роль у формуванні особистості людини та її якостей належить не вихованню, а вродженим, природним якостям індивіда. Існує думка, що причиною психічних відхилень, на ґрунті яких формується девіантна та адиктивна поведінки, є порушення диференціації мозку в період внутрішньоутробного розвитку.

На думку багатьох науковців, причиною виникнення адиктивної поведінки є наявність не лише акцентуацій характеру та психопатій, а й «слабких ланок» в особистісній структурі. Патологічний потяг виконує роль компенсації особистісних аномалій, захищаючи уразливі ланки особистості [7; 9]. Слід зазначити, що індивід обирає не будь-який вид залежності, а саме той, який зможе компенсувати відповідну «слабку ланку». Наприклад, особи збудливі, агресивні надають перевагу «депресантам» (алкоголь, барбітурати, транквілізатори), тоді як особи депресивні – стимуляторам (тютюн, кофеїн, амфетаміни, кокаїн).

Тривалий час вченими проводився пошук «слабкої ланки» з-поміж різних рис і властивостей особистості. Згодом дослідження показали, що

одна риса чи властивість особистості не може претендувати на універсальне пояснення виникнення адикції, а також засвідчила низьку ефективність профілактичних програм, що спирались на вищезгадане положення. На даному етапі науковий пошук зосередився на вивченні поєднання кількох важливих рис чи властивостей особистості, що стають передумовами виникнення адикції. Відповідно до цього визначаються профілі дозалежної особистості.

В сучасних умовах форми адиктивної поведінки зазнають певних змін, що обумовлює актуальність вивчення її чинників. Серед таких чинників значне місце займає нездатність особистості до критичного осмислення власного способу життя та визначення його сенсу.

Формування адиктивної поведінки здійснюється впродовж певного часу. В. Свідовська визначає певні етапи розвитку адиктивної поведінки підлітків: пошук адиктивного агента, що відповідає індивідуальному запиту особистості; переживання гострої зміни психічного стану завдяки цьому об'єкту та фіксація у свідомості цього зв'язку; визначення частоти звертання до адиктивного агента; встановлення адиктивних поведінкових стереотипів; повна домінація адиктивної поведінки; руйнація психіки та відповідні біологічні зміни [174].

У дослідженні Г. Пріба зазначається, що саме в підлітковому віці розвиваються специфічні особливості самосвідомості, що проявляються в деформації самооцінки. Виникнення адиктивної поведінки може ґрунтуватися на конфліктній взаємодії підлітка з його найближчим оточенням у родині, а саме, на її негативному впливі на розвиток особистості. У свою чергу, притаманні підліткові невпевненість, напруженість, ворожість, агресивність стають передумовами виникнення руйнівної адиктивної поведінки [148].

Адиктивна поведінка може призводити до криміногенних наслідків [15; 16; 98; 150]. М. Ларченко проаналізовано закономірності залежної поведінки та її зв'язок із факторами кримінологічного ризику.

Класифіковано напрями адиктивного впливу на рішення вчинити злочин. З метою диференціації запобіжного впливу виділено та проведено кримінологічний аналіз чотирьох типів осіб з антисоціальною спрямованістю діяльності, яким притаманні різні моделі адиктивної поведінки [102].

Експерти ВООЗ виділяють чотири психологічні типи особистостей, схильних до адиктивної поведінки: 1) особистості незрілі, інфантильні, без стійких моральних принципів, без захоплень, навіювані, нездатні до скерованих вольових зусиль і до опору зовнішнім впливам; 2) індивіди з вразливою психікою, непевнені в собі, недостатньо активні, сензитивні, з усвідомленням власної неповноцінності, з підвищеною втомлюваністю; 3) емоційно нестійкі, схильні до депресивних реакцій, плаксиві, нездатні до справжньої духовної теплоти, співпереживання, з прагненням до негайного задоволення своїх бажань; 4) подразливі, вибухові, не здатні стримати гнів або бурхливі емоційні реакції через дріб'язкові причини, люблять сильні відчуття, схильні до ризику, нерідко егоїстичні та образливі. Вищевказані типи осіб відповідають поняттям «психопатична і невротична особистість» [60].

Н. Максимова особистісну схильність до адиктивної поведінки розглядає як особистісне новоутворення, яке детермінує готовність до вживання психоактивних речовин. Особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово в процесі онтогенезу та складається з таких компонентів: 1) відсутність мотивації досягнення аж до відмови вважати себе суб'єктом діяльності; 2) несформованість функції прогнозування поведінки; 3) низький рівень розвитку самоусвідомлення, відсутність навичок рефлексії; 4) екстернальний локус контролю; 5) низький рівень самоповаги аж до неприйняття образу «Я», який, проте, може маскуватися захисною поведінкою, яка демонструє завищену самооцінку; 6) самозахисний тип реакції на фрустрацію, який виявляється у відмові від діяльності при зіткненні з найменшими труднощами; 7) суперечність

самооцінки та рівня домагань, що виявляється в алогічності щодо послідовності діяльності, пов'язаної з подоланням перешкод; 8) тенденція до втечі від реальності в ситуації фрустрації. Причиною особистісної схильності є несприятлива соціальна ситуація, в якій розвивається дитина [114; 115].

Умовно виділяють такі основні групи чинників, які сприяють розвиткові девіантної та адиктивної поведінки: 1) моральна незрілість особистості; 2) порушене соціальне мікросередовище; 3) індивідуально-біологічні особливості особистості; 4) індивідуально-психологічні особливості; 5) нервово-психічні аномалії особистості.

До індивідуально-психологічних та нервово-психічних аномалій особистості відносять: 1) низьку стійкість до емоційних навантажень; 2) підвищену тривожність; 3) імпульсивність; 4) схильність до ризикованої поведінки; 5) недостатню соціальну адаптацію, особливо в складних умовах; 6) різну міру вияву акцентуації характеру, переважно конформної, гіпертимної та нестійкої; 7) неврози та психопатії [112].

Вчені розглядають адиктивну поведінку як різновид девіантної і, аналізуючи останню, виділяють такі передумови її формування: 1) індивідуально-типологічна вразливість; 2) порушення саморегуляції особистості; 3) дефіцит соціально-підтримуючих систем; 4) соціально-психологічні умови, що її «запускають» і підтримують [55].

Зупинимось детальніше на перших трьох етапах, оскільки вони розкривають ті індивідуально-психологічні особливості, які безпосередньо стосуються виникнення адиктивної поведінки. До індивідуально-типологічної вразливості належать: 1) чутливість; 2) емоційна лабільність; 3) знижений фон настрою; 4) імпульсивність; 5) низька адаптивність; 6) схильність до швидкого формування стійких поведінкових стереотипів; 7) ригідність; 8) схильність до соматизації. До порушення саморегуляції особистості відносяться: 1) домінування негативних емоційних станів; 2) алекситимія; 3) несформованість асертивної

поведінки; 4) непродуктивні способи подолання стресу; 5) дефіцит цілеспрямованості і наполегливості; 6) помилкова самоіндентичність та знижена самооцінка; 7) девіантні цінності; 8) відсутність або втрата сенсу життя [45].

До ресурсів особистості (її життєво важливих якостей і компенсаторних можливостей), що сприяють стійкості до формування адикцій, відносять: 1) духовність; 2) здоров'я та цінності здорового способу життя; 3) зовнішню привабливість; 4) комунікабельність і здатність до співпраці; 5) активність; 6) інтелект та спеціальні здібності; 7) цілеспрямованість і честолюбність; 8) вищі почуття (сумління, відповідальність, почуття обов'язку, співчуття, віра); 9) творчість, хобі; 10) професійну кваліфікованість; 11) досягнення; 12) любов, дружбу, значущі особистісні взаємини; 13) життєвий досвід [45].

Індивідуально-типологічна сензитивність є вродженою і зберігається протягом всього життя. Якщо в одній людині співіснують декілька таких особливостей, то це можна розглядати як типологічну predisпозицію до адиктивної поведінки. Особливості саморегуляції особистості формуються протягом життя і поєднання кількох вищезгаданих порушень визначає психологічну схильність до адикції. Проте, наявність особистісних ресурсів дає можливість компенсувати особистісні проблеми, завдяки чому забезпечується стійкість особистості до різних форм девіантної поведінки.

Аналіз ролі зовнішніх чинників у розвитку особистості змушує звернути увагу на соціальне середовище, в якому перебуває індивід, і під впливом якого та чи інша риса змінює міру свого вияву. З іншого боку, не можна стверджувати, що ситуаційні відмінності можуть пояснити значну частину варіативності поведінки [38].

В. Менделевич у концепції залежної особистості зазначає, що адиктивна поведінка виникає не внаслідок зовнішнього тиску чи примусу, а завдяки готовності індивіда підкорюватись. Зовнішні чинники є лише умовою, а не причиною адиктивної поведінки. Всі форми адикції базуються

на індивідуально-особистісних якостях індивіда. Тобто та чи інша форми адиктивної поведінки формується у процесі соціалізації. За В. Менделевичем в основі адиктивної поведінки лежать такі дохворобливі (допатологічні) особистісні особливості індивіда: 1) психічний інфантилізм; 2) навіюваність; 3) імітативність; 4) прогностична некомпетентність (антиципаційна нездатність); 5) ригідність; 6) впертість; 7) наївність; 8) простодушність; 9) цікавість та пошукова активність; 10) максималізм; 11) егоцентризм; 12) яскравість уяви та вражень, що обумовлює схильність до сенсорної деривації; 13) нетерплячість, в основі якої лежить так званий «голод за структуруванням часу»; 14) схильність до ризику; 15) страх бути покинутим, що ґрунтується на відчутті безпорадності, несамостійності, нездатності приймати повсякденні рішення [112].

У концепції залежної особистості В. Менделевич звертає увагу на той факт, що в преморбіді адиктивної поведінки значущими є не узагальнена характеристика, яка репрезентується у формі акцентуації характеру чи особистісного розладу, а окремі специфічні якості та риси, що складають портрет адикта. Як видно, перелік вищевказаних важливих особистісно-характерологічних особливостей є суперечливим, із чим і погоджується В. Менделевич, вважаючи перспективним пошук закономірностей поєднання суперечливих рис і якостей, оскільки суперечливою є сама особистість, яка схильна до адиктивної поведінки.

Аналізуючи особливості адиктивної особистості, В. Менделевич обґрунтовує, розкриває її сутність з позицій теорії Е. Берна. Згідно з цією теорією, у людини існує шість видів потреб («голоду», за висловом Е. Берна): у сенсорній стимуляції, у визнанні, у контактах і фізичному поглажданні, у сексуальній сфері, у структуруванні часу, у виявленні ініціативи. У адиктивної особистості кожен вид потреби є особливо загостреним. Тому людина не знаходить їх задоволення в реальному житті та прагне зняти цей дискомфорт шляхом стимуляції тих чи інших видів діяльності. Таким чином, основним у поведінці адиктивної особистості є

прагнення до відходу від реальності, страх перед повсякденним, наповненим зобов'язаннями і регламентаціями «нудним» життям, схильність до пошуку емоційних поза межних переживань навіть ціною серйозного ризику для життя, що поєднується з відсутністю відповідальності за свої вчинки [112].

Очевидним є зв'язок між специфікою потреб особистості та ризиком формування залежності. Для розкриття цього зв'язку розглянемо загальнотеоретичні положення, що визначають сутність потребово-мотиваційної сфери особистості в психологічній науці з позицій діяльнісного підходу.

Коли людині чогось бракує, вона відчуває в цьому потребу і водночас перебуває в залежності від цього. Саме тому у психології вважається, що потреба – стан, який виражає залежність від того, що становить умову існування. Задоволення потреби забезпечує процес повернення організму в стан рівноваги.

Потреби – це ті форми взаємодії людини зі світом (духовні чи матеріальні), необхідність яких обумовлена особливостями відтворення і розвитку її біологічної, психологічної, соціальної визначеності, які тією чи іншою мірою відчуються, усвідомлюються людиною. Потреби демонструють протиріччя між необхідним і наявним. Це – необхідність чогось, що забезпечує існування, рухома сила людської активності, причина багатьох людських дій.

Кожна група потреб по-своєму виявляються у людини, з різною силою та інтенсивністю. Якщо природні потреби (нижчі) притаманні всім людям в рівній мірі, то вищі (штучні) – в неоднаковій. У цілому, вищі потреби сильніше диференціюють людей, ніж нижчі, природні. Вищі потреби визначають спрямованість особистості. В результаті виникає двоспрямований процес: потреби керують людиною, а вона формує їх зміст. Чим вищі запити особи, тим складніший процес формування потреб.

Сукупність потреб формують потребово-мотиваційну сферу особистості. Одним з провідних мотивів виступає інтерес – це усвідомлення потреб особистості, спрямованість дій індивіда залежно від можливості задоволення тієї чи іншої потреби, одна із рушійних сил поведінки та діяльності особи. Разом із потребами інтереси становлять основу ціннісної сфери.

Цінності лежать в основі людської поведінки, а тому їх набір характеризує певний «мотиваційний тип» з відповідними цьому мотиваційному типу цілями. Вивчаючи структуру та суть особистості, більшість психологів виділяють мотивацію як одну з підструктур в системі спрямованості особистості. Спрямованість особистості – це система домінуючих цілей і мотивів її діяльності, які визначають її самоцінність і суспільну значущість. Спрямованість проявляється у потребах, інтересах, ідеалах, переконаннях, світогляді; її центральним утворенням вважаються мотиви. Можна сказати, що спрямованість особистості – одна з найістотніших сторін особистості, які характеризують її мотиваційну сферу. Безпосередньо мотив – це спонукання до діяльності, пов’язане з вдоволенням визначеної потреби [106].

Етимологічно термін «мотивація» походить від латинського дієслова *MOVERE*, що означає «рухатися». Психологи вважають, що в основі мотивації лежать потреби, які проявляються, коли людина відчуває недостатність чого-небудь (Рис. 1.1).

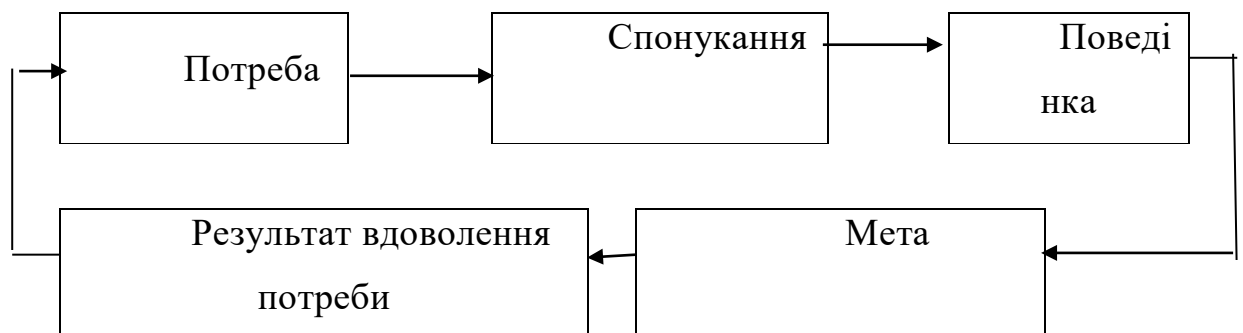


Рис. 1.1. Модель формування мотивації

За визначенням Маслоу, мотивація – це прагнення до задоволення потреб. Потреби людини суб'єктивно переживаються нею як бажання, потяг або прагнення. Потреби можуть бути як усвідомленими, так і неусвідомленими, але в будь-якому випадку вони формують спонукання. Сигналізуючи про виникнення потреб та про їхнє задоволення, ці переживання регулюють діяльність людини, стимулюючи або послаблюючи її. Наявність потреби та її безпосереднього, чуттєвого виразу (бажання, потягу тощо) ще не є достатньою умовою для того, щоб діяльність щодо її задоволення (або спрямована на інший предмет) могла здійснитися. Для цього необхідний об'єкт, який, відповідаючи потребі за змістом, став би спонукою діяльності, надав би їй конкретної спрямованості. Людині притаманні вищі форми відображення дійсності, а тому об'єкти, які спонукають до діяльності, можуть поставати у формі ідеї чи морального ідеалу. Саме цей усвідомлюваний образ, який орієнтує діяльність на задоволення певної потреби, називають мотивом діяльності [119].

Проблема мотивації розглядалася в роботах В. Давидова, Д. Ельконіна, Г. Костюка, О. Леонтьєва, Б. Ломова, С. Максименка, С. Рубінштейна та ін. З позицій теорії діяльності О. Леонтьєва, у процесі пошукової діяльності людини відбувається так зване опредмечування потреби. У цьому акті народжується мотив, який і визначається як предмет потреби. Згодом за опредмечуванням потреби та появою мотиву поведінка людини суттєво змінюється. Якщо до цього моменту поведінка була не спрямованою, пошуковою, то з появою мотиву вона набуває вектору. Саме множина («гніздо») дій, які збираються біля одного предмету – типова ознака мотиву. Сукупність таких дій визначає особливий вид діяльності.

Типовою ознакою людської діяльності є її полімотивованість. За своїми ролями та функціями не всі мотиви однієї діяльності є рівнозначними. Головний мотив визначається як провідний, додаткові – мотивами-стимулами, які додатково стимулюють певну діяльність.

Мотиви породжують діяльність, тобто призводять до утворення цілей, які, як відомо, завжди усвідомлюються людиною. Самі ж мотиви усвідомлюються не завжди. Тому усі мотиви розділяються на два великих класи: усвідомлені мотиви (мотиви-цілі) та неусвідомлені мотиви [106].

Щодо виокремлення структурних компонентів мотиву О. Леонт'єв вказує на дві підструктури: мотиваційне ядро (зміст, вольові властивості, спрямованість, значущість, динамічність, емоційність) та функції (спонукальну, селективну, когнітивну, цільову, сенсоутворюючу, регуляторну) [106].

В якості характеристик мотивів виокремлюють силу (інтенсивність мотиваційного збудження), стійкість (прояв інертності установок, цінностей, нахилів, світогляду) та зміст (рівень усвідомлення, впевненість у правильності рішення, фокус контролю, зв'язок з діяльністю).

Мотиви класифікують за кількома критеріями:

- за постановкою мети (ситуаційні, цільові, вибору засобів досягнення цілей);
- за ступенем значущості (широкого соціального плану, групові, індивідуально-особистісні);
- за провідним мотиватором (однозначні та багатозначні);
- за структурою цілей (первинні (абстрактна ціль) та вторинні (конкретна ціль)).

Мотив самореалізації часто тісно взаємодіє з мотивом рекреації, мотив афіліації – з комунікативним та корпоративним. Вченими визначаються також інші мотиви: інструментальні мотиви, що пов'язані з виконанням певного виду діяльності (трудової, ігрової, навчальної); комунікативні мотиви, які відображають всі три сторони спілкування: комунікативну, перцептивну та інтерактивну; інформаційно-пізнавальні мотиви; релаксаційні мотиви [106].

Таким чином, мотиваційна сфера відображає одночасно індивідуальний і суспільний характер діяльності людини, на основі яких

здійснюється задоволення її потреб у різних сферах. Вона являє собою складну багаторівневу ієрархічну систему, а отже, виконує важливу функцію регуляторів соціальної поведінки індивіда.

Висновки до першого розділу

1. Залежність є різновидом адиктивної поведінки особистості, що виникає внаслідок її порушеної адаптації до нових умов мікро- та макросередовища. Усім видам залежності притаманні загальні ознаки адиктивної поведінки: стійке прагнення до зміни психофізичного стану; безперервний процес розвитку адикції; циклічність залежної поведінки; закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивної установки, тобто сукупності когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, які викликають адиктивне ставлення до життя; надмірне емоційне ставлення до об'єкту залежності; перетворення об'єкту адикції у мету існування; заперечення існування залежності.

2. Адиктивна поведінка виникає як результат складної взаємодії спадкових, біохімічних, соціальних та індивідуально-психологічних чинників. Серед таких можна виокремити: зовнішні умови навколишнього середовища: спадково-біологічні, соціальні, психофізіологічні та індивідуально-типологічні умови; внутрішньоособистісні причини і механізми залежної поведінки.

3. Індивідуально-типологічна сенситивність, як передумова виникнення залежності, є вродженою і зберігається протягом всього життя. Якщо в одній людині співіснують декілька таких особливостей, то це можна розглядати як типологічну предрисповицію до адиктивної поведінки. Особливості саморегуляції особистості в поєднанні з несприятливими чинниками середовища визначають психологічну схильність до адикції.

4. Очевидним є зв'язок між специфікою потреб особистості та ризиком формування залежності. У адиктивної особистості кожен вид потреби є особливо загостреним. Тому людина не знаходить їх задоволення в реальному житті та прагне зняти цей дискомфорт шляхом стимуляції тих чи інших видів діяльності. Основним у поведінці адиктивної особистості є прагнення до відходу від реальності, страх перед повсякденним, наповненим зобов'язаннями і регламентаціями «нудним» життям, схильність до пошуку емоційних позамежних переживань навіть ціною серйозного ризику для життя, що поєднується з відсутністю відповідальності за свої вчинки.

5. Найбільш вразливим періодом для виникнення залежності є підлітковий та юнацький вік. На ці періоди припадає велика кількість завдань розвитку: усвідомлення власних потреб, формування ціннісних орієнтацій та мотиваційної сфери особистості. Основу внутрішніх спонук адиктивної поведінки молоді становить дія механізму пошуку вражень на фоні нерозвиненості сфери потреб, викривлення процесу соціалізації, порушення в емоційній або пізнавальній сферах, недолік знань про небезпечні наслідки вживання наркотичних речовин. Оскільки адиктивна поведінка є ознакою соціальної дезадаптованості та незадоволення значущих потреб, виявлення специфіки потребово-мотиваційної сфери у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я дасть змогу визначити особистісні детермінанти адиктивної поведінки, що сприятиме пошуку ефективних шляхів її профілактики й корекції.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Концептуальні засади вивчення адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я

В першому розділі нашого дослідження ми розглянули сутність поняття адиктивної поведінки особистості, чинники та механізми її формування. Наголошено на значенні психологічних передумов виникнення адиктивної поведінки. Обґрунтовано, що найбільш вразливим у цьому відношенні є юнацький вік. Динамічність та складність сучасного світу може блокувати задоволення основних потреб у молодих людей. Етап дорослішання, що супроводжується віковими кризами розвитку, часто призводить до нестійкості емоційних станів особистості, перебудови світосприйняття людини, ставлення до себе та до інших.

Цей вік є складним для здорових молодих людей, але поміж інших особливо вразливою категорією виступає молодь з обмеженими можливостями здоров'я, переважно з інтелектуальними порушеннями, яка характеризується зниженням здатності до самореалізації та труднощами задоволення основних потреб. Це відображається на характері соціальної взаємодії та негативно впливає на розвиток особистості, що значно підвищує ризик формування різних видів девіантної поведінки (Ю. Антоян, В. Гульдан, О. Гришко, М. Костицький, Л. Сабліна, О. Северов, В. Синьов, Т. Харченко та ін.).

У психолого-педагогічній науці представлено низку досліджень, присвячених вивченню неадаптивних проявів поведінки юнаків з інтелектуальними порушеннями, а саме: адикцій (Н. Морозова, М. Певзнер),

асоціальних проявів (О. Сєвєров, В. Синьов, Т. Харченко), агресивності (Н. Макарчук, Т. Морозова, Л. Руденко), імпульсивності (Г. Дульнєв, Б. Пінський, М. Царидзе), конфліктності (О. Агавелян, Ю. Бистрова, Т. Янданова), зниження критичності (Н. Коломінський, В. Синьов, О. Хохліна), віктимної поведінки (А. Бистров, О. Романенко). Серед чинників такої поведінки вченими визначається зниження інтелектуальної та регулятивної функцій психіки, що призводить до порушення критичності мислення, неадекватної оцінки власних вчинків та їх наслідків, зменшення опору впливам несприятливих ситуацій та послаблення самоконтролю.

Напрями корекційно-профілактичного впливу на особистість підлітків з інтелектуальними порушеннями та схильністю до девіантної поведінки представлені в працях О. Гаврилова, М. Матвєєвої, С. Максименка, В. Медведєва, Л. Руденко, В. Синьова, М. Супруна та ін. Як зазначає М. Супрун, розвиток девіантної поведінки в цих осіб пояснюється низкою причин та мотивів різного рівня. Порушення розвитку критичного мислення, встановлення причинно-наслідкових зв'язків призводить до специфіки формування моральної свідомості та змісту потреб особистості [184, с. 143].

Аналіз результатів чисельних досліджень у спеціальній психології засвідчує, що інтелектуальні порушення безпосередньо впливають на розлади емоційно-вольової сфери та поведінки (І. Бех, Л. Виготський, О. Вовченко, К. Лебединська, Л. Прохоренко, О. Проскурняк, Л. Руденко, В. Синьов та ін.). Від ступеню інтелектуальних порушень залежить динаміка та характер формування міжособистісних взаємин та особистості в цілому (Ю. Бистрова, О. Гаврилов, Г. Дульнєв, Н. Коломінський, В. Синьов).

Таким чином, порушення поведінки підлітків з інтелектуальними порушеннями обумовлені, насамперед, недостатнім інтелектом, що стає причиною затримки формування базових психологічних структур особистості, недостатнього усвідомлення мотивів власної поведінки, слабкості вольової регуляції, патологічності потягів. Віковий фактор у

випадку порушення поведінки додає неспецифічну вікову кризову симптоматику [36, с. 137].

В дослідженнях зазначається, що недостатність інтелекту призводить до неадекватності розуміння ситуації та емоційного реагування на неї, а також до неспроможності усвідомлювати власні емоційні прояви та стани і керувати ними. Підлітки з порушеннями інтелектуального розвитку погано усвідомлюють мотиви власної поведінки, не аналізуючи її, що призводить до безглузких невмотивованих вчинків, нездатності їх пояснити, а також передбачити наслідки власної поведінки [177, с. 126].

Вчені відзначають пасивно-активну агресивну поведінку, схильність до імпульсивних реакцій (спалахів гніву, агресивних розрядів) у підлітків із інтелектуальними порушеннями. Їм властиві порушення адекватності та контролю, більшість із них мають низький рівень ситуативної емоційної регуляції поведінки [81, с. 15-17].

У дослідженнях вчених агресивна поведінка розглядається як самостійна форма порушеної поведінки, як агресивний стан в структурі інших форм девіантної поведінки (аддиктивна, делінквентна, суїцидальна тощо) і як стійкий симптом у структурі психопатологічних синдромів або захворювань. Так, Л. Руденко розглядає агресивну поведінку осіб із інтелектуальними порушеннями як форму соціальної поведінки, що проявляється по-різному і визначається віковими й психологічними особливостями, а також рівнем психічного розвитку, структурою дефекту й особливостями нейродинаміки [163].

Підліткам із інтелектуальними порушеннями властива імпульсивність поведінки. Це виявляється в тому, що вони безпосередньо реагують на зовнішні подразники, не усвідомлюючи наслідків такої поведінки. Їхня поведінка нецілеспрямована, оскільки її первинний мотив зберігається, але втрачається подальший контроль поведінки. «Діяльність таких підлітків є залежною не лише від зовнішніх обставин, а й від власних безпосередніх

неусвідомлених потягів. Такі потяги штовхають на необдумані дії, які іноді можуть зашкодити і самій дитині» [178, с. 127].

Вчені відзначають також слабкість вольових зусиль та саморегуляції у осіб з інтелектуальними порушеннями, що призводить до неадаптивних форм поведінки та перешкоджає різним видам діяльності (Т. Ілляшенко, Л. Прохоренко, Т. Сак та ін.). «Період вікових криз також сприяє посиленню негативних впливів соціального характеру з подальшим виникненням у школярів девіацій поведінки за невротичним або психопатоподібним типом, які в умовах несприятливого середовища можуть призвести до відхилень поведінки асоціального характеру (алкоголізм, крадіжки)» [177, с. 128].

Характеризуючи цю категорію осіб, Н. Морозова визначає два самостійних типи психічних розладів: один із них характеризується домінуючим інтелектуальним порушенням; другий являє собою емоційно-вольовий розлад зі зниженням або збільшенням рухової активності [125].

У дослідженнях вчених розглядається також нездатність засвоїти моральні норми спілкування як чинника неадекватної поведінки осіб з інтелектуальними порушеннями, порушення механізмів опрацювання інформації, що ускладнює процес інтеріоризації норм комунікативної поведінки, обмежені можливості соціальної перцепції та невміння аналізувати невербальні сигнали (І. Дмитрієва, І. Колесник, М. Кот, В. Лубовський, О. Мамічева, І. Омельченко, М. Певзнер, О. Романенко, М. Супрун та ін.).

Таким чином, серед різноманітних чинників формування адиктивної поведінки цих осіб головна роль належить нездатності особистості адекватно сприймати дійсність, переробляти інформацію та приймати рішення, що обумовлено порушеннями психічного розвитку внаслідок органічно обумовлених причин. Несприятливі біологічні та психологічні чинники ускладнюються соціальною ситуацією розвитку. У поведінці підлітків з інтелектуальними порушеннями переважають біологічні потреби,

їм властива несформованість ієрархії мотивів, слабкість сприймання, бідність, пасивність інтересів, ситуативність їх прояву [178].

2.2 Організація та методика емпіричного дослідження

Проведення емпіричного дослідження було зумовлено необхідністю вивчення психологічних передумов адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я, що передбачало визначення чинників, які впливають на виникнення адикцій, перебіг лікувальних впливів та є значущими в період відновлення особистості.

Метою емпіричного етапу дослідження було вивчення психологічних передумов та особливостей прояву адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я,

Досягнення мети забезпечувалося реалізацією основних завдань впродовж таких етапів дослідження:

1. Обґрунтування та формування комплексу психодіагностичних методик.

2. Проведення емпіричного дослідження та виявлення специфіки психологічних передумов та особливостей прояву адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я за такими параметрами: 1) ступінь схильності до адиктивної поведінки; 2) визначення типу ставлення до хвороби в юнаків з обмеженими можливостями здоров'я; 3) індивідуально-психологічні особливості особистості; 4) особливості потребово-мотиваційної сфери у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я

3. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження.

Емпіричним дослідженням було охоплено 82 особи з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема, з інтелектуальними порушеннями та окремими випадками комбінованого дефекту, що було ускладнено

психічними та соматичними розладами внаслідок адиктивної поведінки. Аналіз анамнестичних даних показав, що 32 % пацієнтів виховувалися у сприятливих умовах, мали обох батьків, достатній добробут, доброзичливі стосунки у сім'ї. Несприятлива сімейна ситуація відзначалася у 12 %, антисоціальні умови виховання (алкоголізм батьків, позбавлення їх батьківських прав, притягнення до кримінальної відповідальності тощо) – у 52 %. Порівняльним дослідженням було охоплено також 40 осіб з нормотиповим розвитком віком 16-18 років. Представники обох груп проходили лікування від алко- та наркозалежності в Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія». Загальна вибірка емпіричного дослідження склала 122 особи.

У процесі проведення емпіричного дослідження застосовувалися такі психодіагностичні методики:

1. Тест на схильність до залежної поведінки (В. Менделевич)

Методика В. Менделевича «Схильність до залежної поведінки» дозволяє виявити психологічну схильність індивіда до розвитку у нього алкогольної та наркотичної залежності. Опитувальник складається з 116 тверджень, 41 з яких відображає схильність особистості до наркотичної залежності, 35 – до алкогольної залежності, інші 40 висловлювань нейтральні (Додаток 1). Ця методика дає змогу виявити схильність до адиктивної поведінки за такими рівнями:

1) *Низький рівень*: дана категорія характеризується малою ймовірністю розвитку залежності, відсутністю особистісних якостей, що сприяють формуванню залежності (адикції) та відсутністю схильності до вживання алкогольних напоїв. Спостерігаються такі особистісні риси, які виключають ризик залучення до алкоголю та алкогولهзалежної поведінки.

2) *Ознаки тенденції*: досліджувані, що віднесені до цієї групи, мають схильність до залежної поведінки середньої виразності. Це говорить про те, що у них є ризик розвитку алкогольної залежності за певних соціальних умов.

3) *Ознаки підвищеної схильності*: у досліджуваних цієї групи схильність до адиктивної поведінки вище середнього рівня, тобто в них переважають ті якості, які великою мірою свідчать про спрямованість на вживання спиртних напоїв і ризик розвитку психологічної залежності від алкоголю.

4) *Ознаки високої ймовірності*: ця категорія характеризується високою схильністю до залежної поведінки. У досліджуваних спостерігається висока спрямованість на вживання спиртних напоїв, позитивне ставлення до залежності та риси особистості, які значно збільшують ризик залежної алкогольної проблемної поведінки.

2. Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ЛОБІ)

Ця методика призначена для діагностики типів ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних порушень у хворих хронічними соматичними захворюваннями (Додаток 2).

Опитувальник заснований на принципі концепції «Психологія відносин» В. Мясіщева та спрямований на визначення сформованого під впливом хвороби патерну ставлення пацієнту до самої хвороби, її лікування, лікарів і медперсоналу, рідних і близьких, навколишніх, роботи (навчання), самотності, майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої тощо). Опитувальник містить 126 висловлювань, що відображають думки і почуття людини, що виникають з наявністю у нього який-небудь хронічної або просто тривалої хвороби.

Хворі, які страждають на хронічні соматичні захворювання, поряд зі специфічним біологічним лікуванням, потребують психотерапевтичної допомоги. Метою психотерапії в цьому випадку є зміна ставлення хворого до своєї хвороби, до самого себе та свого оточення. У зв'язку з цим об'єктом психотерапевтичних впливів є особистість хворого, яку розуміють з позицій «психології відносин» (В. Мясіщев). Однак розробка показань та протипоказань до використання різних видів та методів психотерапії при

хронічних соматичних захворюваннях поки ще мало досліджені. Вони повинні ґрунтуватися насамперед на знанні типів особистості, особливостей особистісних відносин, що охоплюють як саму хворобу, і все, що з нею пов'язано. Багаторічні зусилля психосоматичної медицини у США та інших західних країнах були спрямовані на виявлення зв'язку між певним типом особистості та будь-яким психосоматичним захворюванням. Ставлення ж хворого до своєї хвороби, до оточення і себе розумілося передусім як функція несвідомого. З позицій психології відносин, ці відносини у переважній більшості – свідомі, а ті, що не усвідомлюються, можуть стати свідомими у результаті психотерапевтичної роботи.

Властивості особистості – важливий, але не єдиний фактор, що визначає ставлення до хвороби. Ставлення до неї і до всього, що з нею пов'язане і на що вона впливає, визначається трьома найважливішими факторами: 1) природою самого соматичного захворювання; 2) типом особистості, у якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру; 3) ставленням до цього захворювання у тому значущому для хворого оточенні, у тому микросоціальному середовищі, до якого він належить. Під впливом цих трьох факторів виробляється ставлення до хвороби, лікування, лікарів, свого майбутнього, до роботи, рідних та близьких, до оточуючих.

Діагностика типів відносин до хвороби, необхідна для використання диференційованих психотерапевтичних і реабілітаційних програм, може здійснюватися тим самим шляхом, який зазвичай використовують у клінічній психіатрії, тобто шляхом опитування хворого, спостереження за його поведінкою, збирання відомостей від рідних та близьких тощо. Однак цей шлях складний, вимагає досвіду і багато робочого часу лікаря або медичного психолога, і тому дуже важкий за необхідності обстежити велику кількість соматичних хворих. Спеціально розроблений діагностичний опитувальник ЛЮБІ дає змогу зібрати такий матеріал.

Пропонований діагностичний код для оцінки результатів було розроблено за матеріалами обстежень хворих, проведених групою психіатрів та психологів.

У результаті застосування тесту виявляються 13 особистісних характеристик, що відображають тип ставлення до своєї хвороби:

1. *Гармонійний*: твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість, без підстав бачити все в похмурому світлі, але й без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення хворого сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших доглядом за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації – переключення інтересів на ті галузі життя, які залишаються доступними хворому. При несприятливому прогнозі – зосередження уваги, турбот, інтересів на долі близьких, своїй справі.

2. *Тривожний*: безперервне занепокоєння та недовірливість у відношенні несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, спрага додаткової інформації про хворобу, ймовірних ускладнень, методів лікування. На відміну від іпохондриків, хворі більше цікавляться об'єктивними даними хвороби (результати аналізів, висновки фахівців), ніж власними відчуттями. Настрій переважно тривожний, постійна пригніченість внаслідок цієї тривоги.

3. *Іпохондричний*: зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На їх основі перебільшення дійсних страждань і скарги на неіснуючі хвороби. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, вимог ретельного обстеження та остраху перед процедурами.

4. *Меланхолічний*: пригнічений хворобою, невіра в одужання, можливе поліпшення, ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до

суїцидальних думок. Песимістичний погляд на світ. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

5. *Апатичний*: повна байдужість до своєї долі, результату хвороби, результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку близьких людей. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. *Неврастенічний*: поведінка за типом «дратівливої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування, несприятливих даних обстежень. Роздратування, яке нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується розкаянням і сльозами. Непереносимість больових відчуттів. Нетерпимість. Нездатність чекати полегшення.

7. *Обсесивно-фобічний*: тривожна недовірливість стосується побоювань щодо малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообгрунтованих) невдач в житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети і ритуали.

8. *Сензитивний*: надмірна заклопотаність хворого про можливе негативне враження, яке можуть справити на навколишніх відомості про його хворобу. Побоювання, що вони стануть уникати його, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися до нього. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу й негативне ставлення з їхнього боку.

9. *Егоцентричний*: «відхід у хворобу». Виставлення напоказ близьким своїх страждань і переживань в цілях заволодіти їхньою увагою. Вимога виняткової турботи про себе. Розмови оточуючих швидко переводяться на власну особу. В інших людях також вимагають уваги і турботи, бачать тільки «конкурентів» і ставляться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе становище, свою винятковість внаслідок хвороби.

10. *Ейфоричний*: необгрунтовано підвищений настрій, нерідко награний. Зневажливе, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія

на те, що «саме все обійдеться». Бажання отримати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушення режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо позначитися на перебігу хвороби.

11. *Анозогностичний*: активне уникання думок про хворобу, про її можливі наслідки. Заперечення очевидних ознак хвороби, приписування їх випадковим обставинам чи іншим захворюванням. Відмова від обстеження і лікування. Бажання «обійтися своїми засобами».

12. *Ергопатійний*: «відхід від хвороби в роботу». Навіть при тяжкості хвороби та стражданнях ці особи намагаються продовжувати роботу, намагаються лікуватися і підлягати обстеженню так, щоб залишалася можливість продовжувати роботу.

13. *Паранойяльний*: впевненість у тому, що хвороба – результат чийогось злого наміру. Підозрілість по відношенню до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення або побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу.

3. Діагностика вад особистісного розвитку З. Карпенко.

З метою дослідження психологічних передумов адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я застосовувалася методика З. Карпенко «Діагностика вад особистісного розвитку» (ДВОР) (Додаток 3). [71, с. 18]. Зокрема, було використано наступні шкали методики: тривожність, імпульсивність, агресивність, асоціальність, замкнутість, невпевненість, естетична нечутливість. Вибір цих шкал був зумовлений тим, що, наприклад, при проявах *тривожності* особистість сприймає навколишнє середовище як вороже, від якого треба захищатися, але способи захисту, які вона обирає, не завжди мають конструктивний характер та можуть схилити її до адикції. Виражені *агресивність* чи *імпульсивність* можуть бути причинами активної провокації насильства та призводити до формування неадаптивних форм поведінки. *Асоціальність* може бути причиною девіантної поведінки, що підвищує схильність до адикції. Окрім

того, асоціальність може створювати умови для втягування у небезпечну ситуацію під впливом алкоголю та наркотиків. *Замкнутість* та *невпевненість* можуть виступати проявами пасивного протесту проти впливів середовища та спричинювати адиктивну поведінку. Високий рівень *естетичної нечутливості* може призводити до неспроможності розуміти емоційний стан іншої людини й відповідно керувати своєю поведінкою.

Інструкція: «Я буду ставити питання, а ти, будь ласка, на них відповідай. Якщо ти згоден – відповідай «так», якщо не згоден – «ні». Правильними будуть ті відповіді, на які ти відповідатиме чесно».

Стандартна рівнева шкала оцінки: 8-10 балів – високий рівень вираженості риси; 4-7 балів – середній рівень вираженості риси; 1-3 бали – низький рівень вираженості риси особистісного розвитку.

Враховуючи знижену критичність мислення та особистісну незрілість досліджуваних, ми залучали у дослідження найближче соціальне оточення респондентів.

4) *Методика парних порівнянь В. Скворцова (модифікація І. Акіндиної).*

Оскільки потреби є витокami мотивів, дослідження мотиваційної сфери необхідно вивчати у системному зв'язку з потребами особистості. Включення даної методики в психодіагностичний комплекс було обумовлено тим, що на відміну від інших методик дослідження потреб, вона дозволяє охопити одразу усі базові потреби. Методика дає змогу визначити провідні потреби та встановити рівень їх задоволеності/незадоволеності (Додаток 4).

Методика парних порівнянь призначена для виявлення актуальності базових потреб: матеріальних, потреби в безпеці, в самовираженні (самоактуалізації). Теоретичною основою тесту послужила модифікована піраміда потреб А. Маслоу. Замість фізіологічних потреб, що лежать в основі піраміди потреб, В. Скворцов увів потребу в матеріальній

забезпеченості життя. Особливістю даної методики є також те, що вона виявляє відносну задоволеність, тобто задоволеність даної потреби в порівнянні з іншими потребами.

Процедура тестування полягає в тому, що досліджуваний отримує список мотивуючих його в даний момент потреб (незадоволені потреби), а також список задоволених і частково задоволених потреб, які в даний момент не відіграють вирішальної ролі в активності індивіда.

Методика складається з п'яти шкал:

- I шкала - Матеріальне становище;
- II шкала - Потреба в безпеці;
- III шкала - Потреба в міжособистісних зв'язках;
- IV шкала - Потреба в повазі зі сторони;
- V шкала - Потреба в самореалізації.

Методика містить 15 тверджень. Досліджуваному пропонується попарно порівняти твердження між собою й обрати найбільш бажане для нього. Номер обраного твердження вписується у таблицю.

Обробка результатів проводиться шляхом підрахунку частоти вибору кожного твердження. Потім обираються 5 тверджень, що обрали найбільшу кількість балів, та розміщуються по ієрархії. Це головні (провідні) потреби. Для визначення ступеню задоволеності п'яти головних потреб підраховується сума балів по п'яти секціям ключа.

Інструкція досліджуваному: Перед Вами 15 тверджень. Порівняйте ці твердження попарно між собою. Починайте порівнювати перше твердження з другим, потім перше твердження з третім і т.д. Результати вписуйте в колонку першого стовпця. Так, якщо при порівнянні першого твердження з другим, більш влучним Вам здається друге, то в першу клітинку впишіть номер 2. Якщо ж Вам більше сподобається перше твердження, то вписуйте номер 1. Робіть так при кожному порівнянні. Так само і з другим твердженням: порівняйте його спочатку з третім, потім з

четвертим і т.д. Таким чином працюйте з іншими твердженнями, поступово заповнюючи весь бланк. Кожне порівняння пар робіть після проговорювання «Я хочу».

**5) Методика «Діагностика мотиваційної структури особистості»
Л. Верецагіної.**

Ця методика дозволяє виявити особливості мотиваційної сфери, що складають стійкі тенденції особистості: загальну та творчу активність, прагнення до спілкування, забезпечення комфорту, соціального статусу тощо. Текст опитувальника складається з 14 тверджень, кожне з яких має 8 варіантів відповідей та розподілені за такими шкалами: життєзабезпечення, комфорт, соціальний статус, спілкування, загальна активність, творча активність, соціальна корисність (Додаток 5).

Інструкція досліджуванним: перед вами 14 тверджень, які стосуються життєвих прагнень та деяких боків життя людини. Просимо вас висловити своє ставлення до них за кожним із 8 варіантів відповідей (а, б, в, г, е, д, ж, з), поставивши у відповідних клітинках реєстраційного бланку одну з таких оцінок твердження: «+ погоджуюся»; «= буває по-різному»; «- не згодний»; «? не знаю».

Відповіді досліджуваного оцінюються в балах: «+» - 2 бали; «=» - 1 бал; «-» або «?» - 0 балів. У залежності від характеру відповідей нараховуються бали, які сумуються за вказаними шкалами.

2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження

На першому етапі дослідження проводилася діагностика вибірки на рівень прояву залежної поведінки та розподіл досліджуваних на групи відповідно до міри вираженості даного критерію. Результати частотного розподілу у досліджуваних групах представлено в Табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Оцінка ступеню схильності до адиктивної поведінки у юнаків

Ступінь схильності до адиктивної поведінки	Категорії Досліджуваних	
	Юнаки з обмеженими можливостями здоров'я	Юнаки з нормотиповим розвитком
Ознаки тенденції	29 %	40 %
Ознаки підвищеної схильності	33 %	35 %
Ознаки високої вірогідності	38 %	25 %

Таким чином, як ілюструє таблиця, юнаки з обмеженими можливостями здоров'я характеризуються більш високими показниками схильності до адиктивної поведінки (38 % порівняно з 25 % у юнаків з нормотиповим розвитком), що надає їй ознак стійкості та вказує на наявність особистісних якостей, що значно підвищують ризик негативних проявів та виникнення рецидивів у майбутньому.

Діагностика за цією методикою проводилася з урахуванням індивідуальних особливостей хворого, враховуючи при цьому термін тривалості адикції, психологічного стану, його темпераменту та особливостей характеру, рівень інтелектуального розвитку, тривалість і тяжкість залежності, історію попередніх лікувань, соматичний стан пацієнта. (Додаток 6). Важливим є врахування того, на якому етапі формування залежності знаходиться пацієнт. Як правило, формування психофізіологічної залежності відбувається в наступній послідовності: експеримент; періодичне вживання; регулярне вживання; нав'язлива ідея; психофізіологічна залежність.

Важливим моментом є виявлення критичного віку вживання психоактивних речовин. За результатами опитування, переважна більшість з них вперше пробували палити у віці 11-13 років, перше знайомство з

алкоголем у більшості респондентів відбулося у віці 13-14 років (58 %). Домінуючим мотивом було паління і вживання алкоголю з цікавості, наступним значущим мотивом – за наслідуванням. Більшість опитаних усвідомлювали шкоду паління і вживання алкоголю, проте багато з них не розуміють того, наскільки наслідки можуть бути небезпечними.

Узагальнюючи результати опитування, можна сказати, що у більшості юнаків із інтелектуальними порушеннями спостерігається: несформованість негативного ставлення до паління, алкоголю, наркотичних речовин; відсутність знань про вплив психоактивних речовин на організм людини; відсутність уявлень про те, до яких наслідків може призвести вживання психоактивних речовин. Все це робить дану категорію осіб групою підвищеного ризику щодо адиктивної поведінки. Адиктивна поведінка мікросоціального оточення у більшості цих підлітків також не сприяє становленню негативного ставлення до психоактивних речовин.

На наступному етапі дослідження проводилася діагностика типів ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних порушень у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я та їхніх ровесників з нормотиповим розвитком. Результати дослідження представлені в Табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Особливості ставлення до адикції у юнаків
(за методикою ЛОБІ)**

Тип ставлення	Категорії Досліджуваних	
	Юнаки з обмеженими можливостями здоров'я	Юнаки з нормотиповим розвитком
Гармонійний:	-	-
Тривожний	-	-
Іпохондричний	-	-
Меланхолічний	-	10 %

Продовження таблиця 2.2

Апатичний	25 %	20 %
Неврастенічний	22 %	20 %
Обсесивно-фобічний	-	5%
Сензитивний	-	-
Егоцентричний	-	10 %
Ейфоричний	5 %	-
Анозогнозичний	48 %	35 %
Ергопатійний:	-	-
Паранойальний	-	-

Таким чином, найбільш поширеним типом ставлення до власної залежності у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я є анозогнозійний. Його частота у цієї категорії осіб виявилася значно більшою, ніж у осіб з нормо типовим розвитком (відповідно 48 % та 35 %). Він полягає в небажанні усвідомлювати адикцію як хворобу, незнання про її можливі наслідки. Для цих осіб властиво заперечення очевидних ознак хвороби, приписування їх випадковим обставинам. Саме цей тип складає найбільші труднощі при лікуванні залежностей. Іншими типами ставлення у цих осіб є апатичний (25 %), що виявляється в байдужості до своєї долі, результату хвороби, результатами лікування. На третьому місці по ступеню вираженості є неврастенічний тип (22 %), що характеризується поведінкою за типом «дратівливої слабкості», супроводжується роздратуванням, імпульсивними реакціями та може бути безпосередньо пов'язано з органічною природою інтелектуальних порушень.

У процесі інтерпретації результатів дослідження за методикою «ДВОР» аналізувалися показники за шкалами: тривожності, замкнутості, невпевненості, асоціальності, імпульсивності, агресивності, естетичної

нечутливості. Узагальнений аналіз результатів дослідження, отриманих за методикою «ДВОР», представлено в Табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Особливості індивідуально-психологічних передумов адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я (за методикою З. С. Карпенко «ДВОР»)

Індивідуально-психологічні Особливості	Рівні прояву		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Тривожність	14 %	24 %	62 %
Імпульсивність	18 %	34 %	48 %
Агресивність	14 %	28 %	58 %
Асоціальність	18 %	38 %	44 %
Замкнутість	14 %	53 %	33 %
Невпевненість	11 %	30 %	59 %
Естетична нечутливість	26 %	30 %	44 %

Аналіз результатів дослідження за шкалою «Тривожність» показав, що переважна більшість респондентів (62 %) характеризується високим рівнем вияву цієї особистісної характеристики, 24 % респондентів характеризуються середнім рівнем тривожності і лише 14 % характеризуються низьким рівнем тривожності.

Зіставлення отриманих результатів з даними опитування засвідчило, що тривожність юнаків з обмеженими можливостями здоров'я носить особистісний характер та обумовлена соціальною ситуацією розвитку, зокрема, постійним очікуванням неуспіху у спілкуванні та різних видах діяльності. Тривожність цих осіб може розцінюватися як стан особистості, що сприяє виникненню адиктивної поведінки. Зниження критичності та адекватної оцінки власних можливостей призводить до когнітивного дисонансу в процесі зіткнення з реальністю, що внаслідок інтелектуальних порушень не може асимілюватися особою та виступає як травмувальний чинник.

Як ілюструє таблиця, окрім тривожності, ці особи також характеризуються середнім та високим рівнем вираження імпульсивності, агресивності, замкнутості, невпевненості.

Аналіз результатів дослідження за шкалою «Імпульсивність» показав, що майже для половини респондентів (48 %) характерний високий рівень вияву імпульсивності, для 34 % – середній рівень, для 18 % респондентів – низький рівень імпульсивності, що можна пояснити зниженням регулятивної функції психіки у цієї категорії осіб, що поєднується з інтелектуальними порушеннями. Ці особи відзначаються емоційною нестійкістю, слабким самоконтролем, невмінням критично оцінити себе та ситуацію в цілому.

Це узгоджується з результатами клінічних спостережень лікарів-наркологів, які при описі особистості наркозалежних, насамперед, відзначають їхню імпульсивність. Вони відносять наркоманію до імпульсивних неврозів, а стан, що передує наркоманії, вважають основним, вирішальним фактором, що ініціює її виникнення. У пошуках етіологічних факторів наркоманії слід звертати увагу не лише на хімічні ефекти наркотику, але й на його символічне значення для пацієнта. З цієї точки зору залежність є своєрідним вираженням неупорядкованості особистості та її непристосованості до навколишнього світу, емоційної незрілості, агресивності, слабких адаптаційних можливостей, схильності до регресивної поведінки, нездатності до міжособистісного взаємодії тощо. У більш пізній період розвитку залежності первинна особистість починає змінюватися. Внутрішні конфлікти загострюються, а слабка психічна адаптація стає все більш очевидною. Внаслідок хронічного вживання алкоголю чи наркотиків особистість приходить до пасивності й ліні, апатії, байдужості до свого зовнішнього вигляду, неможливості прийняття рішення, етичної деградації.

За шкалою «Агресивність» виявлено, що переважна більшість респондентів (58 %) характеризується високим рівнем вияву цієї

особистісної характеристики, 38 % респондентів – середнім рівнем вираженості, 14 % – низьким виявом. Прояви агресії у юнаків носили реактивний та спонтанний характер, що можна віднести до типу немотивованої та не соціалізованої агресії при психофізичних розладах, яка супроводжується високою тривожністю, емоційною напругою, схильністю до збудження та імпульсивної поведінки, негативізмом, конфліктністю [121; 163].

З показниками агресивності корелюють показники асоціальності: високий рівень властивий 44 % досліджуваних, середній – 38 %, низький – 18 %. Ця якість пов'язана з відсутністю мотивації до соціальної взаємодії, втечею у власний світ, що притаманно особам з адиктивною поведінкою, негативними поведінковими реакціями в ситуаціях міжособистісної взаємодії внаслідок невдалої комунікації.

Аналізуючи результати дослідження за показником «Невпевненість» як індивідуально-психологічної характеристики юнаків з обмеженими можливостями здоров'я, слід відзначити високий рівень вияву цієї якості у 59 % досліджуваних. Це поєднується з негативним ставленням до себе та свого життя, високими показниками залежності від інших [38, с. 452]. Аналіз результатів дослідження за шкалою «Замкнутість» показав, що третина респондентів (33 %) характеризується високим рівнем вияву цієї особистісної риси, що має безпосереднє відношення до особливостей поведінки респондентів в комунікативній ситуації. Для 53 % характерний середній рівень замкнутості, для 17 % респондентів – низький рівень.

Результати дослідження за шкалою «Естетична нечутливість» розподілились між трьох рівнів вияву особистісної ознаки таким чином: 44% характеризується високим рівнем вияву цієї особистісної характеристики, майже третина (30 %) – середнім виявом естетичної нечутливості та 26 % характеризуються низьким рівнем естетичної нечутливості. Внаслідок хронічного вживання алкоголю чи наркотиків

особистість приходить до пасивності й ліні, байдужості до свого зовнішнього вигляду, неможливості прийняття рішення, етичної деградації.

Таким чином, аналізуючи отримані результати, можна стверджувати, що високий рівень вираженості таких особистісних якостей, як тривожність, імпульсивність, невпевненість, агресивність, асоціальність, естетична нечутливість можуть виступати в якості передумов виникнення адиктивної поведінки.

На наступному етапі проводилося дослідження потребової сфери у представників кожної з виділених груп, на основі порівняння показників середніх значень, що представлено в Табл.2.4.

Таблиця 2.4.

Середні вибіркові значення рівня задоволеності потреб у юнаків

Види потреб	Категорії досліджуваних	
	Юнаки з обмеженими можливостями здоров'я (M1)	Юнаки з нормотиповим розвитком (M2)
Матеріальне становище	29,4	16,3
Безпека	26,3	25,5
Міжособистісні зв'язки	24,1	17,6
Повага	15,6	25,2
Самореалізація	13,5	27,4

Обидві групи відзначалися підвищеною потребою в безпеці (M1=26,3 та M2=25,5). Зазвичай такий стан пов'язаний з високим рівнем тривожності, важко переноситься особою та обумовлює залучення захисних механізмів, зокрема, схильності до адиктивної поведінки.

Більш вираженою у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я є потреба в міжособистісних зв'язках внаслідок звуженого кола спілкування, в якому вони перебувають (M1=24,1 та M2=17,6). Компенсаторно

заниженими в них виявилися потреба в повазі з боку навколишніх та самореалізації (15,6 та 13,5 відповідно), в той час як у їхніх ровесників з нормотиповим розвитком ці потреби є актуальними та не задоволеними повною мірою (25,2 та 27,4 відповідно). На нашу думку, це безпосередньо пов'язано з особливостями юнацького віку, з особистісним і професійним самовизначенням, цілепокладанням та досягненням значущих результатів. Актуальність, незадоволеність цієї потреби обумовлює її визначальну роль у спонуканні до активних видів діяльності, але неможливості її задовольнити, що породжує внутрішній конфлікт та може спонукати до адиктивної поведінки. Неактуальність потреби у самореалізації у осіб з обмеженими можливостями здоров'я вказує на відмову від домагань, небажання щось робити для саморозвитку та самоактуалізації, заміщуючи задоволення від результатів діяльності вживанням алкоголю. Відмову від потреби у повазі з боку навколишніх можна пояснити тривалим характером несприятливих соціальних взаємин, нехтуванням та утиском з боку навколишніх, які набули звичного характеру.

В групі їхніх ровесників з нормотиповим розвитком потреба в міжособистісних зв'язках та потреба в повазі знаходиться характеризується більш високими показниками (17,6 та 25, 4 відповідно), що може бути взаємообумовленим. Це характеризує прагнення до соціального схвалення своєї поведінки, підкріплення власної значущості завдяки успіху в певній діяльності та в соціальній взаємодії, але за наявності певних перешкод для її задоволення.

Отже, як показали результати дослідження, у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я потреба в безпеці не задовольняється повної мірою, а потреби в самореалізації та в міжособистісних зв'язках, з якою пов'язані мотиви досягнення успіху в діяльності та інтимно-особистісному спілкуванні, не визнаються актуальними, фруструються. Це може вказувати на опір щодо впливів навколишнього світу та небажання або страх суттєвих змін у своєму житті.

На наступному етапі дослідження, після визначення провідних мотивуючих (незадоволених) потреб, проводилося вивчення мотиваційної структури особистості. Отримані результати представлені в Табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Особливості мотиваційної структури особистості в юнаків

Види мотивів	Середні вибіркові значення представленості мотивів у різних категорій юнаків	
	Юнаки з обмеженими можливостями здоров'я	Юнаки з нормотиповим Розвитком
Життєзабезпечення	10,1	16,8
Комфорт	16,6	17,3
Соціальний статус	11,4	14,6
Спілкування	16,3	17,5
Загальна активність	12,5	15,4
Творча активність	9,2	13,4
Соціальна корисність	10,1	14,3

Окрім показників за кожною шкалою, оцінювалася також сума балів за шкалами «Життєзабезпечення», «Комфорт», «Соціальний статус», «Спілкування», що відображає загальножиттєву спрямованість мотивів, а також сума балів за шкалами «Загальна активність», «Творча активність» та «Соціальна корисність», що характеризує їх продуктивну спрямованість.

Як ілюструє таблиця, показники мотивації за спрямованістю «Життєзабезпечення» виявилися низькими у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я. Це обумовлено тим, що в цьому віці вони продовжують залежати від батьків більшою мірою, ніж їх здорові ровесники, а також ускладненнями щодо досягнення успіху у провідних видах діяльності (10,1 та 16,8 відповідно).

За шкалою «Комфорт», на відміну від попередньої шкали, показники для двох груп знаходяться приблизно на одному рівні (16,6 та 17,3), що

свідчить про ідентичність вираження базових потреб щодо фізичного та психологічного комфорту. Водночас вираженість цього мотиву може вказувати на наявність підвищеної тривожності та прагнення відгородитися від травмувальних впливів навколишнього середовища шляхом адиктивної поведінки.

За шкалою «Соціальний статус» відмічається зниження показника мотиву досягнення соціального статусу у осіб обох досліджуваних груп (11,4 та 14,6), що вказує на невисокий соціальний статус досліджуваних та зниження мотивації до його підвищення. Так, юнаки з обмеженими можливостями здоров'я переважно давали відповідь «не знаю» на питання щодо необхідності визначити своє місце в житті, переважати в чомусь інших, досягти визнання в колективі тощо.

Дещо зниженим у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я виявився показник за шкалою «спілкування» – 16,3, у порівнянні з їх ровесниками, що мають нормотиповий розвиток (17,5). Попри виражені потреби та мотиви спілкування, юнаки з обмеженими можливостями здоров'я давали негативні або невпевнені відповіді на запитання, як потрібно проводити свій вільний час з друзями, заслужити серед них авторитет і визнання, мати хороший колектив, в якому можна спілкуватися на різні теми. Очевидно, внаслідок обмеженості своїх можливостей, їм важко побудувати певне коло спілкування. Таким чином, у цієї групи осіб при актуальності потреби у міжособистісних стосунках та мотиву її безпосереднього задоволення, недосконаліми є уявлення про інструментальні способи досягнення гармонійних соціальних взаємин.

За шкалою «Загальна активність» та «Творча активність» у осіб з обмеженими можливостями здоров'я показники виявилися набагато нижчими (12,5 та 9,2), ніж в іншій групі (13,4 та 14,3), що безпосередньо пов'язано з можливостями реалізації різних видів активності. Спрямованість мотивів у цих осіб носить переважно побутовий, а не продуктивний характер. Слід відзначити, що таке зниження відбувається переважно за

рахунок зменшення ваги мотивів загальної активності та соціальної корисності. Тому формування мотивів продуктивної спрямованості різних видів діяльності має стати предметом психокорекційного впливу для цієї категорії осіб.

Висновки до другого розділу

1. У результаті проведеного емпіричного дослідження було виявлено передумови формування адиктивної поведінки у юнаків юнаків з обмеженими можливостями здоров'я, що безпосередньо пов'язано зі зниженням здатності осіб з інтелектуальними порушеннями адекватно сприймати дійсність, переробляти інформацію та приймати рішення внаслідок органічно обумовлених причин. Юнаки з обмеженими можливостями здоров'я характеризуються більш високими показниками схильності до адиктивної поведінки порівняно з юнаками з нормотиповим розвитком, що надає їй ознак стійкості та вказує на наявність особистісних якостей, що значно підвищують ризик негативних проявів та подальших рецидивів. Це обумовлено, насамперед, високою вразливістю мозку щодо токсичних речовин внаслідок органічних уражень.

2. Одним із найбільш обтяжливих факторів лікування адикції є переважний анозогнозичний тип реагування, що полягає в небажанні усвідомлювати адикцію як хворобу, незнання про її можливі наслідки. Для цих осіб властиво заперечення очевидних ознак адикції, приписування їх випадковим обставинам. Іншими за мірою частотних розподілів є апатичний тип, що виявляється в байдужості до своєї долі, наслідкам хвороби та результатами лікування та неврастенічний тип, що характеризується поведінкою за типом «дратівливої слабкості», супроводжується роздратуванням, імпульсивними реакціями та може бути безпосередньо пов'язано з органічною природою інтелектуальних порушень.

3. Адиктивна поведінка юнаків з обмеженими можливостями здоров'я має мультифакторну природу та визначається, по-перше, біологічними передумовами, які обумовлені первинним дефектом: конкретністю та ситуативністю мислення, невмінням встановлювати причинно-наслідкові зв'язки та передбачати наслідки своїх вчинків; по-друге, психологічними передумовами: підвищеною тривожністю, агресивністю, що носить захисний характер, недостатнім усвідомленням мотивів власної поведінки, незрілістю особистісних утворень, навіюваністю, недорозвитком емпатії, слабкістю вольової регуляції; по-третє, соціальними чинниками, звуженим та невдалим досвідом міжособистісного спілкування.

4. Аналіз індивідуально-психологічних особливостей адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я виявив високий рівень вираженості таких особистісних якостей, як тривожність, імпульсивність, невпевненість, агресивність, асоціальність, естетична нечутливість, які можуть виступати в якості передумов виникнення адиктивної поведінки. Зниження критичності та адекватної оцінки власних можливостей внаслідок інтелектуальних порушень призводить до когнітивного дисонансу в процесі зіткнення з реальністю, що не може асимілюватися особою та виступає як травмувальний чинник.

5. Адиктивна поведінка юнаків з обмеженими можливостями здоров'я виникає внаслідок суттєвих перешкод для повноцінної адаптації до умов середовища. У цієї категорії осіб кожен вид потреб є особливо загостреним, що обумовлює складнощі їх задоволення в реальному житті та прагнення зняти цей дискомфорт шляхом адикцій. Встановлено зв'язок між специфікою потребово-мотиваційної сфери особистості та ризиком формування залежності. Найбільш незадоволеними (мотивуючими) потребами в осіб із обмеженими можливостями здоров'я є потреба у забезпеченні достатнього матеріального становища, що безпосередньо пов'язано з переважанням в них алкозалежності внаслідок більшої цінової доступності алкоголю, на відміну від поширеності наркозалежності у їхніх

ровесників з нормотиповим розвитком. Водночас незадоволення матеріальних потреб робить для них недоступними окремі види діяльності та розваг. Актуальною є також потреба у безпеці, що супроводжується підвищеною тривожністю та пошуком компульсивних засобів її зниження. При актуальності потреби в міжособистісних стосунках та мотиву її безпосереднього задоволення, у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я недосконаліми є уявлення про інструментальні способи досягнення гармонійних соціальних взаємин.

б. Спрямованість мотивів у юнаків із обмеженими можливостями здоров'я носить переважно побутовий, а не продуктивний характер. Слід відзначити, що таке зниження відбувається переважно за рахунок зменшення ваги мотивів загальної активності та соціальної корисності. Тому формування мотивів продуктивної спрямованості різних видів діяльності має стати предметом психокорекційного впливу для цієї категорії осіб.

РОЗДІЛ 3

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Обґрунтування системи корекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я

Різномасштабні питання корекції алкозалежності в підлітковому та юнацькому віці представлені в працях вітчизняних клініцистів і психологів (Б. Братусь, П. Сидоров [24], Н. Бурмака [30], А. Личко, В. Бітенський [110], Н. Максимова, С. Толстоухова [117] та ін.)

Методи лікування раннього алкоголізму переважно спираються на медичний формат, а психологічні механізми та методи їх психологічної корекції вивчалися в обмеженому обсязі та менш ґрунтовно. За свідченням А. Єгорова, [55] рівень алкоголізації молоді є своєрідним індикатором психічного здоров'я нації. Особливо важливим є дослідження індивідуальної залежності від алкоголю осіб, які не досягли рівня особистісної зрілості.

Вчені відзначають провідну роль психопрофілактичних заходів адиктивної поведінки [47; 60; 63; 103; 145; 147; 149; 152; 154; 161]. Наразі найбільше поширення одержали дві моделі психопрофілактичних навчальних програм для молоді в руслі поведінкового підходу: програми досягнення соціально-психологічної компетентності й програми навчання життєвим навичкам. Пріоритетна мета перших (більше розповсюджених у Європі) – виробити в юнаків навички ефективного спілкування, другий (США) – навчити навичкам відповідального прийняття рішень. Розбіжність домінуючих цілей навчальних програм у різних країнах зумовлено культурологічними розходженнями. Проблеми волі, відповідальності й

зв'язок із соціальним життям людей, а конкретно – із прийняттям рішень або ефективністю спілкування – акцентуються в США інакше, чим у Європі. Проте, поза залежністю від пріоритету тієї або іншої мети, будь-які програми включають три типових завдання. Обов'язкова спрямованість всіх програм – це розвиток соціальної й особистісної компетентності; вироблення навичок самозахисту; попередження виникнення адиктивної поведінки.

Рішення першого комплексного завдання забезпечує навчання навичкам ефективного спілкування, критичного мислення, прийняття відповідальних рішень, вироблення адекватної самооцінки. Друге завдання реалізується через навчання вмінню уникати невиправданого ризику, робити правильний, здоровий вибір. Третє завдання вирішується за допомогою формування навичок регуляції емоцій, уникнення стресів, вирішення конфліктів [60].

Ефективна психологічна профілактика має ряд ознак. Перший – її універсальність. При вузько спрямованому впливі, що попереджає лише адиктивну поведінку, обумовлену різноманітним факторів ризику, «напруга» знайде інший вихід. Девіантна поведінка може набути не адиктивної форми, а наприклад суїцидальної. Психологічна імунізація повинна попереджати девіантну поведінку загалом, у всіх її проявах.

Друга обов'язкова ознака ефективної психологічної профілактики – її конструктивний характер, що сприяє формуванню здорової особистості. Тут розв'язуються такі завдання, як моральний розвиток, побудова ціннісної сфери, розвиток комунікативності, усунення егоїстичних позицій.

Третя важлива ознака – випереджальний характер впливу. Створення стійких бажаних установок можливо лише до моменту, коли діти мимовільно засвоять розповсюджені традиції споживання психоактивних речовин. Спроби створення таких установок в більш пізній термін будуть менш продуктивні, тому що в цьому випадку необхідно буде перебудовувати вже сформовані адиктивні потяги.

Пріоритетним напрямком патогенетичної соціальної роботи є реабілітація хворих, тобто комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, повне або часткове відновлення порушених функцій організму, підвищення адаптаційних ресурсів людини, його соціальної активності [60].

Всі заходи протидії адиктивній поведінці можна поділити на два провідні напрями: корегуючий і компенсуючий. Перший полягає у прямій дії на адиктивну поведінку осіб, а другий проявляється у формуванні таких якостей, які забезпечують протидію виникненню соціальних відхилень у їх свідомості, діяльності та поведінці [145].

Складність чинників адиктивної поведінки у поєднанні біологічних та соціальних чинників потребують визначення концептуальних засад розробки психокорекційних впливів, передусім, провідних принципів психологічної корекції.

По-перше, це *принцип особистісного підходу* до осіб з адиктивною поведінкою. Об'єктом психолого-педагогічної корекції є особистість в цілому з її індивідуальними особливостями, а не залежність як ізольоване психічне явище. Програми психокорекції, що орієнтуються на особистісні зміни, мають охоплювати всі площини особистісного функціонування: когнітивну, емоційну, поведінкову. У процесі психокорекції має здійснюватися орієнтація на індивідуально-психологічні особливості пацієнтів, що виступають передумовами формування адиктивної поведінки.

Реалізація особистісного підходу при розробці корекційних програм передбачає застосування різних психотерапевтичних підходів, спрямованих на переструктурування особистості [2; 28]. З позицій психодинамічного підходу, відновленню підлягають внутрішні структури особистості шляхом встановлення балансу психодинамічних сил. Психотерапевтична робота здійснюється шляхом з'ясування неусвідомлених причин хворобливих проявів і впливу на спонуки, які забезпечують розвиток та функціонування

внутрішнього Я, пошуку витоків адиктивної поведінки клієнта у психологічних травмах минулого. Підлягає аналізу наявність внутрішнього конфлікту між антисоціальними глибинними інстинктами (агресивними, статевими, тривожними) з моральними установками особистості, що призводить до утворення комплексу неповноцінності та спонукає до відриву від реальності шляхом формування залежності.

На початку психодинамічного вивчення природи адиктивної поведінки клінічні випадки описувалися виключно в динамічних термінах. Шкідливі ефекти хімічних речовин, що викликають адикцію, враховувалися при оцінці особистості пацієнта або при плануванні лікування вкрай неадекватно. Пацієнтам ставились діагнози розладу характеру, які потім «лікували», а вони в цей час могли страждати від несильної, але хронічної інтоксикації. Все це супроводжувалося щирою вірою в те, що наркотичний ефект жодним чином не призводить до ускладнень в діагнозі або лікуванні. Експресивна психотерапія некритично ідеалізувалися, її вважали лікуванням, оптимальним для будь-якого випадку; вона розглядалася як протилежна по відношенню до таких підходів, які підкреслювали ефективність групової підтримки.

Доктор Едвард Дж. Ханзян описав випадок адиктивної поведінки, основною метою якого було не страждання, не пошук задоволення і навіть не саморуйнування; скоріше це поведінка була представлено як наслідок значних порушень функцій саморегуляції, що проявлялося в галузі почуттів, самооцінки, об'єктних відносин і турботи про себе [215].

При роботі в руслі поведінкового підходу психотерапія зосереджена на дефіцитарному середовищі та прагненні модифікувати поведінку клієнта за рахунок змін у середовищі та навчання його новим формам поведінки. Методи поведінкової психотерапії спрямовані на набуття людиною нових установок, на формування адаптивних форм поведінки та гальмування її дезадаптивних форм. В якості основної мети поведінки виступає адаптація. Згідно з цим поняттям, адиктивна поведінка є неадаптивною поведінкою,

що сформувалася в результаті неправильного навчіння. Відповідно до цього визначається основна мета поведінкової психотерапії – редукція, усунення симптому, іншими словами, заміна неадаптивних способів поведінки на адаптивні та нормативні, що досягається в процесі навчіння.

Застосування концептуальних засад поведінкової психотерапії передбачає розгляд адиктивної поведінки як квазізадоволення базисних потреб у безпеці, приналежності, досягненні, свободі. Зміна неадаптивних форм поведінки являє собою цілеспрямований, систематичний, усвідомлюваний процес навчіння. Вирішальне значення в цьому процесі має вплив середовища. На цьому положенні ґрунтується робота груп анонімних алкоголіків та наркоманів. Група є моделлю реальної поведінки клієнта, в якій він проявляє типові для нього поведінкові стереотипи, та в такий спосіб створює умови для дослідження власної поведінки й міжособистісної взаємодії, дозволяє виокремити в ній елементи, що приносять задоволення або негативні переживання. У груповій ситуації багатопланової реальної емоційної міжособистісної взаємодії значною мірою полегшується відмова від небажаних поведінкових стереотипів і вироблення навичок адекватної поведінки й повноцінної взаємодії з іншими людьми. Істотну роль у цьому процесі відіграє спостереження за учасниками групи, тими реакціями, які ця поведінка викликає, а також імітаційна поведінка. Нові адаптивні форми взаємодії позитивно підкріплюються в групі, клієнт починає відчувати свою здатність до змін, які приносять задоволення йому самому й позитивно сприймаються навколишніми.

Когнітивний компонент поведінки може розглядатися як сукупність когнітивних подій, когнітивних процесів і когнітивних структур. Термін «когнітивні події» відноситься до автоматичних думок, внутрішнього діалогу й образів. Неадаптивна, в тому числі адиктивна поведінка людини в більшості випадків є недостатньо осмисленою, автоматичною.

Прогноз і результативність психокорекції визначаються в параметрах спостережень оптимізації поведінки. В якості основного завдання виступає

не лише усунення або виключення адиктивної поведінки, але й научіння клієнта альтернативним способам поведінки шляхом формування впевненості в собі, позитивного мислення, цілепокладання, активізації ресурсів особистості. Робота з ресурсами займає значне місце в системі психокорекції адиктивної поведінки. Здійснюється пошук альтернативних, продуктивних ресурсів на заміну сумнівним, хибним, якими є використання різних адиктивних агентів.

Застосування концепцій гуманістичного підходу в психокорекції полягає у допомозі людині стати цілком дієздатною особою. Об'єктом уваги є не проблеми адиктивної особи, а її власне Я. Основу психічного здоров'я визначає оптимальне співвідношення Я-реального та Я-ідеального. Значна розбіжність між цими конструктами обумовлює зневіру у власні можливості, розчарування, втрату сенсу життя. Дієвим психотерапевтичним методом буде спонукання клієнта до реалізації особистісного потенціалу, який йому доступний, сприяння у постановці реалістичних цілей.

Таким чином, застосування інтегративних моделей психотерапії у системі психокорекції адиктивної поведінки передбачає гнучке застосування різних методів і підходів. У залежності від того, що набуває пріоритетного значення при з'ясуванні причин внутрішньоособистісного конфлікту в особи з адиктивною поведінкою, визначають добір методів з позицій психодинамічного, когнітивно-поведінкового та феноменологічного (гуманістичного) підходів.

По-друге, це *діагностичний принцип*, який передбачає єдність діагностики та корекції. Для вирішення питання про психологічну корекцію необхідно виявити особливості психічного розвитку особи, рівень сформованості певних психологічних новоутворень, відповідність рівня розвитку умінь, знань, навичок, характеру міжособистісних взаємин віковим періодам. У процесі діагностики важливо добирати методи, спрямовані на визначення як біологічних, так і соціальних чинників виникнення адиктивної поведінки. Важливе значення має дослідження потребово-

мотиваційної сфери, оскільки саме неможливість задовольнити значущі для індивіда потреби призводять до розчарування, втрати сенсу життя та, як наслідок – виникнення адикцій.

Слід зазначити, що при лікуванні адикції в пацієнтів з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема, з порушенням інтелектуального розвитку, необхідно алгоритмізувати терапію на потенційно ефективні втручання в такій логічній послідовності, при якій пацієнт може отримати максимальну користь від цього. Досвід лікарської практики автора свідчить про ефективність в даному випадку так званої «покрокової моделі», згідно з якою пацієнту пропонують втручання, що потребує мінімального напруження, яке, можливо, дає позитивний результат. Тільки в тих випадках, коли воно недостатньо ефективне, можна перейти до більш тривалого і більш інтенсивного втручання.

Стратегії лікування добираються індивідуально. Важливою умовою є розширена, структурована і багатомірна клінічна діагностика. Діагностика проводиться з урахуванням індивідуальних особливостей, враховуючи при цьому рівень запущеності хвороби, психологічного стану особи, його темпераменту та особливостей характеру. При цьому дуже важливо, щоб запропонована терапія й подальша реабілітація обиралися після ретельних роздумів та обговорень з пацієнтом. При такій діагностиці потрібно розглянути наступні аспекти і виміри: рівень інтелектуального розвитку, тривалість і тяжкість залежності, історію попередніх лікувань, ступінь мотивації, соціальне оточення, соматичний стан пацієнта, наявність соматичних і психічних розладів, що виникли внаслідок алкоголізму.

Велике значення в психокорекційній роботі має орієнтація на індивідуально-особистісні особливості хворого. Відомо, що алко- та наркозалежних можна зустріти серед будь-яких типів особистості. Потреба в змінах стану свідомості є характерною для людини взагалі, але не всі приймають наркотики і стають адиктами. Дослідження вчених [105]

дозволяють вважати, що існують психологічні чинники, які визначають характер індивідуальних реакцій особи на дію і вибір адиктивного агенту.

Визначають кілька типологічних моделей адиктивної поведінки в залежно від провідної мотивації [69]:

1. Атарактична модель (заспокійлива) – один з найбільш поширених варіантів використання психоактивних речовин з метою задоволення потреби в релаксації.

2. Комунікативна модель – в основі цього типу адиктивної поведінки лежать незадоволені потреби в спілкуванні, любові, доброзичливості, відкритості.

3. Активізуюча модель передбачає використання психоактивних речовин як засобу для переживання бадьорості, активності. Стимулюючий ефект створює ілюзію адаптації та самореалізації.

4. Гедоністична модель – в цьому випадку вживання цих речовин здійснюється з метою отримати задоволення, викликати приємні відчуття, отримати незвичайні відчуття.

5. Конформна модель ґрунтується на внутрішньо груповій конформності підлітків.

6. Маніпулятивна модель споживання психоактивних речовин виступає як спосіб маніпулювання іншими, як спроба змінити ситуацію на свою користь. Наприклад, для підлітків з істероїдним рисами характеру алкоголь і наркотики можуть представлятися привабливим способом привернути до себе увагу однолітків в компанії, в сім'ї.

7. Компенсаторна модель адиктивної поведінки – в цьому випадку вживання речовин виступає засобом компенсації будь-якого психологічного дефіциту особистості. Комунікативні проблеми, емоційна депривація, стан психічного дискомфорту, які найчастіше виникають при особистісної незрілості, є сприятливими факторами формування адикції.

Таким чином, дана типологія визначає переважний вид потреб особистості, який вона прагне задовольнити шляхом вживання наркотичних

речовин. Важливим є врахування того, на якому етапі формування залежності знаходиться пацієнт.

Діагностичний принцип психокорекції передбачає зіставлення отриманих результатів з нормативними показниками. Рівень аналізу норми здійснюється за нейропсихологічним, віковим та загальнопсихологічним напрямками.

Нейропсихологічний рівень аналізу норми передбачає знання про функціональну організацію мозку, про наявність локальних уражень мозку та основні принципи локалізації функцій, що дає змогу обрати адекватні методи корекційної роботи.

Загальнопсихологічний рівень аналізу спрямований на застосування в корекційній роботі даних про основні закономірності та механізми функціонування внутрішнього світу людини.

Віковий рівень аналізу дає змогу конкретизувати загальнопсихологічні дані та індивідуалізувати їх відповідно до вікових новоутворень, тобто нового типу структури особистості, її діяльності, психічних і соціальних змін, які в основному визначають свідомість людини, її взаємини з середовищем. При оцінці відповідності рівня розвитку особистості віковій нормі й формулюванні цілей корекції необхідно враховувати наступні характеристики: особливості соціальної ситуації розвитку (наприклад, зміна типу освітнього закладу); коло спілкування, включаючи ровесників, дорослих, сімейне оточення тощо; рівень сформованості психологічних новоутворень на даному етапі вікового розвитку; рівень розвитку провідної діяльності, наявність умов для її здійснення.

У процесі діагностики поняття «вікова норма» слід зіставляти з поняттям «індивідуальна норма», що дозволяє намітити програму оптимізації розвитку для кожного конкретного клієнта з урахуванням його індивідуальності.

Неповнолітні є найбільш вразливою категорією осіб, що обумовлено незавершеністю формування особи як в біологічному, так і соціальному аспектах. У цьому віці розширюється обсяг діяльності, якісно змінюється характер, закладаються основи свідомої поведінки, формуються моральні уявлення (І. Бех, Л. Божович, Л. Виготський, Д. Ельконін, І. Кон, Г. Костюк, П. Чамата та ін.).

Поведінка юнаків у сучасному суспільстві неминуче потрапляє під вплив сучасних стандартів, соціально-політичних і моральних криз, що може виступати чинником різноманітних проявів адиктивної поведінки. Психологічними витоками цих явищ є потреба у престижі, самоствердженні, ризику, що часто супроводжується емоційною нестійкістю, агресивністю, відхиленнями у психічному розвитку, низькою самоповагою та неадекватною самооцінкою. Поведінка таких осіб полягає у відмові від активної соціальної ролі в суспільстві, замкненості, пасивності в навчанні та спілкуванні. Ці відхилення часто є результатом несприятливої психосоціальної ситуації в сім'ї та оточенні дитини, порушення процесів соціалізації, що призводить до дезадаптації.

У зв'язку з цим слід відзначити пріоритетність групових форм роботи з юнаками, що схильні до адиктивної поведінки. Оскільки спілкування з ровесниками складає значущу потребу в цьому віці, велике значення має широке застосування групової психотерапії, яка створює унікальну терапевтичну ситуацію та пов'язана з залученням клієнта в реальну взаємодію з іншими людьми. При цьому складаються умови інтенсивного психологічного впливу на всі аспекти особистісного функціонування. Групова психотерапія застосовує засоби впливу на когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти особистості, які розроблені в рамках різних терапевтичних підходів.

По-третє, це *каузальний принцип*. Він полягає у тому, що психологічна корекція має бути сконцентрована на глибинних витоках адиктивної поведінки, а не на зовнішніх проявах цих відхилень, що вимагає врахування

складної ієрархії відношень між симптомами та їх причинами. У відповідності до цього принципу важливим є також усвідомлення самими підлітками небезпечності цього явища та його наслідків. Оскільки адиктивна поведінка дає змогу зменшити емоційну напругу, вона виступає засобом зняття стресу. Важливо усвідомити, з чим найбільшою мірою пов'язаний стрес та намагатися опрацювати його. Корекційна робота має бути спрямована на усвідомлення клієнтом того, що нові проблеми, пов'язані з адиктивною поведінкою (погіршення фізичного та психічного стану, відмова від продуктивної самореалізації, руйнування стосунків з людьми) можуть бути набагато серйозніші, ніж ті, заради позбавлення від яких знадобилося звернення до адиктивного агента.

Як зазначалося у першому розділі, причини алко- та наркозалежності у неповнолітніх складні та багатоаспектні: від економічних і соціальних до психофізіологічних. Необхідно зважати й на властивості самих психотропних речовин, точніше, специфіку їх впливу на людський мозок. Проте жодна з цих причин не є вирішальною, не може виступати як головна у виникненні адиктивної поведінки в конкретного пацієнта.

За результатами досліджень Н. Максимової [115], сукупність різних чинників виникнення психічної залежності від алкоголю й наркотиків, інтенсивність їх впливу, безумовно, мають значення, але головна роль все ж таки належить індивідуальному сприйманню та переживанню особою своєї життєвої ситуації. Саме цим і пояснюються ті реальні факти й життєві спостереження, коли одній дитині з несприятливого середовища, негативної сімейної атмосфери вдається змінити свій життєвий сценарій, а інша, з цілком благополучної, забезпеченої сім'ї стає алко- чи наркозалежною.

Як зазначалося, суть алко- та наркозалежності полягає у прагненні людини змінити свій психічний стан. Незалежно від того, за яких обставин особа почала вживати психотропні речовини, які тоді в неї були мотиви, у процесі психокорекційної роботи важливо знайти психологічні причини

адиктивної поведінки та з'ясувати, чому людина хоче змінити свій психічний стан саме штучним (хімічним) шляхом.

Психоаналітичні дослідження адиктивної поведінки молоді описують наркозалежних як гедоністичних шукачів задоволень, схильних до саморуйнування. Сьогодні багато психоаналітиків вважають, що головним в адиктивній поведінці є не імпульс до саморуйнування, а дефіцит адекватної інтерналізації батьківських фігур і, як наслідок, порушення здатності до самозахисту. З цієї ж причини наркозалежні страждають від порушення інших функцій: у них порушена саморегуляція афективної сфери, контроль над імпульсами; вони не здатні підтримувати високу самооцінку. Все це призводить до нездатності багатьох адиктів підтримувати близькі міжособистісні стосунки. Додаткові проблеми у взаєминах з людьми створює нездатність регулювати афекти, пов'язані з близькістю [109].

Досвід практичної роботи показує, що основними причинами адиктивної поведінки неповнолітніх є: неблагополуччя сімейних взаємин, помилки сімейного виховання, труднощі в навчанні, конфлікти з педагогами, однолітками, незайнятість корисними видами діяльності, невміння організувати своє дозвілля, прихід в асоціальні компанії тощо [37; 38; 40; 43].

Більшість психоаналітиків розглядають залежність від наркотиків як адаптивну поведінку, спрямовану на те, щоб полегшити біль, викликану афектами, і на деякий час підвищити здатність володіти собою і функціонувати. Адиктивна поведінка є відчайдушною спробою зняти нестерпну напругу.

Американський психоаналітик Леон Вермсер [33] визначає адиктивну поведінку як глибоку, рабську залежність від якоїсь влади, від непереборної сили. Предметом залежності може бути будь-яка система або об'єкт, що вимагають від людини тотальної покори. Така поведінка виглядає як добровільне підпорядкування.

Адикти заперечують будь-який зв'язок внутрішнього конфлікту, внутрішньої реальності з життєвими проблемами. Таке заперечення свого внутрішнього світу протягом тривалого часу характерно для більшості нарко- та алкогозалежних, що призводить до байдужості, ігнорування будь-якого виду рефлексії та її категоричному уникненню.

На думку американського психоаналітика Едварда Ханзяна [215] головна причина всіх адиктивних розладів – це страждання особи, а не пошук задоволення, тиск соціального оточення або прагнення до саморуйнування. Страждання, які адикти намагаються полегшити або продовжити за допомогою наркотиків, відображають базові труднощі в сфері саморегуляції, що включає чотири основні аспекти психологічного життя: почуття, самооцінку, людські взаємини та турботу про себе.

Адиктивні пацієнти страждають від того, що не відчувають себе «хорошими», і тому не здатні задовольнити свої потреби або встановити задовільні стосунки з іншими людьми. Вони кидаються між самопожертвою і егоцентризмом; вимогливість і підвищене очікування швидко змінюються презирливим відкиданням допомоги та відмовою визнати свою потребу. За холодністю й відчуженням часто ховаються сором і почуття власної неадекватності, тому їх приваблює здатність різних хімічних речовин змінювати почуття. Ці речовини є потужним засобом проти внутрішнього почуття порожнечі, дисгармонії і душевного болю. Наркотики допомагають впоратися з хворобливим станом і полегшити біль.

Адикти вибирають різні наркотики, ґрунтуючись на їх здатності послаблювати певні почуття, які заподіюють біль. Для деяких людей такими засобами стають кокаїн або амфетамін, які протистоять станам інертності та скутості, викликані хронічно заниженою самооцінкою. Ті, в кого внутрішня дисгармонія викликає збудження або гнів, вдаються до заспокійливої дії опіатів. Алкоголь або інші седативні речовини з пом'якшувальною ефектом приносять полегшення людям, в яких не задовольняються певною мірою потреби в комфорті та контакті. В

залежності від індивідуальних потреб, адиктивні пацієнти можуть використовувати один і той же наркотик для протилежних цілей [215].

Психоаналітична теорія внесла вагомий внесок як у теорію адиктивної поведінки, так і в практику її лікування. Чисельні дослідження призвели до нового розуміння проблеми, а також до розробки ефективних терапевтичних процедур. Епізодичні форми адиктивної поведінки, що часто позначаються як нерегулярні (casual) та «розважальні» (recreational), зустрічаються набагато частіше і зазвичай не враховуються фахівцями при оцінці придатності лікування методами психоаналізу або психоаналітичної терапії.

Прихильники соціокультурних моделей адикції вважають, що ефекти наркотиків залежать не стільки від хімічних властивостей самих наркотиків, скільки від умов, в яких це відбувається [54].

Багато фактів вказують на те, що реакція людини на наркотик обумовлена поширеними в даній культурі уявленнями про цей наркотик. Якщо він бачиться таємничим і неконтрольованим, якщо він символізує відхід і забуття, ним будуть широко зловживати. Там, де люди можуть без вагань прийняти наркотик, за його застосуванням не буде драматичним, пов'язаним із особистісною деградацією та соціальним руйнуванням.

У практиці кафедри психіатрії Гарвардського університету проводилися дослідження в галузі так званого контрольованого вживання наркотиків. Гіпотеза полягала в тому, що соціальне оточення за допомогою розвитку соціальних санкцій і ритуалів дозволяє встановити контроль над вживанням заборонених наркотиків. Вживання будь-якого наркотику пов'язано з певними цінностями і правилами, які він назвав соціальними санкціями, і моделями, які він назвав соціальними ритуалами.

Соціальні ритуали – це моделі поведінки, що оточують вживання наркотиків. Вони пов'язані з методами добування й розподілу наркотиків, вибору фізичного та соціального оточення для їх прийому, діями після прийому і способами запобігання небажаних ефектів наркотиків. Функція ритуалів – підтримувати, зміцнювати і уособлювати собою санкції.

З точки зору теорії післядії, здатність отримувати позитивне відчуття насолоди з чогось, робити щось, бо воно приносить радість – це принциповий критерій неадиктивності. Можна заперечити, що люди приймають наркотики для задоволення, проте для адиктив це не так. Для адикта героїн не є чимось, що приносить задоволення. Людина могла колись насолоджуватися алкоголем, але на той час, коли вона стає залежною, вона змушена використовувати речовину тільки для підтримки себе на відносному рівні існування. Це процес толерантності, через який адикт приходиться до прийняття стану адиктивного об'єкту як такого, що діє для свого психологічного виживання. Те, що могло бути колись позитивною мотивацією, перетворюється в негативну. З часом це стає скоріше питанням необхідності, ніж бажання.

Четвертий принцип – це *принцип комплексності*. Він передбачає розгляд психологічної допомоги в загальному комплексі клініко-психолого-педагогічних впливів. На сучасному етапі розвитку суспільства ведеться значна протиалкогольна робота на різних рівнях виховного впливу на молодь, розпочинаючи від дитячого віку. Проводиться вона переважно в більшості родин, у школах та інших освітніх установах, на виробництві, у громадських організаціях. Велика роль у їх проведенні належить медичним установам та адміністративним органам.

Психолог має використовувати педагогічні характеристики, бути інформованим щодо тактики лікувальних заходів у випадках алко- та наркозалежності, термінів госпіталізації, напрямків медичної реабілітації, оскільки ці аспекти безпосередньо впливають на психічний стан особи з адиктивною поведінкою. Загальна модель психокорекції передбачає нормалізацію соціального середовища пацієнта, активне залучення до корекційних заходів його родини. Вона включає практику альтернативної поведінки як на психокорекційному занятті, так і в реальному середовищі, систему навчальних домашніх завдань, активну програму підкріплення, ведення записів і щоденників.

В основу реабілітації алко- та наркозалежних має бути покладена комплексна профілактика, яка припускає проведення різносторонніх коригуючих заходів: організаційних, психокорекційних, застосування арсеналу сучасних методів дії на особистість і середовище, в якому воно функціонує. Це означає, що учасниками процесу профілактики, спрямованої на попередження дезадаптації хворого, є не лише лікарі, а й психологи, соціальні працівники, родина хворого, друзі, інші суспільні інститути [3; 63].

В сучасній практиці існують три основних моделі командної роботи: мультидисциплінарна, міждисциплінарна та трансдисциплінарна.

Мультидисциплінарна модель передбачає, що члени команди належать до різних дисциплінарних галузей і працюють безпосередньо з пацієнтом (клієнтом) або родиною незалежно один від одного, виконуючи свою роль і обов'язки практично без взаємодії і перетину професійних кордонів. Слабкою стороною такого підходу вважається відсутність спільних спостережень, недостатня взаємодія і, як наслідок, неповне використання можливостей професіоналів.

Міждисциплінарна командна робота є більш ефективною моделлю, що дає змогу задовольняти специфічні потреби клієнтів і сімей. Робота міждисциплінарної команди спрямована на спільну розробку індивідуальних програм розвитку, орієнтованих на потреби й можливості кожного конкретного клієнта та його сім'ї. Проте недоліком може бути велика кількість цілей, які фахівці різного профілю виставляють в рамках єдиного плану дій.

Трансдисциплінарна модель – для роботи з клієнтами виділяються два фахівця, які, в процесі роботи з клієнтом, постійно взаємодіють один з одним і з іншими членами команди на шляху до досягнення мети програми. При цьому складається спільна програма та визначається єдина мета, яка формулюються, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта, з яким працює команда, а також обов'язково враховується середовищний та

соціальний (в тому числі сімейний) контекст. В рамках даної моделі, яка вбачається найбільш ефективною, клієнтові не потрібно взаємодіяти з великою кількістю людей. В процесі роботи спеціалісти члени команди навчають один одного необхідним навичкам, обговорюють конкретні випадки, проводять супервізії [48].

Зупинимося більш докладно на медичному аспекті адиктивної поведінки особистості. Традиційна наркологія розглядає алко- та наркозалежність як невиліковну хронічну хворобу, протягом якої можливі більш-менш тривалі періоди ремісії. Вважається, що в міру прийому наркотиків розвиваються три головних клінічних феномени. Серед них слід визначити психічну залежність, суть якої полягає в тім, що людина перестає почувати себе щонайменше адаптованою до життя без прийому наркотиків, коли він стає найважливішою умовою контакту людини з життям, собою, іншими людьми. Фізична залежність полягає в тому, що поступово наркотик проникає в різні ланцюги обмінних процесів в організмі. Якщо наркозалежний не приймає відповідну кількість наркотику, він відчуває різні за ступенем виразності фізичні страждання: ломота, тремтіння, розлади в діяльності травного тракту, сухість шкіри (або, навпаки, рясна пітливість) тощо. Це явище називається «абстинентний синдром», для зняття якого необхідно прийняття наркотику, із постійно збільшуваними дозами.

Звикання до наркотику неминуче призводить до руйнування організму. Із впевненістю можна стверджувати, що сучасна медицина не має ефективних засобів подолання наркозалежності. У переважній більшості випадків лікування зводиться до госпіталізації хворого, позбавлення його можливості приймати наркотики, проведення дезінтоксикаційної та загальнозміцнювальної терапії. Перелічені заходи блокують абстинентний синдром, руйнують фізичну залежність. Однак психічна залежність, що відіграє в розвитку наркоманії найважливішу роль, залишається поза досяжністю для існуючих сьогодні психотерапевтичних заходів, побудованих відповідно до традиційного психіатричного підходу.

Сформована в медицині (психіатрії та клінічній психології) традиція пов'язувати вживання наркотиків і зловживання ними з якими-небудь психопатологічними процесами в індивідуумах, на наш погляд, не сприяє вирішенню проблеми наркозалежності. Вселяння хворому відрази до прийнятого засобу в стані гіпнозу виявляється малопродуктивним методом руйнування психічної залежності [112]. Таким чином, суто медичний підхід до наркозалежності виявляється неефективним ні в реабілітації, ні в профілактиці.

П'ятий принцип – це *принцип діяльнісного підходу*. Для його здійснення необхідно враховувати провідний вид діяльності особи в залежності від віку та особистісної значущості. Даний принцип визначає предмет докладання корекційних зусиль, вибір засобів і способів досягнення мети, тактики проведення корекційної роботи, шляхів і способів реалізації поставлених цілей. Суть його полягає в тому, що генеральним способом корекційного впливу є організація активної діяльності клієнта, в ході реалізації якої створюються умови для орієнтування у важких життєвих ситуаціях, організується необхідна основа для позитивних зрушень у розвитку особистості. Корекційний вплив завжди здійснюється в контексті тієї або іншої діяльності, виступаючи засобом, що спрямовує активність.

Таким чином, основним напрямком корекційної роботи є цілеспрямоване формування узагальнених способів орієнтування юнаків з адиктивною поведінкою в різних сферах діяльності, міжособистісній взаємодії, загалом у соціальній ситуації. Корекційна робота будується як цілісна обґрунтована система, яка природно й органічно вписується в систему повсякденних життєвих відносин клієнта

Загальна модель психокорекції передбачає створення оптимальних умов мікро- та макросередовища з метою попередження рецидивів адикції, що пов'язано з проведенням психопрофілактичної роботи. Основний акцент повинен здійснюватися на профілактичних заходах, спрямованих на підтримання умов, що сприяють збереженню фізичного, особистісного й

соціального здоров'я. Первинна профілактика є масовою, найбільш ефективною, включає певні захисти, які сприяють стійкості організму до впливу адиктивних агентів [186]. Вторинна профілактика спрямована на запобігання рецидивів після лікування ранніх форм алкоголізму й наркоманії. Третинна профілактика передбачає реабілітацію багаторазових рецидивів у важких випадках, які важко піддаються лікуванню. Третинна профілактика типу «А» спрямована на попередження подальшого вживання психоактивними речовинами хворим чи на зменшення майбутньої школи від їх попередження, на надання допомоги хворим в подоланні залежності. Третинна профілактика типу «Б» спрямована на подолання рецидиву захворювання у хворих, які призупинили вживання наркотиків. Третинна профілактика алкозалежності спрямована на попередження прогресування захворювання та його ускладнень, реалізується в противорецидивній, підтримуючій терапії, в заходах із соціальної реабілітації [47; 60; 63].

Залежність має різні форми прояву: соціальну, психологічну та фізичну. Про соціальну залежність говорять тоді, коли людина ще не почала вживання психоактивних речовин, але знаходиться в середовищі, що вживають, приймає їхній стиль поведінки, відношення до алкоголю й наркотиків і зовнішні атрибути групи. Вона внутрішньо готова сама почати вживання. Часто до такої групи можуть належати, тільки сповідаючи її принципи й підкоряючись її правилам. Бажання не бути відірваним може бути настільки сильним, що заслоняє звичні подання, змінює поведження. Невід'ємна умова цієї стадії захворювання – наявність групи, яка може формуватися навіть навколо одного споживача наркотиків. Єдиним способом запобігання подальшого розвитку захворювання є своєчасне виявлення й руйнування групи. Необхідно працювати з лідерами групи, перешкоджати залученню в неї нових членів, нехай навіть шляхом ізоляції лідерів. На цьому етапі зупинити розвиток захворювання простіше всього.

Упустити цей момент – значить утруднити подальший контакт зі членами групи, для яких розвиток захворювання може перейти на наступну стадію.

Після початку вживання наркотиків у підлітків і юнаків психічна залежність формується набагато раніше, ніж після вживання алкоголю. Вона проявляється в тім, що людина прагне знову повернути стан, що відчувала, перебуваючи в наркотичному сп'янінні. Вона прагне або одержати приємні відчуття від прийому наркотиків, які можуть бути дуже сильні, або, будучи під впливом наркотиків, відволіктися від неприємних переживань і негативних емоцій. У першому випадку людина, будучи неспроможною приймати наркотики, сприймає дійсність «сірою», недостатньо динамічною й яскравою, у другому – виявляються придушені проблеми, від яких вона намагалася втекти шляхом вживання наркотиків. Залежно від виду наркотику, його вплив на людину може проявлятися по-різному. Прагнення уникнути психологічного й емоційного дискомфорту настільки сильно, що людина не має сил відмовитися від подальшого вживання. На цій стадії захворювання йому вже необхідна допомога психологів і лікарів, що може бути ефективною тільки за підтримкою близьких людей, особливо батьків.

При більш тривалому вживанні психоактивних речовин формується фізична залежність, що проявляється внаслідок включення наркотиків або алкоголю в процеси обміну речовин. У цьому випадку при припиненні прийому спостерігається стан фізичного дискомфорту різного ступеня важкості – від легкого нездужання до важких проявів абстинентного синдрому. Конкретні його симптоми залежать від виду наркотику та особливостей організму людини. Такому хворому необхідна серйозна медична допомога для того, щоб витримати стан абстиненції.

Щодо проблеми профілактики наркоманії, слід зазначити, що невизначеним на цей час є питання про те, зусиллями яких фахівців – педагогів, лікарів, психологів – повинна вестися профілактична робота з молоддю. Очевидно одне: зусилля педагогів недостатні в силу їхньої низької поінформованості в питаннях наркоманії, зусилля медиків обмежені

недостатністю навичок роботи з молоддю. Пануюча нині модель профілактики ґрунтується переважно на залякуванні та дезінформації [10].

Існуючі на разі одиничні методичні рекомендації, що складені лікарями-наркологами, носять ознайомчий характер. Відсутність обґрунтованих програм профілактики наркоманії приводить, з одного боку, до збереження моделі, що залякує, антинаркотичної роботи, а з іншого боку – до прагнення впровадити у наших умовах закордонний досвід. Однак очевидно, що без врахування культурологічного аспекту молодіжної наркозалежності ефективна адаптація закордонних програм неможлива.

Дотепер у медицині й психології відсутній системний підхід у розумінні наркоманії. Вузькопрофесійне бачення приводить до формування сприйняття наркозалежності як хвороби, психозу, неспецифічної форми особистісного захисту тощо. Сьогодні можна констатувати наявність деяких результатів у вивченні наркозалежності з позиції наркології, психіатрії, біохімії, фізіології, психології. Однак істотних результатів у профілактиці адиктивної поведінки в молодіжному середовищі не можна досягти без розробки педагогічного аспекту профілактичної роботи.

Наявність інтелектуальних порушень істотно ускладнює процес формування соціально-нормативної поведінки, підвищує ймовірність адиктивних проявів в поведінці юнаків. Складність патогенезу порушень поведінки необхідно враховувати фахівцям при організації роботи з даною категорією осіб [79]. Тому психокорекція має бути специфічною за цілями та організацією процесу.

Мета психокорекції полягала в коригуванні адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я на основі урахування їх індивідуально-психологічних особливостей.

Схема психокорекції адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я представлена на Рис. 3.1.



Рис. 3.1. Схема психокорекції адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я

Створення корекційної програми було зорієнтовано на вирішення завдань, які відображали найбільш дефіцитарні шляхи розвитку особистості людей з адиктивною поведінкою, а саме: 1) удосконалення когнітивних структур особистості шляхом розвитку навичок рефлексії, усвідомлення проблеми адиктивної поведінки як неконструктивної, небезпечної; 2) гармонізація особистості, корекція несприятливих індивідуально-психологічних передумов адиктивної поведінки; 3) оптимізація соціальних взаємин осіб з адиктивною поведінкою; 4) формування адаптивних форм поведінки.

Реалізація психокорекційних завдань була відображена у відповідних компонентах програми: мотиваційному; інформаційно-когнітивному; операційному; індивідуально-особистісному; емоційно-енергетичному, кожен з яких був зорієнтований на формування критеріїв нормативної поведінки, охоплював формування здорових інтересів, установок і готовності до позитивного способу життя.

У системі психокорекції велика роль належить роботі з сім'єю юнаків з адиктивною поведінкою. Вбачається доцільною модель, що передбачає такі етапи [52]:

- мотиваційний, як активізація бажання батьків активно долучатися до розроблення стратегії та технології самодопомоги, що здійснюється через комунікацію;

- концептуальний, де внаслідок встановленого психотерапевтичного альянсу закладається цілепокладання і прийняття власної відповідальності батьків за процес перетворень і позитивних змін;

- адаптивний – поява соціально-психологічної адаптації через встановлення постійного зворотного зв'язку та зближення цілей між усіма членами родини, між ними та фахівцями, а також між ними і соціальними структурами, з якими вони взаємодіють (у режимі психокорекційних і психотерапевтичних занять);

– творчий, де відбувається поява здатності пристосуватися до змін обставин і креативно використовувати контекст ситуації задля реалізації визначеної стратегії розвитку дитини;

– генералізація сформованих умінь і набутих новоутворень у життєдіяльність; моніторингово-перспективний етап, як оцінка успішності розвитку та подальше планування з орієнтиром на бажані результати, урахуванням можливих ризиків, а також нових внутрішніх та зовнішніх ресурсів.

На Рис. 3.2. представлено основних учасників психокорекційної роботи для розробки спільного плану дій.

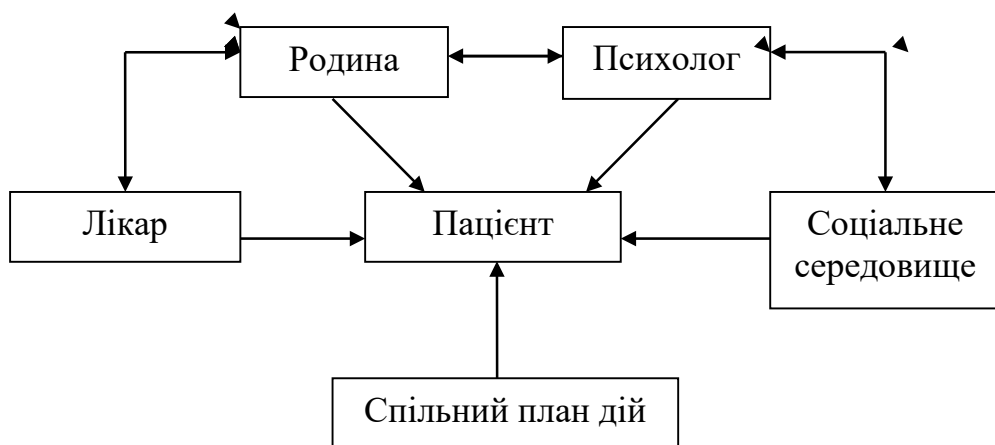


Рис. 3. 2. Побудова спільного плану дій у системі психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я

Інформаційно-когнітивний компонент психокорекції передбачав проведення просвітницької роботи, застосування переконання як механізму соціально-психологічного впливу. При цьому враховувалися: ступінь інтелектуального порушення особи, його емоційні та особистісні стани, а також пов'язані з ними порушення адаптації та соціалізації.

Отже, підсумовуючи все вищенаведене, можна сказати, що в молоді з інтелектуальними порушеннями адиктивний стан виникає значно раніше та призводить до розвитку тяжких форм залежності, що потребує тривалого та поетапного лікування та психосоціальної реабілітації. Всі заходи боротьби з алкогозалежністю можна поділити на два провідні напрями: корегуючий і компенсуючий. Перший полягає в прямій дії на алкогольну поведінку окремих осіб, а другий – проявляється у формуванні в молоді таких моральних якостей, які спричинюють протидію виникненню соціальних відхилень в їх свідомості, діяльності і поведінці [64].

Соціальна значущість проблеми алко- та наркозалежності визначається матеріальними збитками для суспільства, а також біологічними наслідками для здоров'я молоді. Всі профілактичні заходи можна поділити на соціальні, соціально-медичні і медичні, які розрізняють за конкретними цілями, засобами та ефектом взаємодії.

3.2. Технологічні особливості реалізації системи корекційної роботи

Як засвідчує практичний лікарський досвід та проведена психодіагностика, в осіб юнацького віку з інтелектуальними порушеннями на фоні інших адикцій переважно домінує алкогольна залежність. Профілактика і корекція такої залежності відпрацьована для різних вікових категорій, але що стосується юнаків з обмеженими можливостями здоров'я – вона практично не досліджувалася.

Проведення психокорекційної роботи з алкозалежними здійснювалося на основі різноманітних інтервенцій, а саме: підвищення мотивації до лікування, усвідомлення небезпечності своєї хвороби, створення у пацієнтів почуття відрази до алкоголю, корекція характерологічних особливостей, засвоєння здорового способу життя, зменшення ізольованості, навчання

хворих певним способом вирішення проблем, відпрацювання навичок релаксації, пошук доступних шляхів задоволення своїх потреб, формування смислових орієнтацій.

Цілком очевидно, що алко- та наркозалежність для суспільства сьогодні стали важливою проблемою не тільки медичного, але й економічного, соціального і правового характеру. Система комплексної психокорекції передбачає охоплення не тільки внутрішніх, але й зовнішніх чинників адиктивної поведінки. Для цього на соціальному рівні необхідно:

- підвищення рівня життя громадян, що є непрямим чинником зміцнення родини, подолання конфліктних взаємин між батьками, зменшення кількості розлучень, які призводять до бездоглядності дітей;

- створення умов для виховання дітей у атмосфері здорового способу життя, пропагування через засоби масової інформації роботу спортивних, художніх гуртків і секцій, введення відповідної тематики до навчальних предметів у школі, таких як валеологія, біологія;

- формування конструктивного реагування на стреси, конфліктні ситуації;

- створення кризових центрів, які працюють з особами, що перебувають в екстремальному психологічному стані.

Водночас на медичному рівні слід забезпечити проведення таких заходів:

- надання нарко- та алкозалежним медичної допомоги з одночасним захистом здорової частини населення від подальшого поширення цих розладів;

- пошук і запровадження ефективних терапевтичних програм;

- надання амбулаторної та стаціонарної допомоги особам, які цього потребують.

Молодь з інтелектуальними порушеннями та адиктивною залежністю потребує посиленої уваги щодо лікування та психосоціальної реабілітації. Більшість із них загалом не усвідомлюють, що внаслідок органічного

ураження їхній мозок є більш вразливим щодо токсичних речовин, відповідно ризик виникнення залежності від алкоголю та наркотиків у них значно більший. Тому раннє виявлення та своєчасне психокорекційне втручання можуть попередити розвиток тяжких форм залежності. Більш вагомим результатам лікування та психосоціальної реабілітації пацієнтів сприяють нетривалий термін захворювання та доволі збережена соціальна активність.

При лікуванні алкозалежності в пацієнтів з інтелектуальними порушеннями необхідно планувати терапію із застосуванням потенційно ефективних втручань у такій логічній послідовності, яка є найбільш прийнятна для пацієнта. Автором розроблена так звана «покрокова модель», згідно з якою пацієнту пропонують втручання, що потребує від нього мінімального напруження. Тільки в тих випадках, коли воно недостатньо ефективне, переходять до більш тривалого й більш інтенсивного втручання.

Первинним завданням діагностичної роботи є визначення рівня інтелектуального розвитку особи, яка спрямована на вивчення структури дефекту, механізмів його формування, а також на виявлення збережених функцій психіки, на які можна спиратись під час корекції. При цьому слід встановити доброзичливу, довірливу, підтримуючу та оптимістичну атмосферу спілкування, при цьому не порівнюючи пацієнта з іншими, не наводити йому в приклад інших.

Водночас проводиться діагностика щодо рівня та тривалості алкогольної залежності. Її, як правило, здійснює лікар-нарколог. Діагностика проводиться з урахуванням індивідуальних особливостей, враховуючи при цьому рівень запущеності хвороби, психологічного стану особи, його темпераменту та особливостей характеру. На цій основі здійснюється проектування індивідуальної програми психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку (Додаток 6) .

Оскільки адиктивна поведінка обумовлена прагненням до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану з метою розвитку

інтенсивних емоцій, це дає підстави для висновку, що будь-яка адикція залежить від емоційної складової людської психіки. Тому важливе значення в психопрофілактиці й психокорекції адиктивної поведінки варто відвести методам арт-терапії [146]. Обґрунтовано пріоритетність застосування цих методів у зв'язку з тим, що особи юнацького віку з порушеннями інтелектуального розвитку характеризуються домінуванням емоційної сфери порівняно з інтелектуальною.

Одним з пріоритетів застосування методів арт-терапії в психокорекційній роботі є те, що ці методи базуються на невербальному вираженні почуттів. Це забезпечує більш вільне розкриття пацієнтами свого внутрішнього світу, високий рівень їх психологічної захищеності та комфорту в процесі занять, порівняно з вербальною психотерапією. Часто ефекти арт-терапії можуть проявлятися завдяки образотворчій діяльності, навіть при відсутності вербалізації, що пов'язане з дією цілого ряду терапевтичних факторів і механізмів, оскільки переживання легше виразити в образах. Завдяки ефектам арт-терапії пацієнтам з інтелектуальними порушеннями легше виразити своїх конфлікти, створити умови для релаксації, катарсису, розвитку навичок самоорганізації й прийняття рішень, переживання інсайтів тощо. Механізми психокорекційного впливу полягають у символічній реконструкції травматичної ситуації і знаходження її вирішення через переструктурування цієї ситуації, а також стимулювання естетичних реакцій.

Образотворча діяльність у групі створює умови для обміну досвідом на вербальному й невербальному рівнях, усвідомленню спільності переживань, що ведуть до подолання характерних для адиктів почуттів самотності й ізоляції, опрацюванню внутрішньоособистісних конфліктів, зміні відношень до себе й інших, отриманню нового досвіду й опанування новими навичками поведінки, зміцненню групових відносин. З метою зближення учасників групи й формування взаємної довіри застосовуються такі техніки,

як ізотерапія, кінотерапія, фототерапія, акватерапія, казкотерапія та інші методи творчого самовираження.

Схема арт-терапевтичної складової психокорекційної роботи представлена на Рис. 3.3.

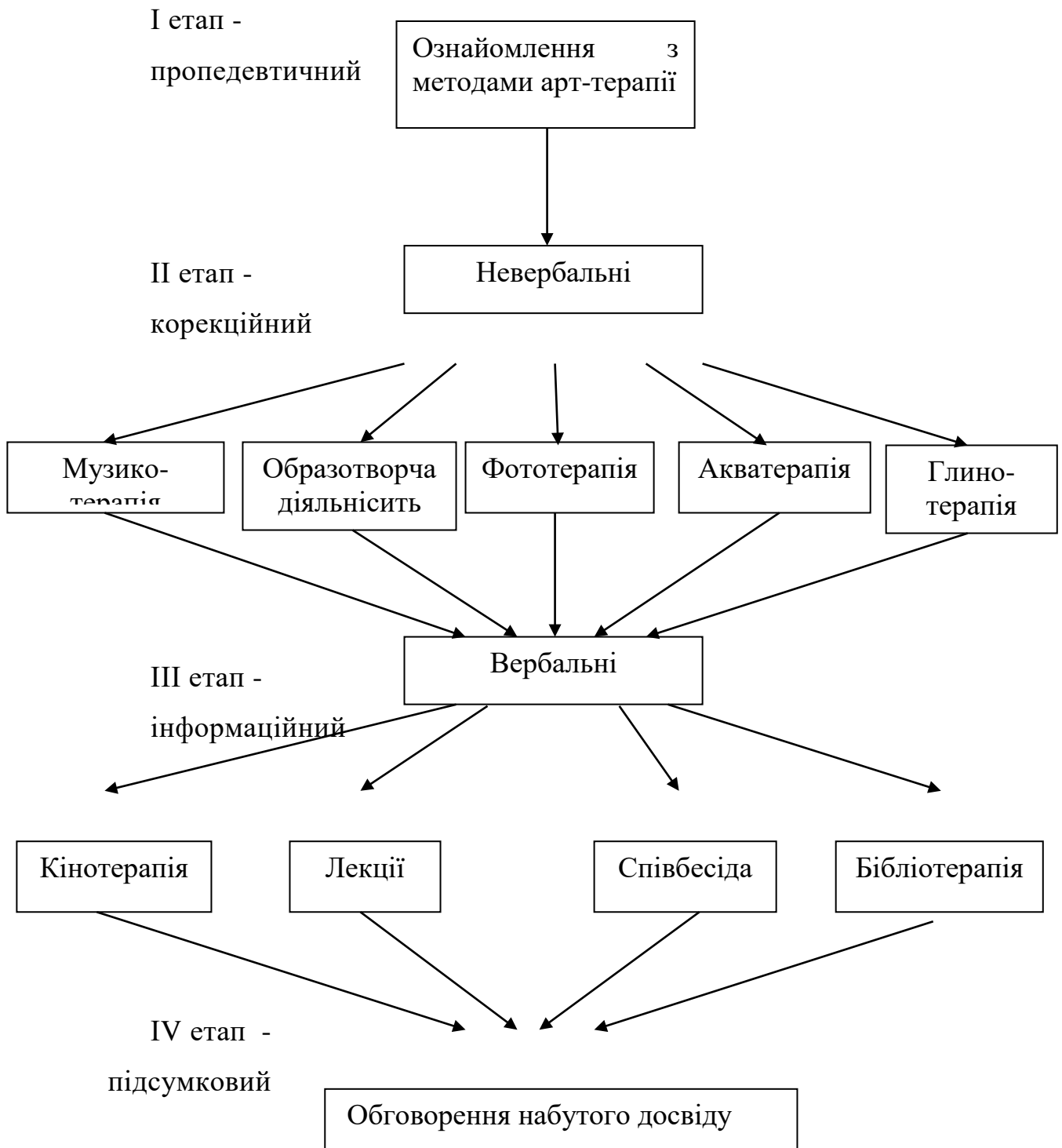


Рис. 3.3. Схема арт-терапевтичної складової психокорекційної роботи

У міру зміцнення групових відносин і саморозкриття учасників групи використовуються інтерактивні техніки. Досить цінним є те, що арт-терапія стимулює розкриття творчого потенціалу особистості та сприяє формуванню естетичної чутливості.

Арт-терапію доцільно застосовувати на початковому, настановчому етапі психокорекції для створення відповідного психоемоційного стану та мотивації до подальшої участі в роботі. В подальшому, з метою когнітивного переструктурування системи переконань клієнта, формування адекватного ставлення до своїх потреб, прийняття того факту, що не всі потреби особистості можуть бути задоволені повною мірою, застосовувалися методи когнітивної психотерапії.

Таким чином, арт-терапія є універсальним методом, який має очевидні переваги в роботі з особами з інтелектуальними порушеннями, а саме:

1) вона може застосовуватися незалежно від культурного досвіду та рівня інтелектуального розвитку, не вимагає від людини будь-яких спеціальних здібностей;

2) арт-терапія є засобом переважно невербального спілкування, що робить її особливо цінною для цієї категорії осіб, які можуть відчувати труднощі у словесному описі своїх переживань;

3) образотворча діяльність є потужним засобом зближення людей та встановлення контакту, в спілкуванні з приводу такого складного явища, як адиктивна поведінка;

4) образотворча діяльність у багатьох випадках надає унікальну можливість для дослідження несвідомих процесів, тих соціальних ролей і форм поведінки, які знаходяться в «витісненному» вигляді або слабо проявлені в повсякденному житті;

5) арт-терапія є засобом вільного самовираження і самопізнання;

6) продукти образотворчого творчості є об'єктивним вираженням емоцій людини, що дозволяє використовувати їх для динамічної оцінки стану;

7) арт-терапевтична робота викликає у людей позитивні емоції, допомагає подолати апатію і безініціативність, сформувати більш активну життєву позицію;

8) арт-терапія заснована на мобілізації творчого потенціалу людини, внутрішніх механізмів саморегуляції і зцілення;

9) арт-терапія активізує захисні механізми психіки, що сприяє полегшенню адаптації та формує мотиви продуктивної діяльності [146].

У сучасних зарубіжних дослідженнях пропонується застосовувати вплив нової когнітивно-упередженої модифікації втручання на алкоголезалежних осіб. Доведено, що короткочасне втручання може змінити ставлення цих осіб до вживання алкоголю та поліпшити результат їх лікування, представлено огляд і модель розвитку поведінки, що викликає залежність [221]. Запропонована модель передбачає, що адиктивна поведінка розвивається внаслідок дисбалансу між двома системами: апетитною, орієнтованою на вживання алкоголю системою, яка стає чутливою при його повторному вживанні, і регуляторною, виконавчою системою, яка піддається впливу алкоголю. Саморегулювання залежить від здатності та мотивації регулювати тенденцію до апетитного реагування.

Мотиваційний аспект часто залишається слабким у юнаків, які часто вживають алкоголь, та які, як правило, не визнають, наскільки це є проблематичним. Мотивація до регулювання часто розвивається лише через кілька років, після того, як людина зіткнулася з серйозними проблемами, пов'язаними з алкоголем. Але на в цей момент зміна поведінки стає більш важкою через нейрокогнітивну адаптацію, яка виникає в результаті сформованої алкозалежності.

Однією з найбільш ефективних методик в системі подолання алко- та наркозалежності, що пройшла перевірку практикою та часом, є методика «12 кроків» [126].

12-крокова програма реабілітації алкозалежних уперше з'явилася на початку 20 століття. Ця програма була створена алкозалежними, які визнали

свою хворобу, та створили простий перелік правил для подолання залежності. Кожний крок підлягав усвідомленню з опорою на власний досвід. Люди з алкозалежністю збиралися в малих групах, де обговорювали свою проблему і власні спроби зменшити потяг до алкоголю. В результаті спостережень та аналізу визначилися найефективніші методи боротьби з алкогольною залежністю.

Методика 12 кроків включає такі етапи:

1. Визнання проблеми. Пацієнту необхідно визнати свою хворобу та її руйнівний вплив на життя, усвідомити власну слабкість перед залежністю.
2. Розуміння важливості отримання допомоги ззовні, від фахівців. Залежна людина має усвідомити, що її сил замало, щоб упоратися з хворобою.
3. Визначити власні ресурси в боротьбі з залежністю. На цьому етапі важливо переходити до нових справ та вчинків, реалізовувати власний потенціал.
4. Глибоке внутрішнє переосмислення та психоаналіз. На цьому етапі починається опрацювання проблеми.
5. Обговорення проблем. На цьому етапі людині необхідно здійснити аналіз своєї особистості, визнати свої сильні та слабкі риси.
6. Підготовка до позбавлення від негативу. Консолідація фізичних та емоційних сил та спрямування їх на відновлення особистості.
7. Звернення до Бога (Я-духовного, свого внутрішнього потенціалу) з проханням про звільнення від недоліків, що заважають щасливому та повноцінному життю.
8. Підготовка списку людей, на яких було здійснено негативний вплив.
9. Спокута провини. За сприятливого результату відбувається трансформація особистості та звільнення від негативного вантажу з минулого.

10. Навчання самоспостереженню. Людині необхідно стежити за думками та діями, контролювати помилки та прояви егоцентричності.

11. Посилення контакту з сильними сторонами власної особистості.

12. Повне духовне пробудження та поширення набутих знань.

Методи боротьби з залежністю, що засновані на проходженні програми 12-крокової реабілітації, допомагають людині фізично та духовно очиститися від негативу, зрозуміти себе та по-новому поглянути на навколишній світ. Обмежень у використанні цієї методики немає. Вона характеризується універсальністю та підходить людям з будь-яким типом залежності. Єдина складність її використання – відсутність часового регламенту. Людина працює за нею у своєму темпі.

Оскільки терапія за цією програмою може тривати роками, вона була недоступна для повного застосування в системі короткотривалої психокорекції, але сама послідовність кроків вбачалася цілком доступною та дотичною цілям психокорекційної роботи: визнання проблеми – опора на психолого-медичну допомогу, формування довіри до фахівців – визначення власних ресурсів у боротьбі з залежністю – підкріплення цих ресурсів вчинками – опрацювання проблеми – формування здорової особистості. .

Слід зазначити, що вибір засобів конкретної допомоги алкозалежним залежить від особистості пацієнта. Стратегія та тактика роботи значною мірою обумовлені розумінням причин алкозалежності. Необхідно враховувати деструктивність алкозалежного по відношенню до себе, сприяти його усвідомленню самодеструктивної поведінки, оскільки без усвідомлення власного прагнення до саморуйнування пацієнт не зможе зрозуміти свого природи свого потягу до алкоголю. Велике значення має робота в групі, оскільки саме таким чином здійснюється ідентифікація з подібними собі та позбавлення від ілюзій.

З урахуванням особливостей мислення осіб з інтелектуальними порушеннями, неможливості переносити сформовану навичку в нові умови, невідання самостійно встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, доцільно

у процесі психокорекції обговорювати практичне застосування нового знання або навички, застосовуючи багаторазове повторення та наведення прикладів для засвоєння, одночасно здійснюючи формування продуктивних та соціально спрямованих мотивів поведінки, розвиток естетичної чутливості, культурних інтересів, захоплень.

Ефективність процесу корекції адиктивної поведінки юнаків з інтелектуальними порушеннями безпосередньо залежить від їх індивідуальних особливостей, які були описані на констатувальному етапі дослідження: імпульсивності, тривожності, агресивності, асоціальності, невпевненості, замкнутості, естетичної нечуттєвості. Високий ступінь вираженості цих якостей розглядався в якості преморбідних характеристик для виникнення адиктивної поведінки.

Запропонована нами програма корекції адиктивної поведінки підлітків з обмеженими можливостями здоров'я, базується переважно на поведінковому підході [89], з урахуванням принципів роботи з особами, що мають інтелектуальні порушення [177].

Поведінковий компонент психокорекції передбачав:

- збагачення уявлень про міжособистісні стосунки;
- навчання комунікативним навичкам та соціальним умінням. посилення соціальної спрямованості поведінки юнаків;
- формування навички переносу адаптивних моделей поведінки в практику реального спілкування.

Ці завдання були спрямовані на попередження та корекцію порушених взаємин із соціумом у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я.

У процесі занять увага приділялася розвитку таких комунікативних умінь:

- описи поведінки з наданням зворотного зв'язку;

- повідомлення про свій внутрішній стан, розуміння та прийняття своїх та чужих почуттів;
- активне слухання – вміння уважно слухати партнера та розуміти його точку зору;
- емпатія – уявлення про те, що відбувається у внутрішньому світі іншої людини;
- продуктивна конфронтація, що передбачає позитивні взаємини з іншою людиною.

Соціальні навички є сполучною ланкою між особистістю та соціумом. Внаслідок обмежених можливостей юнаків з інтелектуальними порушеннями, їх невдалого досвіду спілкування, соціальні навички не засвоюються ними повною мірою. Тому формування соціальних навичок, адаптивних стратегій поведінки є важливим завданням психокорекції та профілактики адиктивної поведінки.

Корекція емоційної сфери здійснювалася на всіх етапах психокорекції, оскільки схильність до адиктивної поведінки знаходиться в тісній залежності від можливості особистості емоційно адекватно реагувати на будь-які події в житті. Ця якість формується на основі усвідомлення, що потребує ретельної попередньої роботи. Важливим завданням було не тільки навчити юнаків виражати емоції, але й розуміти прояви емоцій інших людей. Учасників знайомили з базовими емоціями та почуттями. Відзначалося, що саме емоції відображають стан задоволеності потреб особистості. У процесі рольових ігор здійснювалося навчання створювати та передавати певний емоційний стан людини шляхом наслідування, відтворювати експресивні дії, жести, міміку за зразком. Усвідомлення власних емоцій підвищувало соціальну активність юнаків, сприяло саморегуляції емоційних станів.

У процесі психокорекційної роботи здійснювався вплив на індивідуально-особистісні характеристики юнаків з обмеженими можливостями здоров'я.

Оскільки алко- та наркозалежність розглядається вченими як імпульсивний невроз, а також враховуючи органічну природу інтелектуальних порушень, цілком очевидно, що імпульсивність цієї категорії осіб є досить стійкою якістю, яка погано піддається корекційному впливу. Вона пов'язана з первинним дефектом цієї нозології – зниженою функцією контролю кори великих півкуль головного мозку й відповідно свідомої регуляції [177, с. 309-310]. Особам з інтелектуальними порушеннями властива інертність нервових процесів, недосконалість мислительних функцій, знижена критичність що зумовлює труднощі формування вольової регуляції поведінки. Це потребує визначення умов, що сприятиме розвитку здатності до саморегуляції власної поведінки.

Вченими визначено такі умови, що сприяють формуванню здатності до самоконтролю в юнаків з неадаптивною поведінкою [182, с. 58-61]:

1) Формування у юнаків нових мотивів адаптивної поведінки має ґрунтуватися на змісті мотивів, які є «реально діючими», мають особистісний зміст. Спочатку за суміжністю мотивів, а потім за власним досвідом нові дії будуть мати позитивний сенс.

2) Введення обмежувальних цілей при складності вихідного завдання, що змінює поведінку особи та впливає на результати роботи. Обмежувальна мета при виконанні діяльності одночасно дозволяє виконати вимогу та реалізувати прагнення припинити нецікаве заняття, вирішуючи тим самим конфлікт між протилежними мотиваційними тенденціями. Обмежувальну мету слід надавати в початковий період «перенасичення» [194, с. 59].

3) Розчленування складної форми поведінки, яка вимагається від юнака, на відносно самостійні та невеликі дії. Для осіб з інтелектуальними порушеннями додається необхідність додаткової репетиції – переживання

окремих елементів складної дії. Корисним буде навчання за алгоритмом у процесі рольових ігор при навчанні їх правилам соціальної поведінки.

4) Застосування регулювальної функції внутрішнього мовлення. Для подолання імпульсивних дій необхідно надавати чіткі інструкції та вимагати підпорядкування мовним вказівкам. Інструкції мають бути підкріплені показом та багаторазовим повторенням, відпрацьовуватися на матеріалі різних ситуацій [177].

5) Навчання процесу планування діяльності. Впродовж цього процесу здійснюється формування цілепокладання. У дослідженнях школи В. Синьова описано алгоритм розвитку причинно-наслідкових зв'язків, обґрунтування дії до початку роботи та після неї, визначення помилок та їх опрацювання [177].

Перелічені умови сприяють розвитку саморегуляції особистості, що буде позитивно впливати на зниження проявів імпульсивності в поведінці юнаків з інтелектуальними порушеннями.

Як зазначалося, однією з загальних якостей алкозалежних є низький поріг тривожності, яка являє собою переживання віддаленої і неясної небезпеки та вказує на наявність внутрішнього конфлікту. Зазвичай конфлікт відбувається між неприйнятними імпульсами несвідомого і психічними силами, спрямованими на придушення цих імпульсів. У процесі психокорекційної роботи з юнаками з обмеженими можливостями здоров'я ми фіксували у них хворобливий стан, що нерідко супроводжується неприємними фізичними відчуттями. Психологічно вони відчують, що з ними відбувається, проте не можуть точно його описати.

Зниженню тривожності сприяє створення таких умов:

- 1) створення відчуття безпеки та захищеності;
- 2) стимулювання пацієнта до саморозкриття, можливості вільно говорити про свою хворобу;
- 3) навіювання впевненості в силах і можливостях пацієнта;
- 4) моделювання ситуацій з гарантованим успіхом;

- 5) створення умов для корекції емоційного досвіду;
- 6) формування вміння оцінювати та аналізувати власну діяльність, адекватно ставитися до її результатів;
- 7) навчання уміння усвідомлювати власні потреби, адекватно оцінювати можливість їх задоволення, формувати навички їх коригування.

Так само, як і імпульсивність, тривожність важко підлягає корекції. Психокорекційна робота проводиться психологом з орієнтацією на особистісні якості клієнта, індивідуальні витоки тривожності, наявність конкретних страхів і фобій. Водночас, як засвідчує досвід роботи, не слід приховувати від пацієнтів інформацію щодо небезпечності їхнього стану. Певна міра страху може виявитися цілющою в системі подолання адиктивної поведінки, необхідно допомогти пацієнту конструктивно скористатися цим страхом, стимулювати інстинкт самозбереження.

При подоланні проявів агресивності у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я слід враховувати всі чинники, що зумовлюють агресивну поведінку, пам'ятати, що агресія завжди «історична», значною мірою вона обумовлена соціальною ситуацією розвитку. У психокорекційній роботі можна попередити чи обмежити прояв різних форм агресії.

При проведенні психокорекційної роботи фахівцям необхідно виявляти стриманість і терпіння, пам'ятаючи, що ці особи самі страждають від переживання несприятливих станів. Перевести активність агресивної особи в конструктивне русло допоможе вивчення її інтересів і схильностей, надання можливості задовольнити потреби в самовираженні й самоствердженні, соціальному схваленні.

Корекція агресивності має проводитися одночасно з корекцією асоціальності – одним із найскладніших і прогностично несприятливих особистісних розладів, які проявляються не стільки різними симптомами, скільки порушенням поведінки. Слід пам'ятати, що дійсно асоціальну, психопатичну особистість не слід порівнювати з особою, що внаслідок

складних внутрішніх невротичних конфліктів має схильність до адиктивної поведінки. Юнаки з обмеженими можливостями здоров'я переважно складають саме таку групу. Імпульсивність в задоволенні потреб, нездатність примиритися з їх незадоволенням провокують у них напади агресивності в ситуаціях фрустрації.

Подолання проявів естетичної нечутливості переважно здійснювалася у процесі арт-терапевтичних вправ, через створення естетичного оточення, підвищення культури міжособистісних взаємин. Стимулювання їх до творчості та естетичних почуттів сприяли створенню умов для усунення негативних переживань, пов'язаних з комплексами меншовартості та неповноцінності.

Корекція соціально обумовлених якостей особистост здійснювалася з орієнтацією на структуру дефекту. Внаслідок інтелектуальних порушень, у юнаків складно формуються моральні та соціальні норми. Як зазначають вчені, ці особи погано розуміють, яка поведінка соціально схвалена, яка погана, міжособистісні стосунки оцінюють за несуттєвими ознаками, дуже часто вибирають ідеальні образи за суто зовнішніми ознаками та наслідують їх поведінку [177].

Саме тому на цьому у процесі психокорекції важливим є формування уявлень про соціальні та моральні норми поведінки. Це здійснювалося шляхом відтворення соціальних взаємин у процесі сюжетно-рольової гри та гри-драматизації, що сприяло закріпленню та перенесенню в нові умови вже сформованих навичок соціально схваленої поведінки та шляхів вирішення складних життєвих ситуацій. На основі отриманого досвіду спеціально моделювались проблемні ситуації.

Провідною стратегією корекційної роботи є організація активної діяльності осіб юнацького віку з інтелектуальними порушеннями у співробітництві з терапевтом. Важливим завданням є активний вплив на них, переконання зменшити кількість вживаного алкоголю чи зовсім припинити пити. Один із головних доводів заснований на тому, що ранне

виявлення та завчасне короткочасне втручання можуть попередити розвиток тяжких форм залежності. Ще одним аргументів є той, що результати лікування та психосоціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на алкозалежність, будуть набагато ефективнішими, якщо захворювання виникло не так давно, а соціальна активність пацієнта порушена незначною мірою.

Таким чином, особливості юнаків з обмеженими можливостями здоров'я, виявлені в дослідженні, обумовлюють необхідність застосування певних технологій психокорекційної роботи. Основними напрямками роботи в системі психологічної корекції адиктивної поведінки є: інформування юнаків про механізми впливу алкоголю та наркотиків на психіку та особистість, визначення причин, проявів і наслідків залежності; вироблення в них стратегій високофункціональної поведінки; розвиток стійкості до негативних соціальних впливів; формування внутрішньоособистісних мотивів і системи цінностей здорового способу життя; розширення кола видів діяльності, альтернативних до залежної поведінки, розвиток особистісних ресурсів і навичок досягнення поставлених цілей у реальному житті.

3.3. Програма тренінгу з подолання адиктивної поведінки

У системі психокорекційної роботи, що включала психодіагностичні, просвітницькі, психопрофілактичні, консультативні заходи, важлива роль належала проведенню тренінгу інтегративного типу з використанням різноманітних психологічних технік.

Крім основного, на початку та по завершенню занять передбачались установчий та інтегруючий блоки. Завданням установчого блоку виступали: створення групи як цілого, формування позитивного настрою на заняття, визначення особливостей поведінки та спілкування в групі. На

завершальному етапі (інтегруючий блок) проводилася робота з узагальнення досвіду занять. Послідовність проведення блоків була обумовлена тим, що досвід від попередніх занять складав підґрунтя для проведення наступних.

Програма тренінгу «Незалежність»

I блок – установчий (мотиваційний).

Завдання установчого блоку: створення групи як цілого, формування позитивного настрою на заняття, визначення особливостей поведінки та спілкування в групі. На цьому етапі застосовувалися методи арт-терапії для встановлення контакту, відображення сильних емоцій, створення мотивації для продуктивної діяльності.

I блок - основний.

Завдання основного блоку: інформування учасників про механізми впливу алкоголю та наркотиків на психіку та особистість, визначення причин, проявів та наслідків залежності; вироблення стратегій адаптивної поведінки; розвиток стійкості до негативних соціальних впливів; формування мотивів і цінностей, пов'язаних зі здоровим способом життя; розширення кола продуктивних видів діяльності; розвиток особистісних ресурсів і навичок цілепокладання.

Інформаційний етап «Що таке адикція?»

Час проведення: 60 хв.

Цей етап можна побудувати за принципом лекції, або в інтерактивній формі групової дискусії.

Метою даного етапу є вивчення проблеми залежності, її впливу на всі сторони життя людини.

Впродовж цього етапу обговорюються відповіді на наступні питання:

Що таке залежність (адикція)?

Які зустрічаються види залежностей?

Як формується залежність?

В чому полягає негативний вплив залежності на особистість?

Учасники групи обговорюють вплив залежності від алкоголю та наркотиків на фізичне та психічне здоров'я людини.

Після проведення групової дискусії психолог підводить підсумки, надає додаткову інформацію про вплив наркотиків на всі аспекти життя людини.

Дискусія «Мій друг алкозалежний»

Час проведення: 25 хв.

Завдання дискусії: виробити кілька різних стратегій поведінки, які дозволяють допомогти близькій людині з алкозалежністю. Ведучий пропонує групі обговорити питання: «Як слід будувати відносини з тими, хто має алкозалежність?»

Ця вправа дає змогу учасникам подивитися на себе поглядом стороннього спостерігача, що сприяє усвідомленню проблеми алкозалежності. Учасники висловлюють свої ідеї та думки з заданої теми. Висловлювання обговорюються та доповнюються учасниками групи.

Ведучий направляє хід обговорення, виявляє нелогічні моменти, уточнює правильність розуміння групою окремих висловлювань.

Приклади рухових вправ:

1) Гра - розминка «Австралійський дощ» (5 хв.)

Мета: забезпечити психологічне розвантаження учасників.

Хід вправи:

Учасники стають в коло. Інструкція: Чи знаєте ви що таке австралійський дощ? Ні?

Тоді давайте разом послухаємо, який він. Зараз по колу ланцюжком ви будете передавати мої рухи.

Як тільки вони повернуться до мене, я передам наступні. Слідкуйте уважно!

В Австралії піднявся вітер. (Ведучий піднімає догори долоні).

Починає капати дощ. (Клацання пальцями).

Дощ посилюється. (Почергові хлопки долонями по грудях).

Починається справжня злива. (Хлопки по стегнах).

А ось і град - справжня буря. (Тупіт ногами).

Але що це? Буря стихає. (Хлопки по стегнах).

Дощ вщухає. (Хлопки долонями по грудях).

Рідкісні краплі падають на землю. (Клацання пальцями).

Тихий шелест вітру. (Потирання долонь).

Сонце! (Руки вгору).

Питання для обговорення:

Чи легко вам було виконувати цю вправу?

Чи не заплутувалися ви в ході виконання завдань?

Ваші враження з проведеного вправі?

2) Вправа «Залежність»

Мета: виявлення типових точок зору з питань залежності.

Хід вправи:

Запропонуйте свій варіант пропозиції, початок якого:

- Коли я спілкуюся з людиною, залежною від алкоголю ...
- У спілкуванні з залежними людьми найважче мені буває ...
- Своє співчуття до залежній людині я проявляю через ...
- Коли я спостерігаю поведінку залежної людини, я розумію ...
- Ситуація, в якій став залежним ...
- Коли я помічаю, що стаю залежним від кого або чого-небудь, я ...
- Бути незалежним для мене означає ...
- Я розумію, що залежність - це ...

3) Вправа «Скульптура залежності»

Мета: знайомство з залежністю через рівень тілесного відреагування.

Хід вправи:

Розбийтеся на пари (трійки) і складіть свою скульптуру залежності.
Обговорення.

4) Вправа «Колаж на вільну тему»

Мета: розкриття потенційних можливості людини

Вправа передбачає велику ступінь свободи, є недирективним методом роботи з особистістю, спирається на позитивні емоційні переживання, пов'язані з процесом творчості.

Крім того, при виготовленні колажу не виникає напруги, пов'язаного з відсутністю в учасників художніх здібностей, ця техніка дозволяє кожному отримати успішний результат. Колажування дозволяє визначити існуючий на даний момент психологічний стан людини, виявити актуальний зміст його самосвідомості, його особистісні переживання.

Значно розширити можливості техніки колажування може її інтеграція з іншими арт-технологіями. Прикладом може служити включення в колаж малюнків, особистих фотографій учасників, авторами яких вони є, або на яких вони зображені, а також використання колажу в перформансі та інсталяції.

Матеріали: ватман, прості олівці, глянцеві журнали, клей, відповідна робота музика і фантазія учасників.

Хід вправи:

Група сідає під коло столу, їм пропонуються ватман, прості олівці, глянцеві журнали і клей.

Питання для обговорення:

Чи легко було визначитися з темою?

Чи були труднощі при виборі малюнка?

Чи виникали розбіжності в ході роботи?

5) Вправа «Точка опори»

Обладнання: аркуші паперу, ручки.

Хід вправи:

- У ситуаціях, в яких домоглися успіху, ми відчуваємо себе впевнено. А що для вас це означає? (Обговорити) Напишіть, що вам для цього необхідно.

- Ми звикли вважати, що робота над собою і самовдосконалення припускають тільки аналіз помилок і боротьбу зі своїми недоліками.

Однак є ще одна важлива сторона роботи над собою, вона полягає у виявленні в собі друга й помічника.

У кожного з нас є свої сильні сторони, але виявити їх буває нелегко. Деякі люди навіть вважають, що не володіють ні якими якостями, які могли б послужити для них внутрішньою точкою опори.

- Зараз кожен учасник тренінгу протягом 3-4 хвилин повинен подумати і розповісти про свої «сильні сторони», про те, що дає йому почуття внутрішньої впевненості, що є точкою опори в різних життєвих ситуаціях.

Запитання:

які були відчуття під час виконання вправи?

що було спільного у висловлюваннях учасників?

б) Вправа «Слова на літери імені»

Мета: стимулювання учасників до усвідомлення проблеми залежності.

Хід вправи:

Учасників просять розповісти про спонтанні асоціації за темою «Алкоголь та наркотики», «Залежність і здоров'я», «Адикція».

Обговорення.

Описати своє ставлення до життя.

Як би ви описали своє життя? Обговорити з учасниками поняття оптимізму і песимізму, позитивного і негативного мислення.

Нехай учасники відзначать літерою «О» свої позитивні життєві історії, а буквою «П» - песимістичні описи.

Провести обговорення в групі.

Я себе відчуваю чудово, коли....

У таких випадках я.....

Я себе відчуваю жахливо, коли....

У таких випадках я.....

7) Вправа «Тиха дискусія»

Мета: стимулювання учасників до усвідомлення проблеми залежності.

Хід вправи:

Провокаційне твердження пишеться в центрі великого аркуша паперу і пропонується групі. Кожен член групи повинен спочатку, не обговорюючи з іншими, записати на папері свою думку чи зауваження з даного вислову. Потім кожен може письмово висловити свою точку зору на зауваження, записані іншими учасниками. На завершення цієї дискусії можна обговорити враження учасників в ході дискусії та її результати.

Провокаційні тези:

Залежним і тим, хто схильний до залежностей, можна допомогти.

Учителям та батькам слід було б приймати більш рішучі заходи відносно залежних.

Молодь занадто мало інформують про види залежності.

Тому, хто став залежним, не пощастило.

8) Вправа «Інтерв'ю з партнером»

Мета: Визначення рівня знань і спрямованості інтересів учасників групи.

Хід вправи:

Учасники (у парах) беруть один у одного інтерв'ю за допомогою підготовленої анкети. Потім кожен представляє результати (свого партнера) всій групі, при цьому результати можуть записуватися на плакаті.

Анкета.

Про що ти згадуєш, коли чуєш: «залежність і здоров'я», «адикція»?

Не міг би ти згадати про почуття, які ти відчуваєш з цього приводу?

Які види залежності ти знаєш?

Як ти вважаєш, чому людина стає залежною?

Чи вважаєш ти, що такі залежності, як алкогольна, наркотична залежність або якісь інші відіграють суттєву роль і в твоєму житті?

Які питання у зв'язку з темою «Залежність і здоров'я», «Адикція» ти б хотів обговорити на заняттях?

9) Вправа «Особистість залежного» (за Рольфом Хартеном)

Мета: формування у учасників уявлень щодо того, що не існує особливої особистості – залежної людини, а кожен з нас має властивості, які приписуються залежним. Залежність – це тема, яка стосується усіх, у різних проявах і з різними наслідками.

Хід вправи:

Кожен учасник отримує по аркушу, де написані різні риси характеру. Червоним олівцем треба помітити хрестиком 6 рис (3 позитивних і 3 негативних), які характеризують власну особистість. Листи збирають і розподіляють заново. Потім зеленим олівцем треба відзначити 6 рис, які найбільше характеризують залежну особистість. Листи ще раз збирають і знову розподіляють. У 3-ій раз синім олівцем слід зазначити властивості, які можуть допомогти не стати залежним.

Підведення підсумків:

Названі риси характеру записуються на дошці або на великому аркуші паперу – відповідно різним кольором для кожної рубрики, результат пропонується для обговорення. При підведенні підсумків з'ясовується, що одні й ті ж риси з'являються не тільки в одній рубриці, наприклад, «ненадійність» можна виявити як при описі власної особистості, так і у рубриці «риса характеру, притаманні залежній людині». Виникають

питання: «Ненадійні люди є адиктами? Адикти – ненадійні люди? Куди я віднесу себе самого?». З приводу третьої рубрики, де зібрані властивості, що захищають від небезпеки стати залежним. Учасники можуть виступити з власними уявленнями про профілактику адикцій і разом пошукати шляхи вирішення проблеми.

Риси характеру:

товариський

неврівноважений

рівноважений

обережний

поверхневий

боягузливий

похмурий

байдужий

безпосередній

злегка пригнічений

добродушний

слабовольний

імпульсивний

егоїстичний

безпорадний

розпущений

який не вміє володіти собою

неприспосований

вміє володіти собою

сором'язливий

відкритий

чутливий

впевнений

стриманий

невпевнений
готовий допомогти
ненадійний
ґрунтовний
нервовий
спокійний
замкнутий
самокритичний
боязкий
витривалий
меланхолійний
образливий
поступливий
непосидючий
агресивний
наполегливий
мужній
недовірливий
легко збудливий
самовпевнений
надійний
слабовольний
поривчастий
терплячий

10) Гра «Наслідки»

Мета: стимулювання учасників групи до прогнозування наслідків власної поведінки.

Хід вправи:

Учасники беруть по черзі картки. Кожний зачитує картку і вислуховує.
Наслідки (5 осіб) (своєї поведінки): «Я твій наслідок, і я кажу тобі ...»

Наслідок 1. «Я твій перший наслідок, і я кажу тобі, що якщо ти це зробиш зараз, то ...»

Наслідок 2. «Я твій наслідок 2, і я кажу тобі, що через тиждень ...»

Наслідок 3. «Я твій наслідок 3, і я кажу тобі, що через місяць ...»

Наслідок 4. «Я твій наслідок 4, і я кажу, що в зрілі роки ...»

Наслідок 5. «Я твій наслідок п'ятий, і я кажу тобі, що наприкінці життя ...»

Наслідок - 1 повідомляє, що послідує «зараз після скоєного суб'єктом вчинку».

Наслідок - 2 попереджає, що очікує суб'єкта «через тиждень».

Наслідок - 3 малює картину «через місяць».

Наслідок - 4 передбачає невідворотне «в зрілі роки».

Наслідок - 5 повідомляє про підсумок, до якого прийде суб'єкт в кінці життя.

Вислухавши передбачення майбутнього, суб'єкт приймає рішення: або він відмовляється здійснювати надалі зроблене, або він затверджується в значимості для свого життя того, що він здійснює. Постійно змінювати наслідки для іншої людини.

Зміст карток:

«Я приніс і вручив квіти хорошій людині».

«Я грубо посміявся над кимось»

«Я помив підлогу в квартирі, поки мама була на роботі».

«Я люблю похвалитися».

«Я почав грати в комп'ютерні ігри».

«Знайшов чийсь гаманець і привласнив собі гроші»

«Мені 16 років. Я почав віртуальні стосунки»

«Я багато читаю».

«Почав вранці робити зарядку».

«Потихеньку списую всі контрольні роботи у сусіда».

«Сказав некрасивій дівчині, що вона негарна».

Рефлексія: що думалося під час гри?

11) Вправа «Історії на тему «Радощі життя»

Мета: учасників спонукають до роздумів про те, що приносить або могло б приносити їм радість в житті.

Хід вправи:

Проведення відбувається в малих групах по 2-3 особи. Перед учасниками розкладаються картинки / фотографії (повинно бути задіяно якомога більше сфер життя: любов, дружба, навчання, вільний час, робота, сім'я). 5 хвилин учасники в групах пишуть історію по своїй картинці. Після цього вони переміщуються до наступної картинки і продовжують історію. Історії зачитуються і обговорюються.

12) Вправа «Сонце радості»

Мета: формування якостей самоактуалізованої особистості

Хід вправи:

Кожен індивідуально малює сонце: коло і від нього розходяться промені. На кожному промені треба написати те, чому людина радіє в житті (спілкуванню, батькам, катанню на велосипеді, кіно тощо). Потім учасники діляться своїми «сонячними променями» один з одним.

Щоб не стати рабом залежності, потрібно:

- Бути чесним самим з собою, усвідомлювати свої проблеми, не заганяючи їх всередину.

- Бути доброзичливим по відношенню до оточуючих.

- Добре ставитися до себе, не забуваючи хвалити себе за успіхи, це дає стимул до подальших досягнень.

- Частіше бувати на природі в будь-який час року. Людина, що знаходиться в гармонії з природою, знаходиться і в гармонії з собою. Такій людині не потрібні додаткові допінги.

- Вміти вчасно відпочивати і розслабитися, проводити більше часу з приємними для вас людьми.

13) Вправа «Навіщо люди вживають алкоголь»

Мета: усвідомлення причин проблеми залежностей.

Хід вправи:

Мозковий штурм з приводу причин, що спонукають людину до алкозалежності. Один фіксує їх на ватмані. Узагальнення та аналіз того, як можна по-іншому задовольнити свої потреби.

14) Вправа «Маріонетка»

Мета: асоціації відносин «алкоголь - залежний», в сім'ї або в компанії однолітків. Можливість випробувати стан, коли сам залежиш або залежать від тебе.

Хід вправи:

Розбийтеся на трійки: «маріонетка» і 2 «ляльководи». Розіграйте маленьку сценку, в якій «ляльководи» управляють рухами «маріонетки». По черзі підгрупи показують свої сценки. Аналіз почуттів.

15) Вправа «Портрет адикта»

Мета: переживання ситуації залежного.

Хід вправи:

Намалюйте портрет алкозалежної людини (не обов'язково зображення людини). Виставка та обговорення малюнків.

16) Гра «Хазяїн настрою»

Дитині пред'являється декілька реалістичних зображень дитячого обличчя, що виражає: спокій, здивування, радість, смуток тощо. Повідомляється, що до неї збираються гості, які прислали свої фотографії. Пропонується скласти розповідь, в основі якої лежить передбачення того, що могло викликати саме такий настрій та пропозиціями, як можна втішити ображеного, відповісти на запитання здивованого, порадити разом з усміхненим. В кінці гри дитину слід нагородити символічним призом «За створення хорошого настрою», зазначивши при цьому, що людина у більшості випадків здатна сама покращити настрій собі та іншим.

17) Вправа «Подія майбутнього»

Перед проведенням цієї вправи слід актуалізувати увагу учасників на існуванні минулого, теперішнього та майбутнього часу, які однаково важливі в житті кожної людини. З цієї метою ставляться такі питання та обговорюються відповіді на них:

- Що ти пам'ятаєш з минулого?
- Кілька років тому відбулися ці події?
- Що найцікавіше відбувається в твоєму житті сьогодні?
- Що зараз найбільш тебе засмучує?
- Яких подій ти очікуєш у майбутньому?
- Як ти гадаєш, через який час вони відбудуться?

Кожному учаснику пропонується розповісти про подію, що очікується в майбутньому (наприклад, про плани на вихідні, проведення канікул тощо).

18) Вправа «Завтрашній день»

Учасникам пропонується уявити собі свій завтрашній день та розказати послідовно про його події від ранку до вечора. Через день проводиться обговорення, де вони розповідають про те, чи точним виявився

їхній прогноз, чи вдалося комусь передбачити певні ситуації, які траплялися протягом дня.

19) Вправа «Візуалізація»

Ця вправа спрямована на розвиток образного мислення, здатності уявляти певну ситуацію об'єктивно, оцінювати власну роль у ній та роль інших людей. При проведенні цієї справи учасникам надається така інструкція: «Закрийте очі, дихайте рівно та глибоко. Уявіть себе в кінозалі. Ви дивитесь на екран і бачите якусь ситуацію, в якій беруть участь ви та інші люди. Що це за ситуація, яку ви уявляєте собі. Опишіть її».

20) Вправа «Образ настрою»

Ця вправа спрямована на те, щоб допомогти кожному учаснику навчитися усвідомлювати свої переживання, що виступає умовою для розуміння інших людей та самого себе. Чим краще людина розуміє себе, тим краще вона розуміє інших, легше встановлює з ними контакт та взаємодію.

У процесі проведення цієї вправи учасників просять намалювати свій настрій за допомогою форм, ліній, кольору без зображення будь-яких об'єктів. Інструкція може бути такою: «Намалюй, на що схожий твій настрій зараз». Після того, як кожний намалював щось, з ним обговорюють, як різноманітні кольори та форми передають різний настрій та які емоції вони викликають у різних людей. Наприклад, червоний колір може передавати страх або тривогу, плавні м'які форми є більш заспокійливими, ніж загострені.

21) Вправа «Фантом»

Ця вправа допомагає людині усвідомити зв'язок емоцій з тілесними відчуттями, сприяє розвитку уявлень про власне тіло та передбаченню своєї поведінки. При проведенні цієї вправи кожному учаснику видається листок

із схематичним зображенням людського тіла – «фантомом» та олівці синього, червоного, жовтого та чорного кольорів.

«Уявіть, що зараз ви дуже сильно розсердились на когось або на щось. Можливо, вам буде легше це уявити, згадавши якийсь недавній конкретний випадок. Постарайтеся відчутти свій гнів усім тілом. Відчуйте, де в тілі знаходиться ваш гнів. Можливо, він схожий на вогонь у животі? Або у вас стискаються кулаки? Зафарбуйте ці ділянки червоним олівцем на своєму малюнку. Тепер уявіть, що ви раптом злякалися чогось. Що вас може налякати? Уявили? Де знаходиться ваш страх? На що він схожий? Зафарбуйте чорним олівцем це місце на своєму малюнку». Аналогічно пропонувалося дітям позначити синім олівцем, де вони переживають сум та жовтим – радість.

III блок – інтегруючий

Завдання блоку: обговорення, узагальнення досвіду занять, закріплення ресурсів особистості, вільної від алкозалежності.

3.4. Оцінка ефективності психокорекційної програми

Проведення психокорекційної роботи в малих групах засвідчило позитивні зміни у ставленні учасників до власного психічного здоров'я, усвідомлення негативного впливу адикції, що було виявлено в процесі проведення брифінгу.

Своєчасне проведення заходів, спрямованих на профілактику та корекцію залежності у юнаків сприяло попередженню рецидивів та досягнення стійкої ремісії шляхом зниження в них рівня залежності.

Наведемо приклади анамнестичних даних, що ілюструють динаміку та ефективність психокорекційної роботи.

1. Михайло Б. 16 років. Проживає з мамою, отчимом та молодшою сестрою (8 років). В сім'ї відносно нормальне і дбайливе відношення до

дітей. Михайло почав вперше в житті вживати алкоголь в 14 років. За останній рік різко погіршилась успішність в школі, почали виникати часті конфлікти з родичами стосовно вживання алкоголю. Розпочав палити електронні цигарки з 14 років. З 6 років стоїть на обліку в дитячого психіатра стосовно абсансної форми епілепсії. Отримує протиепілептичне лікування. За останній рік самостійно припинив вживання протиепілептичних препаратів, що негативно вплинуло на перебіг хвороби та частоту нападів. Різко знизилась когнітивні функції (мислення, пам'ять, увага). На зауваження батьків стосовно шкідливого впливу алкоголю на організм людини та перебіг хвороби не реагував. Після чергового вживання алкоголю з однолітками виникла гостра інтоксикація з втратою свідомості та розладами сприйняття. Михайло був доставлений каретою швидкої допомоги в тяжкому стані у відділення гострих інтоксикацій лікарні, де йому була надана невідкладна допомога. Водночас проводилась психокорекція адиктивної поведінки, робота з сім'єю. Лікування і психокорекція дали позитивні результати, він перестав вживати алкоголь і палити електронні цигарки.

2. *Христина В. 16 років.* Проживає з мамою, яка розлучилась з чоловіком, коли їй було 2 роки. Батько зловживає алкоголем по теперішній час. В сім'ї були присутні епізоди фізичного насильства зі сторони батька, коли вони проживали разом. З 5 років стоїть на обліку в психіатра з приводу відставання в інтелектуальному розвитку. Батько відносин з донькою не підтримує. За останні 5 місяців у Христини різко знизилась успішність у школі, з'явилися нові знайомі старшокласники і почали виникати часті конфлікти з мамою. Спостерігалися систематичні пропуски в школі без поважних причин, що було відзначено класним керівником. Неодноразово приходила додому в нетверезому стані, на зауваження матері не реагувала. В один із днів батькам зателефонували на мобільний телефон і повідомили, що їх дитина потрапила до лікарні з тяжким отруєнням речовиною нейротропної дії. При токсикологічному дослідженні було виявлено в крові

дівчинки амфетамін та алкоголь у великій кількості. Пацієнтка зізналась, що 5 місяців систематично вживає амфетамін та алкоголь. У відділенні гострих інтоксикацій було проведено детоксикацію та психотерапевтичну корекцію адиктивної поведінки. На фоні проведеного лікування та психотерапевтичного втручання ремісія складала 3 місяці. Пацієнтку повторно госпіталізували з гострою інтоксикацією.

3. *Тарас М. 17 років.* Проживає з бабусею. Батьки загинули в автокатастрофі, коли йому було 5 років. З анамнезу відомо, що у хлопчика відмічались складності комунікацій з іншими дітьми в дошкільних закладах. У 8 років пішов навчатися до ЗОШ де відмічались складності в навчанні та комунікації з однолітками. В 3 класі почав інгаляційно вживати токсичні летучі речовини (клей), після чого виникло інтелектуально-амнестичне зниження. В 10 років був взятий на облік до психіатра зі зниженням інтелектуальних функцій. Тарас після 3-го класу продовжив навчання вдома за індивідуальною програмою. Неодноразово потрапляв у відділенні гострих інтоксикацій лікарні з ознаками гострої інтоксикації речовини нейротропної дії (алкоголь, амфетамін, каннабіноїди). Було проведена дезінтоксикаційна терапія та психокорекція адиктивної поведінки пацієнта в стаціонарі. Була досягнута ремісія до 3 місяців.

Ці випадки ілюструють поєднання біологічних та соціальних чинників виникнення адиктивної поведінки, що важко піддаються психокорекційним впливам. Це обумовило необхідність продовження корекційно-профілактичної роботи з моніторингом динаміки перебігу алкозалежності.

З метою перевірки ефективності психокорекції нами було проведено формувальний експеримент, в якому було задіяно 40 юнаків з обмеженими можливостями здоров'я, 20 з них – учасники експериментальної групи – були охоплені комплексною медико-психологічною корекцією, 20 – в контрольній – отримували лише медикаментозне лікування. Психокорекція проводилася як у малих групах, так і індивідуально. Термін психокорекційної роботи складав 4 тижні.

Оцінка ефективності психокорекційної програми здійснювалася як на основі зовнішніх, об'єктивних критеріїв (тривалості ремісії, повторних рецидивів, досягнень у соціалізації), так і виміру психологічних характеристик, високий ступінь вираженості яких визначався в якості передумов для виникнення адиктивної поведінки.

Приклади якісного складу вибірки, з визначенням діагнозу, з оцінкою ефективності комплексного психокорекційного впливу у формі наявності повторної госпіталізації та тривалістю ремісії) представлено в Табл. 3.2.

Таблиця 3.2

**Оцінка ефективності комплексної корекції юнаків з обмеженими
можливостями здоров'я (експериментальна група)**

Ім'я	Діагноз	Повторна госпіталізація через період часу	Позитивна динаміка (тривалість ремісії)	Соціалізація
Сергій К. 16 років	F-15.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн)	Так	Досягнута нестійка ремісія, менше 4 місяців	Відновив навчання у професійно-технічному училищі
Михайло Б. 16 років	F-10.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Покращення соціальних відносин з батьками

Продовження таблиці 3.2

Вероніка С. 17 років	F-12.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання канабіоїдів)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Покращення соціальних відносин з друзями
Христина В. 16 років	F-19.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання складного лікарського засобу та інших психоактивних речовин)	Так	Досягнута нестійка ремісія, 3 місяці	Покращення соціальних відносин з батьками
Катерина М. 16 років	F-15.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Участь у фізкультурних заходах
Микола В. 16 років	F-10.0 (Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Відновив участь у гуртку технічної творчості
Іван С. 17 років	F-19.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання)	Так	Досягнута нестійка ремісія, 2 місяці	Покращення соціальних відносин з батьками

	складного лікарського засобу та інших психоактивних речовин)			
Дарина К. 17 років	F-10.0 (Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Відновив навчання у професійно-технічному училищі
Каріна П. 16 років	F-15.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Покращення соціальних стосунків з друзями
Дмитро В. 18 років	F-10.0 (Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 6 місяців	Відновив навчання у професійно-технічному училищі
Тарас М. 17 років	F-19.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання складного лікарського засобу)	Так	Досягнута нестійка ремісія, 3 місяці	Участь у мистецькій гуртковій роботі
Вадим С. 16 років	F-10.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Покращення соціальних відносин з батьками

Олександр Ш. 16 років	F-12.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання канабіоїдів)	Так	Досягнута нестійка ремісія, 4 місяці	Відновлення соціальних навичок у побуті
Сергій Т. 16 років	F-15.0 (Гостра інтоксикація внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 6 місяців	Відновлення навчання у професійно-технічному училищі
Тимофій Т. 16 років	F-10.04 (Абстинентний стан з делірієм внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Покращення соціальних відносин з друзями
Віталій З. 16 років	F-10.0 (Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 6 місяців	Відновлення навчання у спец. Школі
Андрій Б. 17 років	F-19.0 (Гостра інтоксикація внаслідок вживання складного лікарського засобу та інших психоактивних речовин)	Ні	Досягнута стійка ремісія, більше 5 місяців	Участь у суспільно-корисних роботах

Продовження таблиці 3.2

Руслан П. 16 років	F-19.52 Психотичний розлад переважно галюцинатор ний	Так	Досягнута нестійка ремісія, 4 місяці	Покращення соціальних відносин з батьками
Олексій К. 18 років	F-10.04 (Абстинентни й стан з делірієм внаслідок вживання алкоголю)	Ні	Досягнута стійка ремісія, 5 місяців	Відновлення навчання у професійно- технічному училищі
Ігор Д. 17 років	F-10.0 (Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю)	Так	Досягнута нестійка ремісія, 3 місяці	Покращення соціальних відносин з Батьками

Як ілюструє таблиця, юнаки з обмеженими можливостями здоров'я характеризувалися різною клінічною картиною алко- та наркозалежності, перебували у різному стані важкості, на різних стадіях адикції, мали різну тривалість ремісії та різні показники досягнень щодо їхньої соціалізації.

У процесі проведення психокорекції при повторному тестуванні фіксувалися зрушення щодо ставлення до власної алкозалежності, змінився розподіл різних типів ставлення в експериментальній групі. Зовнішнім показником була наявність повторних рецидивів, що виявилось набагато меншим у порівнянні з групою, що отримувала лише медикаментозне лікування.

Окрім зовнішніх показників ефективності психокорекційної роботи ми фіксували також певну динаміку індивідуально-психологічних передумов адиктивної поведінки, що відображено в Табл. 3.3. (в таблиці зазначена кількість респондентів з високим ступенем вираженості певної якості).

Таблиця 3.3.

**Особливості динаміки індивідуально-психологічних передумов
адиктивної поведінки у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я
до та після проведення психокорекції**

Показники	Експериментальна група		Контрольна група		Критерій вірогідності (<i>хі-квадрат</i> Пірсона)
	до	після	до	після	
Тривожність	60%	45 %	60 %	55 %	3,75
Імпульсивність	50 %	35 %	50 %	45 %	2,83
Агресивність	50 %	30 %	50 %	40 %	3,88
Асоціальність	45 %	25 %	45 %	45 %	3,91
Невпевненість	60 %	40 %	60 %	55 %	4,16
Замкнутість	35 %	15 %	35 %	30 %	3,84
Естетична нечутливість	45 %	30 %	45 %	45 %	2,92

Проведення підсумкової діагностики засвідчило певні зрушення в індивідуально-психологічних характеристиках юнаків з обмеженими можливостями здоров'я в бік їх нормального розподілу. Водночас найбільш пластичними для корекції виявилися показники, що мають соціальне значення – агресивність, асоціальність, невпевненість, замкнутість, що виявилися достовірно значущими за коефіцієнтом узгодження розподілів *хі-квадрат* Пірсона при $p=0,05$. У представників контрольної групи, які підлягали лише медикаментозній психокорекції, ці показники мали значно менш виражену динаміку внаслідок лікувальних впливів та спонтанної ремісії.

За результатами проведеної комплексної психокорекційної роботи у 65 % представників експериментальної групи вдалося досягти стійкої ремісії (5 та більше місяців) на відміну від контрольної групи, де така ремісія відмічалася лише у 25 %, решта респондентів мали повторну госпіталізацію в найближчі 3 місяці. Крім того, у всіх представників

експериментальної групи відмічалися позитивні зрушення за такими напрямками соціалізації, як: відновлення навчання у професійно-технічному училищі, відновлення навчання у спеціальному закладі освіти, покращення соціальних відносин з батьками, участь у суспільно-корисних роботах, відновлення соціальних навичок у побуті, відновлення участі в гуртку технічної творчості та участі у фізкультурних заходах, що було зафіксовано в контрольній групі в поодиноких випадках (10 %). Окрім того, внаслідок психокорекційної роботи знизився показник анозогностичного ставлення до адиктивної поведінки від 50 % до 30 %, що сприяло створенню сприятливих умов для подальшої реабілітації.

Висновки до третього розділу

1. Психосоціальна реабілітація молоді з обмеженими можливостями здоров'я та адиктивною залежністю обумовлює необхідність впровадження превентивних та психокорекційних впливів, оскільки раннє виявлення та завчасне короткочасне втручання можуть попередити розвиток тяжких форм залежності. Результати лікування та психосоціальної реабілітації пацієнтів будуть більш ефективними, якщо захворювання виникло не так давно, а соціальна активність пацієнта порушена меншою мірою.

2. Аналіз адиктивних станів у юнаків свідчить про те, що в молоді з порушеннями інтелектуального розвитку цей стан виникає значно раніше порівняно з особами юнацького віку з нормотиповим розвитком та призводить до розвитку тяжких форм залежності, що потребує тривалого та поетапного лікування та психосоціальної реабілітації, у поєднанні медикаментозних та психологічних впливів, важливим компонентом якої є комплексна психокорекція.

3. Мета психокорекції полягала в коригуванні адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я на основі урахування їх індивідуально-психологічних особливостей. Створення корекційної

програми було зорієнтовано на вирішення завдань, які відображали найбільш дефіцитарні шляхи розвитку особистості людей з адиктивною поведінкою, а саме: 1) удосконалення когнітивних структур особистості шляхом розвитку навичок рефлексії, усвідомлення проблеми адиктивної поведінки як неконструктивної, небезпечної; 2) гармонізація особистості, корекція несприятливих індивідуально-психологічних передумов адиктивної поведінки; 3) оптимізація соціальних взаємин осіб з адиктивною поведінкою; 4) формування адаптивних форм поведінки.

4. Система корекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я включала такі компоненти: мотиваційний; інформаційно-когнітивний; операційний; індивідуально-особистісний; емоційно-енергетичний, кожен з яких був спрямований на формування нормативної поведінки. Зокрема, вони охоплювали формування позитивних інтересів, установок і готовності до здорового способу життя, а також розвиток емоційно-вольової стійкості проти залежної поведінки.

5. Апробація програми психокорекції в малих групах засвідчила позитивні зміни у ставленні учасників до власного психічного здоров'я, усвідомлення негативного впливу залежності. Зовнішнім показником була наявність повторних рецидивів, що виявилось набагато меншим у порівнянні з групою, що отримувала лише медикаментозне лікування. Крім того, у представників експериментальної групи відмічалися позитивні зрушення за різними напрямками соціалізації. Внаслідок психокорекційної роботи знизився показник анозогностичного ставлення до адиктивної поведінки, що сприяло створенню сприятливих умов для подальшої реабілітації.

ВИСНОВКИ

1. Залежність є різновидом адиктивної поведінки особистості, що виникає внаслідок її порушеної адаптації до нових умов мікро- та макросередовища. Усім видам залежності притаманні загальні ознаки адиктивної поведінки: стійке прагнення до зміни психофізичного стану; безперервний процес розвитку адикції; циклічність залежної поведінки; закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивної установки, тобто сукупності когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, які викликають адиктивне відношення до життя; надмірне емоційне ставлення до об'єкту залежності; перетворення об'єкту адикції у мету існування; заперечення існування залежності. Адиктивна поведінка виникає як результат складної взаємодії спадкових, біохімічних, соціальних та індивідуально-психологічних чинників.

2. У результаті проведеного емпіричного дослідження було виявлено, що юнаки з обмеженими можливостями здоров'я характеризуються більш високими показниками схильності до адиктивної поведінки порівняно з юнаками з нормотиповим розвитком, що надає їй ознак стійкості та вказує на наявність особистісних якостей, що значно підвищують ризик негативних проявів та подальших рецидивів. Одним з найбільш обтяжливих факторів лікування адикції є переважний анозогностичний тип реагування, що полягає в небажанні усвідомлювати адикцію як хворобу, незнанні про її можливі наслідки. Для цих осіб властиво заперечення очевидних ознак адикції, приписування їх випадковим обставинам. Іншими за мірою частотних розподілів є апатичний тип, що виявляється в байдужості до своєї долі, наслідків хвороби, результатів лікування, та неврастенічний тип, який характеризується поведінкою за типом «дратівливої слабкості», супроводжується роздратуванням, імпульсивними реакціями, що може бути

безпосередньо пов'язано з органічною природою інтелектуальних порушень.

3. Аналіз індивідуально-психологічних особливостей адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями здоров'я виявив високий рівень вираженості таких особистісних якостей, як тривожність, імпульсивність, невпевненість, агресивність, асоціальність, естетична нечутливість, які можуть виступати в якості передумов виникнення адиктивної поведінки, що має мультифакторну природу та обумовлена як біологічними, так і соціальними чинниками. Зниження критичності та адекватної оцінки власних можливостей внаслідок інтелектуальних порушень призводить до когнітивного дисонансу в процесі зіткнення з реальністю, що не може асимілюватися особою та виступає як травмувальний чинник.

4. Встановлено зв'язок між специфікою потребова-мотиваційної сфери особистості та ризиком формування залежності. Найбільш незадоволеними (мотивуючими) потребами у осіб із обмеженими можливостями здоров'я є потреба у забезпеченні достатнього матеріального становища, що безпосередньо пов'язано з переважанням в них алкозалежності внаслідок більшої цінової доступності алкоголю, на відміну від поширеності наркозалежності у їхніх ровесників з нормотиповим розвитком. Водночас незадоволення матеріальних потреб робить для них недоступними окремі види діяльності та розваг. Актуальною є також потреба у безпеці, що супроводжується підвищеною тривожністю та пошуком компульсивних засобів її зниження. При актуальності потреби у міжособистісних стосунках та мотиву її безпосереднього задоволення, у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я недосконаліми є уявлення про інструментальні способи досягнення гармонійних соціальних взаємин. Спрямованість мотивів у юнаків із обмеженими можливостями здоров'я носить переважно побутовий, а не продуктивний характер.

5. Актуальним соціальним завданням наразі є лікування та психосоціальна реабілітація молоді з обмеженими можливостями здоров'я та адиктивною поведінкою. Це обумовлює необхідність превентивних та психокорекційних впливів, оскільки раннє виявлення та завчасне короткочасне втручання можуть попередити розвиток тяжких форм залежності. Аналіз адиктивних станів та їх клініки свідчить про те, що в молоді з порушеннями інтелектуального розвитку цей стан виникає значно раніше порівняно з іншими особами юнацького віку та призводить до розвитку тяжких форм залежності, що потребує тривалого та поетапного лікування та психосоціальної реабілітації, у поєднанні медикаментозних та психологічних впливів. Проведене дослідження дало змогу розробити комплексну систему корекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку із обмеженими можливостями здоров'я в сукупності таких компонентів: мотиваційного, інформаційно-когнітивного, операційного, індивідуально-особистісного, емоційно-енергетичного, кожен з яких спрямований на процес корекції відповідно до критеріїв формування нормативної поведінки.

6. Апробація комплексної психокорекційної програми засвідчила позитивні зміни у ставленні учасників до власного психічного здоров'я, усвідомлення негативного впливу залежності. За результатами роботи, у 65 % представників експериментальної групи вдалося досягти стійкої ремісії (5 та більше місяців) на відміну від контрольної групи, де така ремісія відмічалася лише у 25 %, з повторною госпіталізацією в найближчі 3 місяці, знизився показник анозогностичного типу ставлення до адиктивної поведінки від 50 % до 30%. Крім того, у представників експериментальної групи відмічалися позитивні зрушення за такими напрямками соціалізації, як: відновлення навчання у професійно-технічному училищі, відновлення навчання у спеціальному закладі освіти, покращення соціальних відносин з батьками, участь у суспільно-корисних роботах, відновлення соціальних навичок у побуті, відновлення участі в гуртку технічної творчості та участі у фізкультурних заходах, що сприяло створенню сприятливих умов для

подальшої реабілітації та третинної профілактики адикцій у юнаків з обмеженими можливостями здоров'я.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми адиктивної поведінки юнаків з інтелектуальними порушеннями. Подальшого опрацювання потребує, зокрема, проблема її первинної профілактики як найбільш ефективного засобу превенції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология : учеб. пособие. М. : «Академия», 1999. 672 с.
2. Александров А. А. Психотерапия : учеб. пособие. СПб.: Питер, 2004. 480 с.
3. Алкоголизм : рук-во для врачей / под ред. Морозова Г. В., Рожнова В. Е, Бабаяна Э. А. Москва : Медицина 1983. 432 с.
4. Алпатова Н. С., Хвастунова Е. П., Варфоломеева Т. В. Социологическое исследование проблемы аддиктивного поведения среди учащихся школы-интерната VIII вида. *Современные проблемы науки и образования*. 2014. № 4. URL: <http://surl.li/axwrj> (дата звернення: 23.05.2021).
5. Андреева А. Д., Данилова Е. Е. Изучение психологии в школе как ресурс воспитания психологической культуры молодого поколения страны. *Вестник практической психологии образования*. 2011. Том 8. № 3. С. 5–7. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2011/n3/47699.shtml (дата звернення: 23.05.2021).
6. Андреева И. А. Психологические факторы риска экстремистского поведения у подростков. *Вестник Санкт-петербургского университета МВД России*. Санкт-Петербург, 2007. № 4 (36). С. 163-167.
7. Андроникова О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением. *Вестник Томского государственного педагогического университета*. Томск, 2009. № 9. С. 120-126.
8. Анохіна І. П. Біологічні механізми залежності від психоактивних речовин. *Запитання наркології*. 1995 № 2. С. 27-31.
9. Афанасьев В. С., Гилинский Я. И. Девиантное поведение и социальный контроль в условиях кризиса российского общества. Санкт-Петербург : Изд-во Ин-та социолог. РАН, 1995. 106 с.

10. Бабаян С. А., Гонопольский М. Х. Наркология : учеб. пос. Москва : Медицина, 1990. 180 с.

11. Багулина В. А. Формирование антинаркотической позиции у студентов технического вуза. *Вестник Российского государственного университета им. Канта*. 2009. № 5. С. 89-93. URL : <http://surl.li/axwsj> (дата звернення: 23.05.2021)

12. Балинт М. Базисный дефект: терапевтические аспекты регрессии. 2002. 256 с. URL : <http://surl.li/aygpz> (дата звернення: 23.05.2021)

13. Бартеньев А. Г. Наркотизация российской молодежи: дифференцированность наркотических практик (социологический анализ) : автореф. дис. на соиск учен. степ. канд. соц. наук : 22.00.04. / Нижегород. гос. ун-т им. Н. И. Лобачевского. Нижний Новгород, 2009. 24 с.

14. Бартеньев А. Г. Наркотизм в молодежной среде: идеологическая база наркопотребления, дифференцированность наркотических практик. *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия : Социальные науки*. Нижний Новгород, 2008. № 2. С. 77-74.

15. Бартол К. Психология криминального поведения. *Психологическая энциклопедия*. Москва : междунар. изд., 2004. С. 317.

16. Бартол К. Психология криминального поведения. *Психологическая энциклопедия*. Москва : междунар. изд., 2004. С. 307-310.

17. Бархатова В. П. Эндоканнабиноидная сигнальная система и новые экспериментальные подходы к лечению двигательных нарушений. *Экспериментальная неврология*. 2008. Т. 2. № 1. С. 28-31. URL : <http://surl.li/axwsw> (дата звернення 09.08.2020).

18. Безносков С. П. Профессиональная деформация личности : уч. мат-л. 2004. 272 с. URL : <http://surl.li/aygqj> (дата звернення: 23.07.2020).

19. Безпалько О. В., Капська А. Й., Вайнола Р. Х. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи : модульний курс дистанційного навчання / заг. ред. А. Й. Капської. Київ : ДЦССМ, 2002. 164 с.

20. Белогуров С. Б., Климович В. Ю. Профилактика подростковой наркомании. Навыки противостояния и сопротивления распространению наркомании. Москва : 2003, 96 с.

21. Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А. Психология ранней наркомании / отв. ред. Магомедов Н. М. Самара : «СамВен», 1997. 65 с.

22. Берн Э. Секс в человеческой любви. *Psychology OnLine. Net.* 1990. 132 с. URL : <https://www.psychology-online.net/articles/doc-509.html> (дата звернення 09.08.2020).

23. Битянова М. Р. Организация психологической работы в школе. Серия «Практическая психология в образовании». Москва : Изд-во «Совершенство», 1998. 298 с.

24. Братусь В. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. Москва, 1984. 143 с.

25. Брюн Е. Факты риска. Вторая волна наркомании. *Наука и жизнь.* 2010. № 7. С. 23-25.

26. Булотайте Л. И. Медико-психологическое обследование семей больных алкоголизмом : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.04 / НИПНИ им. В. М. Бехтерева. 1988. 17 с.

27. Бурбо Лиз. Пять травм, которые мешают быть самим собой. 2001. 139 с. URL: http://svitk.ru/004_book_book/5b/1330_burbo-5_travm.php (дата звернення 09.08.2020).

28. Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С. , Жидко М. Е. Психотерапия : учебник для вузов (психологические модели). Изд. 2-е. Питер, 2009. 496 с.

29. Бурмака Н. П. Психологічні чинники формування алкогольної адиктивної поведінки у підлітків та юнацтва : автореф. дис. ...к-та псих. наук : 19.00.04 / Київський національний університет. Київ, 2003. 18 с.

30. Бурмака Н. П. Факторы формирования аддиктивного алкогольного поведения у подростков. *Вісник Харківського університету. Серія : Психологія.* Харків 2002. № 576. С. 31-36.

31. Вальдхорн Г. Ф. Хайнц Гартманн и современный психоанализ. Энциклопедия глубинной психологии. Москва : Т. 3. 2002. С. 63.

32. Вебер М. Избранные произведения / пер. с нем.; составление, общая редакция и послесловие доктора философских наук Ю. Н. Давыдова; предисловие доктора философских наук П. П. Гайденко. Москва : Прогресс, 1990. С. 634-646.

33. Вермсер Л. Компульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения. Психология и лечение зависимого поведения. URL : <http://surl.li/axwzk> (дата звернення 09.08.2020)

34. Винникотт Д. В. Семья и развитие личности. Мать и дитя / пер. с англ. А. Грузберга. Екатеринбург : Из-во «Литур», 2004. 400 с.

35. Воробьевский О. И. Психологические особенности лиц молодого возраста, употребляющих психостимуляторы. *Известия российского педагогического университета им. Герцена*. Санкт-Петербург, 2007. Т. 16. № 40. С. 378-383.

36. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии : Сборник. Сост. М. А. Степанова. М. : Педагогика, 1995. 524с.

37. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. 308 с.

38. Гишинский Я. И., Афанасьев В. С. Социология девиантного (отклоняющегося) поведения : учеб. пособ. Филиал Института социологии РАН. Санкт-Петербург, 1993. 167 с.

39. Гришко И. В. Концептуализация понятия «аддиктивное поведение». *Ювенальные аспекты социальной адаптации*. URL : <http://surl.li/axxhat> (дата звернення 05.06.2021)

40. Гришко И. В. Механизмы формирования аддиктивного поведения в молодежной среде. *Ювенальные аспекты социальной адаптации*. URL : <http://surl.li/axxhaz> (дата звернення 05.06.2021)

41. Гульдан В. В., Корсун А. М. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам. *Вопросы наркологии*. 1990. С. 40-44.

42. Гульдан В. В., Романова О. Л., Корсун А. М. и др. Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании. *Психологические исследования и психотерапия в наркологии*. Ленинград, 1989. С. 68-74.

43. Гульдан В. В., Романова О. Л., Сиденко О. К. Подросток-наркоман и его окружение. *Вопросы психологии*. Москва. 1993. № 2. С. 44-49.

44. Гульдан В. В., Романова О. Л., Сиденко О. К. Представления школьников о наркомании и токсикомании *Социологические исследования*. Санкт-Петербург, 1989. № 3. С. 66-71.

45. Гульдан В. В., Шведова М.В. Психологический анализ мотивообразующих факторов наркотизации подростков. Саморазрушающее поведение подростков. М. Л., 1991. С. 39-41.

46. Гуртова І. В. Особливості структурної організації та функціонування узалежненої особистості : автореф.дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2010. 19 с.

47. Гусева Н. А. Профилактика аддиктивного поведения младших школьников с задержкой психического развития: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Санкт-Петербургский государственный университет. Санкт-Петербург, 2003. 70 с.

48. Даулінг С. Психология и лечение зависимого поведения. Под ред. С. Даулинга ; пер. с англ. Р.Р. Муртазина. Москва : Независимая фирма «Класс», 2000. 240 с.

49. Деларю В. В. Психология отклоняющегося поведения : учебн. метод. пособ. Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2004. 53с.

50. Демидова Т. П. Психологическое сопровождение профессионально - личностного становления обучающихся в средних профессиональных

учебных заведениях : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.07 / Московский психолого-социальный институт. Москва, 2005. 183 с.

51. Дубровина И. В., Недбаева С. В. Педагогическая психология: от теории к практике *Педагогика*. 2008. № 2. С. 61-69.

52. Душка А. Л. Психоемоційні стани батьків дітей з психофізичними відхиленнями: концептуалізація, діагностика і корекція : автореф. дис. ... док. псих. наук : 19.00.08 / Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. Київ, 2016. 44 с.

53. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр.; под ред. В. А. Базарова. Москва : Мысль, 1994. 399 с.

54. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Пер. с фр., составление, послесловие и примечания А. Б. Гофмана. Москва : Канон, 1995. 352 с.

55. Егоров А. Ю. Психология девиантного поведения : учеб. пос. СПб. : Речь, 2006. 224 с.

56. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. 2004. 368 с. URL : <https://gigabaza.ru/doc/69666-pall.html> (дата звернення: 12.06.2020)

57. Ерофеева М. Г. Личностные особенности наркозависимых с разным стажем употребления героина с учетом гендерных различий : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.04 / С.-Петербург. гос. ун-т. Санкт-Петербург. 2006. 22 с.

58. Завацька Н. Є. Дослідження адаптаційного потенціалу особистості. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія : Психологія*. 2003. № 599. С. 98-101.

59. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия : Академический Проект, Деловая Книга, 1999. 250 с.

60. Зарубежный опыт первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних : учеб.-метод.

пособие / под ред. Л. М. Шипицыной. Москва : Моск. гор. фонд поддержки школьного книгоиздания, 2004. 101 с.

61. Захаров С. В., Ясько Б. А. Жестокость в системе деформации личности *Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3 : Педагогика и психология*. 2010. № 2. С. 119-122.

62. Зимбардо Ф., Ляйппе М. Социальное влияние. СПб : Питер. 2000. 278 с.

63. Золотова Г. Д. Соціально-педагогічна профілактика адиктивної поведінки студентів (на прикладі навчальних закладів I-II рівня акредитації) : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Луган. нац. пед. ун-т ім. Т. Шевченка. Луганськ, 2006. 20 с.

64. Иванец Н. Н. Лекции по клинической наркологии. Москва, 1995. 216 с.

65. Иванец Н. Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения. *Вопросы наркологии*. 1997. № 4. С. 4-11.

66. Иванов М. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера. *Психология зависимости : Хрестоматия*. Минск : Харвест, 2004. С. 152-174.

67. Иванова А. А. Психологические особенности подростков с донозологическим уровнем пограничных психических состояний. *Сибирский психологический журнал*. 2008. № 30. С. 86-89.

68. Илюк Р. Д., Громыко Д. И., Тархан А. У., Пименова Л. В. Нейрокогнитивные расстройства у больных неосложненной опиатной зависимостью и их нейропсихологическая диагностика. *Экология человека*. 2010. № 6. С. 52-60.

69. Исаев Д. Д., Журавлев И. И., Дементьев В. В., Озерецкий С. Д. Типологические модели поведения подростков с различными формами аддиктивного поведения. СПб., 1997.

70. Іваненко А. С. Формування уявлень про майбутню сім'ю у розумово відсталих підлітків : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.08 / НПУ ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2016. 22 с.

71. Карпенко З. С. Експресивна психотехніка для дітей. К. : НПЦ Перспектива. 1997. 96 с.

72. Карпинский К. В. Психологическая коррекция смысловой регуляции жизненного пути девиантной личности. Монография. Гродно : ГрГУ, 2002. 139 с.

73. Качаев А. К. О влиянии хронического алкоголизма на соматическую заболеваемость населения : в кн. : Проблемы алкоголизма. Под ред. Г. В. Морозова. Москва, 1970. С. 18-20.

74. Качаев А. К., Игонин А. Л. Индивидуализация лечения в зависимости от психопатологических особенностей хронического алкоголизма. *Психиатрические аспекты наркологии* : матер. научно-практ конф. Харьков, 1985. С. 119 -121.

75. Качаев А. К., Ураков И. Г., Борисов Е. В. Клиника и лечение табакокурения : методические указания МЗ РФ. Москва, 1982.

76. Киньшина В. Н., Ширяев О. Ю., Чаплин А. В. Особенности личности и выраженность аффективных нарушений у умственно отсталых подростков с девиантным поведением. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. Воронеж, 2010. № 39 (2). С. 12-15.

77. Кириченко А. А. Психиатрия : учеб. для мед. институтов. Минск : Высш.школа, 1996. С. 297.

78. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения : учеб. пособ. для вузов. Москва : ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. 160 с.

79. Клименко І. С. Особливості діагностики та корекції розвитку дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2016. 20 с.

80. Клиническая психотерапия в наркологии : руководство для врачей-психотерапевтов. Под. ред. Р. К. Назырова, Д. А. Федоряки, С. В. Ляшковой. Санкт- Петербург, 2012. 456 с.

81. Коваленко В. Є. Освітнє середовище як чинник емоційного розвитку розумово відсталих молодших школярів : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Нац пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2014. 20 с.

82. Коган О. В. Медико-педагогічні аспекти профілактики наркотизації у дітей та підлітків з вадами інтелекту. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Харків, 2003. № 13. С. 42-46.

83. Колпакова О. И. Воздействие институтов довузовской социализации на наркопотребление студентов. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена*. Санкт-Петербург, 2009. № 98. С. 271-278.

84. Комер Р. Основы патопсихологии. Москва : Прайм- Еврознак, 2005. 640 с. URL : <https://bookap.info/genpsy/komer/> (дата звернення: 23.09.2020)

85. Концепція реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2002— 2010 роки. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/KR020026> (дата звернення: 30.08.2019 р.)

86. Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Профилактика алкоголизма : монография. Москва : Медицина, 1986. 240 с.

87. Корець А. М. Психологічні чинники зародження алкоголізму та наркоманії підлітків. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ, 2013. № 23. С. 340-343.

88. Корець А. М. Соціально-медичні особливості адиктивних станів молоді. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 19.*

Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ, 2013. № 22. С. 352-356.

89. Корець А. М. Профілактика та корекція адиктивної поведінки підлітків та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. *Наукова спадщина Григорія Костюка і сучасні проблеми особистісно орієнтованої освіти* : зб. матер. всеукр. науково-метод. інтернет-конфер. Кіровоград : Ексклюзив-Систем, 2016. № 1. С. 74-79.

90. Корець А. М. Психологічні чинники адиктивної поведінки молоді. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ, 2012. № 21. С. 377-381.

91. Корнієнко І. О. Методологічні засади профілактики алкоголізму в загальноосвітній школі. *Науково-методичні засади діяльності психологічної школи* : навч.-метод. посібн. в 2 т. / ред. В. Г. Панка, І.І. Цушка. Київ : Ніка-центр, 2005. Т. 2. С. 5-19.

92. Короленко Ц. П. Адиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. *Обозрение психиатрической и медицинской психологии*. Санкт-петербург, 1991. № 1. С. 8-15.

93. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Деструктивные формы поведения в современном мире. Новосибирск : Наука, 1990. 192 с.

94. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. Москва : Академический проект, 2000. 460 с.

95. Котляров А. В. Другие наркотики. Москва : Психотерапія, 2006. 469 с.

96. Котляров А. В. Освобождение от зависимостей. Москва : Психотерапія, 2005. 320 с.

97. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности. *Современная психотерапия*. Москва : «Когито-Центр», 2003. 308 с.

98. Криминология : учебник. Под ред. акад. В. Н. Кудрявцева, В. С. Еминова. Москва : Юрист. 1997. 512 с.

99. Круглянский В. Ф. Наркомания и токсомания у подростков. Минск : Вышэйш. шк., 1989. 96 с.

100. Кулаков С. А. Основы психосоматики : психологический практикум. Санкт-Петербург. СПб. : Речь, 2003. 288 с.

101. Курек Н. С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор аддиктивного поведения. *Вопросы психологии*. 1997. № 2. С. 48-60. URL : <http://www.voppsy.ru/issues/1997/972/972048.htm> (дата звернення: 12.06.2020 р.)

102. Ларченко М.О. Моделі залежної поведінки та пов'язані з ними фактори кримінологічного ризику. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 4. 2020. С. 256–259. doi: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-4/62>

103. Латышев Г. В., Бережная М. А., Речнов Д. Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании : методические рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. Москва : Медицина, 1991. 158 с.

104. Левин М. И., Фенько А. Теории аддиктивного поведения. *Финансы и бизнес*. 2008. № 4. С. 10-22 URL : https://finbiz.spb.ru/wp-content/uploads/2008/07/3_2008_fenko.pdf (дата звернення: 23.08.2019 р.)

105. Леонова Л. Г., Бочкарева Н. Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. *Психология зависимости* : хрестоматия. Минск : Харвест, 2004. С. 449-548.

106. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М. : Политиздат, 1975. 304 с.

107. Лисенко І. П. Особливості розумової діяльності хворих на алкоголізм в різних стадіях та психопатологічних станах. *Збірник наукових праць «Психологія»*. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2000. Вип. 1(8). С. 73-79.

108. Лисецкий К. С. Мотынга И. А. Психология и профилактика ранней наркомании. Самара, 1996.
109. Литвиненко В. І. Партнерські відносини — показник професійної майстерності психіатра. *История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии*. Харьков, 1996. № 15. Т. 3. С. 261–262.
110. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология : Руководство. Л. : Медицина, 1991. 304 с.
111. Лушин П. В. Психологія особистісного змінювання : автореф. дис. ... докт. психол. наук : 19.00.01 / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2003. 30 с.
112. Лысенко Л. В. Психологическая и поведенческая характеристика подростков испытывающих неблагоприятное влияние экосреды. *Современные проблемы науки и образования*. 2006. № 1. URL : <https://science-education.ru/ru/article/view?id=79> (дата звернення: 19.08.2021).
113. Майсак Н. В. Диагностика и коррекция личностных особенностей подростков с девиантным поведением : монография. Астрахань, 2009. 167 с.
114. Максимова Н. Ю. О склонности подростков к аддиктивному поведению. *Психологический журнал*. 1996. № 3. С. 149-152.
115. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. Київ : ВПЦ «Київський університет», 2002. 308 с.
116. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основы детской патопсихологии : навч. посіб. Київ : Перун, 1996. 464 с.
117. Максимова Н. Ю., Толстоухова С. В. Соціально-психологічні аспекти профілактики адиктивної поведінки підлітків та молоді. К. : Перун, 2000. 198 с.
118. Маллер М. С., Пайн Ф., Баргман А. Психологическое рождение человеческого младенца. *Симбиоз и индивидуация*. Москва : «Когито-Центр», 2011. 416 с. URL : <http://surl.li/axxhq> (дата звернення: 23.08.2020 р.)

119. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики : перев. с англ. А. М. Татлыбаевой. СПб. : Евразия, 1999. 432 с. URL : <http://surl.li/axxjo> (дата звернення: 23.05.2021).

120. Мельник Э. В. О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и другие). Одесса, 1998. 400 с.

121. Мельниченко В. С. Формування саморегуляції агресивної поведінки підлітків з порушеннями розумового розвитку : автореф. дис...кан.псих.наук : 19.00.08 / Інститут соціальної педагогіки Національної академії педагогічних наук. Київ, 2016. 19 с.

122. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство. Москва : МЕДпресс, 2001. 592 с.

123. Митюхляев А. В. Социально-психологические аспекты проблемы раннего женского алкоголизма. *Социально-гигиенические аспекты алкоголизма*. Москва, 1990. С. 35-38.

124. Мозгова Г. П. Психосоматичні захворювання у дітей та підлітків. Діагностика та реабілітація : монографія. Київ : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 261 с.

125. Морозова Н. Б. Психические расстройства и их роль в виктимном поведении детей и подростков М.: Просвещение. 2003. 227 с. Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/teens/psihvikt.htm>

126. Москаленко В. Д. Зависимость при алкоголизме и наркомании : пособие для врачей, психологов и родственников больных. Москва : Анахарсис, 2002. 112 с.

127. Мунтян П. Вид компьютерной аддикции: зависимость от компьютерных игр. *Психология зависимости*. Минск : Харвест, 2004. С. 143-151.

128. Наркологія : нац. підруч. / ред. І. К. Сосіна, Ю. Ф. Чуєва. Харків : Колегіум, 2014. 1500 с.

129. Немчин Т. А. Состояния нервно-психического напряжения. Ленинград : Издательство ЛГУ, 1983. 165 с.

130. Немчин Т. А., Цицарев С. В. Личность и алкоголизм. Ленинград : Издательство Ленинградского университета, 1989. 192 с.

131. Новиков О. В. Стратегіальний підхід у розвитку творчого мислення дітей молодшого підліткового віку. *Науково-практичний журнал Південного наукового Центру НАПН України. Педагогіка та психологія. Тематичний спецвипуск: «Когнітивні процеси та творчість»*. Одеса, 2011. № 9. С. 187–192.

132. Новоселов В. П. Оценка состояния миокарда и ультраструктуры его микрососудов при хронической интоксикации опиатами и этанолом. *Патология кровообращения и кардиохирургия*. Новосибирск, 2011. № 3. С. 67-70.

133. Овчарова Р. В. Практическая психология образования : учеб. пособие для студ. психол. фак. университетов. Москва : Издательский центр «Академия», 2003. 448 с.

134. Огурцов В. П. Патология внутренних органов при наркологических заболеваниях: клиничко-генетические аспекты. *Вопросы наркологии*. 2006. № 1. С. 55-63.

135. Офіційний сайт Організації Об'єднаних Націй. URL : <http://www.un.org/> (дата звернення 21.01.2019 р.)

136. Панок В. Г. Організація антинаркотичної профілактичної роботи в навчальних закладах. Науково-методичні засади діяльності психологічної школи : навч.-метод. посібник в 2 т. За заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Цушка. Київ : Нікацентр, 2005. Т. 2. С. 19-33.

137. Парафіян А. М. Тривожність у дітей і підлітків: психологічна природа та вікова динаміка. Москва: Московск. психолого-соц. центр. ін-т; Воронеж : Изд-во НВО «МОДЕК», 2000. 196 с.

138. Педагогическая психология : учеб. для студ. высш учеб заведений. Под ред. Н. В. Ключевой. Москва, 2003. 400 с.

139. Пелипас В. Е., Рыбакова Л. Н., Цеглин М. Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными

веществами среди детей и подростков. *Вопросы наркологии*. Москва, 1998. № 4. С. 70-75

140. Пилипенко О. І. Метод арт-терапії в соціально-педагогічній роботі. *Проблеми педагогічних технологій*. Волинський Академічний Дім, 2003. Випуск 1. С. 78-92.

141. Пилипенко О. І. Методологічні підходи до соціальної роботи з групами ризику. *Сучасна соціологічна парадигма*. МАУП, 2000. С. 76-80.

142. Пов'якель Н. І. Психологія конфлікту: теорія і сучасна практика : навчальний посібник. К. : ВД «Професіонал», 2007. 416 с.

143. Погожаева О. В. Личностно-типологические особенности подростков, употребляющих наркотики или другие одурманивающие вещества». *Научные проблемы гуманитарных исследований*. 2008. № 11. С. 74-85.

144. Погожаева О. В. Региональная экспертно-психологическая служба как институт правовой помощи подросткам с делинквентным поведением с различными типами зависимостей. *Научные проблемы* . 2011. Вып. 6. С. 160-165.

145. Поликарпов В., Залыгина Н. Обухов Я. Аддиктивное поведение молодежи: профилактика и психотерапия зависимостей. М. : Прописи, 2004. 215 с.

146. Практическая арт-терапия: Лечение, реабилитация, тренинг / под ред. Копытина А. И. Москва : «Когіто-Центр», 2008. 288 с.

147. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. 207 с.

148. Приб Г.А. Соціально-психологічні особливості формування самосвідомості підлітків з адиктивною поведінкою у конфліктних родинах. *Psychological journal*. Volume 5. Issue 12. 2019. PP.182–193. doi: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12>

149. Про попередження вживання учнями алкогольних напоїв : Метод. Лист Міністерства освіти і науки України від 08.11.2004 р. № 1/9 – 560.

150. Про судову практику в справах про злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів : постанова Пленуму Верховного Суду України від 26.04.2002 № 4. Збірник постанов Пленуму Верховного Суду у кримінальних справах : навчальнопрактичний посібник / укл. Б. О. Кириць. Львів : Ліга Прес, 2010. 412 с.

151. Проказина Н. В., Каткова Л. В. Социальная сущность аддиктивного поведения молодежи. *Среднерусский вестник общественных наук*. 2010. Выпуск 2. С. 80 – 83.

152. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : Навчально-методичний посібник / Під ред. В. В. Бурлаки. Київ : Герб, 2008. 224 с.

153. Психіатрія і наркологія : підруч. Затв. МОЗ України. В. Л. Гавенко [та ін.]; за ред.: В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського; - 2-е вид., переробл. и доп. К. : ВСВ Медицина, 2015. 512 с.

154. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми : Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. Заведений. И. В. Дубровина, А. Д. Андреева, Е. Е. Данилова, Т. В. Вохмянина; Под ред. И.В.Дубровиной. М. : Издательский центр «Академия», 1998. 160 с.

155. Психология и лечение зависимого поведения. Под ред. С. Даулинга. Пер. с англ. Р. Р. Муртазина. М. : Независимая фирма «Класс», 2000. 240 с.

156. Психологія адиктивної поведінки : Навчально-методичний комплекс для студентів зі спеціальності «Психологія». Укладачі : Кочарян О. С., Фролова Є. В. Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2010. 24 с.

157. Пятницкая И. Н. Наркомания: Руководство для врачей. М. : Медицина, 1994. 544 с.

158. Райе Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. Спб. : Питер, 2000. 656 с.
159. Реан А. А. Психология подростка : Учебник. СПб. : Прайм-еврознак, 2003. 480 с.
160. Реуцкая И. Е. Психологические особенности родителей и несовершеннолетних из неблагополучных семей. *Прикладная юридическая психология (экспериментальные исследования)*. 2011. № 3. С. 85-95.
161. Рогов А. В. Профилактика аддиктивного поведения у школьников с нарушением интеллекта. *Ярославский педагогический вестник. Психолого-педагогические науки*. 2013. № 1. Том 2. С. 271-274.
162. Романенко О. В. Чинники схильності до правопорушень в осіб з вадами психічного розвитку. *Юридична психологія*. К. : НАВС. 2017. №1(20). С. 67-77.
163. Руденко Л. М. Основні підходи до психокорекції агресивної поведінки у розумово відсталих дітей. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. Вип. 23. С. 379-384.
164. Руководство по аддиктологии. Под.ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб. : Речь, 2007. 768 с.
165. Савчук О. В. Моніторинг ставлення підлітків до наркоживання як засіб профілактики адиктивної поведінки. *Проблеми девіантної поведінки: історія, теорія, практика* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (25-27 листопада 2002 р.) К. : Мілленіум, 2002. С. 386-387.
166. Савчук О. В. Порухення функціонування мотиваційної сфери як одна з детермінант адиктивної поведінки. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. К., 2005. Т. 7. Вип. 1. С. 272-278.
167. Савчук О. В. Психологічні аспекти попередження адиктивної поведінки підлітків. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи*

розвитку : матеріали Другої міжнародної науково-практичної конференції. Харків, 2004. С. 180-185.

168. Савчук О. В. Соціально-психологічний аналіз факторів вживання неповнолітніми психотропних речовин. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка: Соціологія. Психологія. Педагогіка.* 2002. Вип. 14. С. 51-54.

169. Савчук О. В. Соціально-психологічні аспекти профілактики поширення нарковживання. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка: Соціологія. Психологія. Педагогіка.* 2006. № 25-36. С. 38-40.

170. Савчук О. В. Феномен адиктивної поведінки в соціально-психологічному контексті. *Проблема особистості в науці: результати та перспективи досліджень* : тези доповідей Шостої Міжнародної конференції молодих науковців (м. Київ, 25-26 вересня 2003 року). Київ, 2003. С. 91-93.

171. Савчук О. В. Соціально-психологічні детермінанти адиктивної поведінки. : автореф. дис... канд. психол. наук : 19.00.05 / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. К., 2006. 19 с.

172. Самоукіна Н. В. Психологія та педагогіка професійної діяльності. Москва, 1999. 351 с.

173. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : Практическое руководство. М. : Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.

174. Свідовська В.В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.* 2020. Випуск 6. С. 108-114. doi: <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-16>

175. Семикин В. В. Психологическая культура в образовании человека : монографія. СПб., 2002. 173 с.

176. Сидоров П. И., Парников А. В. Введение в клиническую психологию : учебник для студентов медицинских вузов. М. : Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. Т. 2. 381 с.

177. Синьов В. М., Матвєєва М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталої дитини : підручник. К. : Знання, 2008. 359 с.

178. Синьов В.М., Пометун О.І., Кривуша В.І., Супрун М.О. Основи теорії виховання. Навч.-метод. посіб. К.: РВ КІВС, 2000. 140 с.

179. Сідун О. Ю. Психологічні механізми виникнення узалежнених форм поведінки в юнацькому віці. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. Вип. 2. С. 150-160.

180. Смагин С. Ф. Аддиктивное поведение. Нева, 2006. С. 153-165.

181. Смагин С. Ф. Аддикция, аддиктивное поведение. СПб. : МИПУ, 2000. 189 с.

182. Славіна Н. С. Мельник Л. П. Психологічне дослідження підлітків з девіантною поведінкою. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2013. Вип. 35. С. 58-61. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sitimn_2013_35_15.

183. Социальное воспитание детей и молодежи с отклонениями в развитии и поведении: вопросы теории и практики : учебное пособие. Авт. коллектив: Н. С. Алпатова (и др.). Волгоград: Изд-во ВолГУ. 2013. С. 52-61.

184. Супрун, М.О., Супрун, Д. М. Девіантна поведінка підлітків (соціально-педагогічний аспект). *Науковий вісник Інституту кримінально-виконавчої служби*. 3 (7). с. 141-149.

185. Стивен М., Джонсон С. Психотерапия характера: методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». М. : Центр психологической культуры. 2001. 356 с.

186. Терніченко А. С. Первинна профілактика наркоманії серед підлітків. Науково-методичні засади діяльності психологічної школи : навч.-метод. Посібник : В 2 т. За заг. ред. В. Г. Панка, І .І. Цушка. К. : Ніка-центр, 2005. Т. 2. С. 33-62

187. Тиунова А. О. Психодіагностика та психокорекція порушень образу тіла у підлітків : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2016. 19 с.

188. Тодорович Д., Перуничич И., Марьянович С. Социально-психологические последствия употребления марихуаны старшими школьниками. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2010 № 6. С. 60-68.

189. Трошин О. В., Жулина Е. В., Кудрявцев В. А. Основы социальной реабилитации и профориентации : учеб. Пособие. М. : Сфера, 2005. 384 с.

190. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости. Перевод с английского А. Г. Чеславской. М. : Независимая фирма "Класс", 2002. 224 с.

191. Утешев Д. Б. Экзогенный аллергический альвеолит у лиц, употребляющих амфетамины. *Лечебное дело*. 2004. № 4. С. 78-81.

192. Федосенко Е. В. Психологическое сопровождение подростков. Система работы, диагностика, тренинги : монография. СПб. : Речь, 2008. 192 с.

193. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. Пер. с англ., вступ. ст. А. Б. Хавина. М. : Академический Проект, 2004. 848 с.

194. Фомічова Л. І. Рушійні сили розвитку інтелекту. *Українське дошкілля*. Умань : УДПІ ім. П. Г. Тичини, 1997. Т. 3. С. 16-21.

195. Формування навичок здорового способу життя у дітей та підлітків: За проектом «Діалог» : Навч.-метод. посібник. О. В. Вінда, О. П. Коструб, І. Г. Сомова, Н. О. Березіна, М. М. Галябарник, С. В. Кириленко. 3-те вид., перероб. і доп. К., 2004. 284 с.

196. Фрейд З. Психология «Я» и защитные механизмы / Фролов Ю. И. Психология подростка. М., 1997. С. 64 –90.

197. Херсонський Б. Г., Дворяк С. В. Психология и психопрофілактика семейных конфликтов. К. : Здоров'я, 1991. 189 с.

198. Худик В. А. Диагностика детского развития: методы исследования. Київ : Освіта, 1992. 220 с.
199. Цветкова Л. А., Антонова Л. А. Распространенность рискованных форм поведения в сфере здоровья студентов младших курсов. *Вестник СПбГУ. Сер. 12*. 2010. Вып. 4. С. 83-89.
200. Цыган В. Н., Аксперов Э. К., Востриков В. В., Шабанов П. Д. Дисфункции у наркозависимых и способы их коррекции. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2007. Т. 5. № 4. С. 81.
201. Шабанов Л. В., Фирсова О. В. Сравнительный анализ ситуативного употребления наркотиков в молодежной субкультуре у подростков с разным семейным статусом. *Вестник Томского государственного университета*. 2007. № 301. С. 186-192.
202. Шигеев С. В. Характеристика погибших от отравления героином. *Проблемы экспертизы в медицине Приволжско-Уральской ассоциации судебно-медицинских экспертов*. 2006. № 21-1. С.51-53.
203. Шмыков В. С., Менделевич В. Д. Клиническая феноменология личностных расстройств и индивидуально – типологические особенности лиц призывного возраста в Удмуртской республике. *Психическое здоровье*. 2010. Т. 48. № 5. С. 27-33.
204. Шорохова О. А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости. Спб. : Речь, 2002. 132 с.
205. Шульженко Д. І. Реалізація ідей І. Г. Єременка в корекційній дошкільній педагогіці. *Збірник наукових праць «Психологія та педагогіка: спеціальні»*. К., 2003. Книга 1. С. 73-76.
206. Этнопедагогика : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Л. Н. Бережнова, И. Л. Набок, В. И. Щеглов. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательский центр «Академия», 2013. 240 с.
207. Якобсон П. М. Чувства, их развитие и воспитание. М., 1976. 64 с.
208. Яковлев Н. М., Косицкая З. В., Панфилов Р. В., Шабанов П. Д. Нейрофизиологические механизмы компенсации расстройств поведения у

подростков с шизофренией, осложненной алкоголизмом и наркоманией с помощью альфа-стимулирующего тренинга. *Психофармакология и бионаркология*. 2008. Т. 8. № 3-4. С. 2476-2483.

209. Agarwal D. P., Goedde H. W. Alcohol metabolism, alcohol intolerance, and alcoholism. Berlin : Springer-Verlag, 1990.

210. Becker G. S., Murphy K. M. A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*. 1988. Vol. 96. P. 675-700.

211. Blatt S. J., Berman W., Bloom-Feshback S., Sugarman A., Wilber C., Kleber H. Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts. *Journal of New Mental Disorders*. 1984. Vol. 172. P. 156-165.

212. Fairbairn W. Observations in defence of the object-relations theory of the personality. *British Journal of Medical Psychology*. 1955. (June). № 28 (2-3). P. 144-156.

213. <http://provse.te.ua/2011/07/myhajlo-holovko-alkoholizacija-ukrajiny-ce-strashnyj-konvejer-znyschennja-naciji/>

214. Janov A. The new primal scream: Primal therapy 20 years on. Chicago, 1991. 432 p.

215. Khantzian E. J. A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 1986. Vol. 12. N 3. P. 213-222.

216. Peele S., Brodsky A. Love and Addiction. N. Y, 1975.

217. Rado S. The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoanal.* 1933. P. 1-23

218. Savitt R. Psychoanalytic studies on addiction: ego structure in narcotic addiction. *Psychoanal.* 1963. P. 43-57

219. Sereny G., Sharma V. Mandatory supervised Antabuse therapy in an outpatient alcoholism program: A pilot study. *Alcoholism* 10:290-292, 1986.

220. Talcott Parsons. A Behavioristic Concept of the Nature of Morals. *The American Sociologist*. 1996. Vol. 27. No. 4. PP. 24-37.

221. Talcott Parsons. The Theory of Human Behavior in its Individual and Social Aspects. *The American Sociologist*. 1996. Vol. 27. No. 4. PP.13-23.

222. Wurmser Leon. The Hidden Dimension : psychodynamics in Compulsive Drug Use. New York, 1978.

ДОДАТКИ

Додаток 1

1. Тест на схильність до залежної поведінки (В. Менделевич)

Опитувальник складається із 116 тверджень, 41 з яких відображає схильність особистості до наркотичної залежності, 35 – до алкогольної залежності, решта 40 висловлювань нейтральна. Вік: від 12 до 18 років. «Користуючись даною шкалою, вкажіть, якою мірою Ви згодні чи не згодні з кожним із наступних тверджень:

- 1 - зовсім не згоден (зовсім не так);
- 2 - швидше не згоден (скоріше не так);
- 3 - ні те, ні інше (і так, і не так);
- 4 – скоріше згоден (скоріше так);
- 5 - цілком згоден (саме так)».

Текст опитувальника

1. Я схильний розчаровуватись у людях.
2. Вірити у прикмети безглуздо.
3. Часто буває, що я ображаюся на батьків чи друзів.
4. Нерідко я спізнюся на навчання (роботу) або на зустріч через непередбачені випадковості в дорозі.
5. Навколишні часто дивують мене своєю поведінкою.
6. Мої батьки часто намагаються поводитися зі мною як з маленькою дитиною.
7. Я люблю планувати свій час до дрібниць та з точністю до хвилин.
8. Мені здається, що я відчуваю те, що відбувається навколо, більш гостро, ніж інші.
9. Батьки самі винні в тому, що їхні діти починають вживати наркотики (колотися).
10. Для мене немає абсолютних авторитетів.
11. У дитинстві був період, коли я пристрасно любив щось підраховувати

(кількість вікон, сходів, номери машин).

12. Якби батьки чи інші дорослі більше розмовляли з дітьми про шкоду наркотиків, то мало хто ставав би наркоманом.

13. Мені легше перенести скандал, ніж одноманітне розмірене життя.

14. Я вірю в псування і пристрій.

15. Перш ніж щось зробити, я намагаюся передбачити всі небезпеки, які можуть чатувати на мене.

16. Якщо чимось захоплено зайнятий, то часто навіть не помічаю, що відбувається навколо.

17. Я живу і поступаю відповідно до приказки: «Сподівайся на краще, але готуйся до гіршого».

18. Мене нелегко переконати в будь-чому.

19. Мене часто обманювали (обманюють).

20. Невідомість для мене дуже болісна та обтяжлива.

21. Мене дратує, коли на вулиці, в магазині чи транспорті на мене пильно дивляться.

22. Життя малоцікаве, коли в ньому немає небезпек.

23. Я не поважаю тих, хто відривається від колективу.

24. Деякі люди одним дотиком можуть зцілити хвору людину.

25. Життя має бути радісним, інакше нема за що жити.

26. Я добре орієнтуюся в часі і, не дивлячись на годинник, можу точно сказати, яка зараз година.

27. Якщо я хочу щось зробити, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, то я готовий відмовитися від своїх намірів.

28. У дитинстві часто відмовлявся залишатися один.

29. Мені нерідко буває нудно, коли нема чим себе зайняти.

30. У житті треба спробувати все.

31. Я легко можу заснути у будь-який зручний час (і вночі, і вдень).

32. Після того, як я схожу в ліс по гриби, у мене довго можуть зберігатися спогади про гриби.

33. Я люблю помріяти про те, на що витрачу можливий майбутній виграш у лотереї, як вчиню з обіцяним подарунком.
34. Часто думаю: «Добре стати дитиною».
35. Мені часто важко знаходити правильні слова для моїх почуттів.
36. Для мене нескладно дати знайомому грошей у позику на покупку спиртного.
37. Я схильний жити, намагаючись не обтяжувати себе роздумами про те, що може статися зі мною у майбутньому.
38. Я люблю, коли мені гадають на картах чи по руці.
39. Мені добре вдається копіювати міміку та жести інших людей.
40. Коли мене будять уночі або рано вранці, то я довго не можу зрозуміти, що відбувається навколо.
41. Музику я люблю гучну, а не тиху.
42. У мене бувають почуття, яким я не можу дати чіткого визначення.
43. Людина повинна намагатися розуміти свої сни, керуватися ними в житті і витягувати з них перестороги.
44. Мене важко застати зненацька.
45. Усі відомі мені «чудеса» пояснюються дуже просто – обман та фокуси.
46. Мене вважають наївною людиною, оскільки мені часто трапляється в халепу.
47. Наркотики бувають «легкими» і вони не викликають наркоманії.
48. Я іноді відчував, що хтось за допомогою гіпнозу змушував мене робити будь-які вчинки.
49. Мої знайомі вважають мене романтиком.
50. Я вірю в чудеса.
51. Навіть психічно здорова людина іноді не може відповідати за свої вчинки.
52. Мене часто спантеличує поведінка та вчинки людей, яких я давно

знаю.

53. Нікому не можна довіряти – це правильна позиція.

54. Найщасливіший час життя – це молодість.

55. У дитинстві я боявся, що мама може покинути мене, піти з дому і не повернутися.

56. Я схильний краще пам'ятати неприємні події, що реально відбулися зі мною, ніж власні прогнози з приводу можливості їх появи.

57. Я люблю радитися з друзями (або дорослими) про те, як вчинити у складній ситуації.

58. Я погодився б пожити, хай мало, але бурхливо.

59. Я міг би на суперечку ввести собі у вену наркотик (героїн).

60. Часто мене не оцінювали за заслугами.

61. Я завжди точно можу сказати, скільки грошей я витратив і скільки залишилося в мене.

62. У дитинстві я довго не міг звикнути до дитячого садка (ясла) і не хотів туди через це ходити.

63. Своїм друзям чи подругам я довіряю повністю і переконаний, що вони мене ніколи не обдурять і не зрадять.

64. Небезпека вживання наркотиків явно перебільшена.

65. У житті таки мало яскравих подій.

66. Я не люблю тривалі поїздки поїздом або автобусом.

67. Мене дратує брудне скло, бо весь світ тоді здається брудним та сірим.

68. Коли мені нудно, я зазвичай лягаю поспати.

69. Часто батьки (або дорослі) дорікають мені за те, що я слухаю надмірно гучну музику.

70. Дуже болісно чогось чекати.

71. Я міг би після деяких попередніх пояснень керувати маленьким (спортивним) літаком.

72. Я часто прокидаюся вранці за кілька секунд або хвилин до дзвінка будильника.
73. Якби сталася пожежа, і мені треба було б з вікна п'ятого поверху стрибнути на тент, розгорнутий пожежниками, я б, не замислюючись, це зробив.
74. Мені шкода наївних людей.
75. Мене бентежить, коли люди довго і пильно дивляться мені у вічі.
76. Ризикувати всім, наприклад, у казино, можуть лише сильні люди.
77. У тому, що підліток стає наркоманом, винні ті, хто продає наркотики.
78. Я люблю дуже швидку, а не повільну їзду.
79. Я довіряю передбаченням гороскопів і слідую рекомендаціям, що містяться в них.
80. Мене дуже цікавлять лотереї.
81. Прогнозувати майбутнє - марна справа, оскільки багато від тебе не залежить.
82. Я здатний легко описувати свої почуття.
83. У мене в житті були випадки, коли я щось робив, а потім не пам'ятав, що саме.
84. Вважаю, що цікавість не порок.
85. Буває, що мене лякають люди з гучним голосом.
86. У мене було (є) багато захоплень (інтересів, хобі).
87. Коли я залишаюся вдома, то часто буває не по собі від самотності.
88. Я не марновірний.
89. Мені казали, що в мене непогані здібності імітувати голоси чи звички людей.
90. Є люди, яким я вірю беззастережно.
91. Трапляється, що під час розмови з заїкаючим я сам починаю говорити плутано і з запинками.
92. Найтяжче у житті - це самотність.

93. Якщо я починаю грати в якусь гру, то мене часто нелегко відірвати від неї.
94. Буває, що я можу зробити на зло навіть те, що мені самому виявиться не вигідним.
95. Мене завжди притягувала та притягує таємничість, загадковість, містика.
96. Бувало, що я на вулиці погоджувався на гру з наперсточниками.
97. Я знаю багатьох хлопців, які вживають або вживали наркотики.
98. Я, як правило, ставлю будильник так, щоб не тільки все встигнути зробити до виходу з дому, а й мати кілька хвилин у запасі.
99. У своєму житті я часто стикаюся з неймовірним збігом несприятливих обставин.
100. Я готовий повністю підкоритись і навіть довірити свою долю, але тільки тому, кого дійсно поважаю.
101. Я люблю ризикувати.
102. Серед моїх знайомих є люди, які мають дар переконувати.
103. Мене часто неможливо відірвати від цікавої справи, гри, заняття.
104. Я міг би стрибнути з парашутом.
105. Мені байдуже, що про мене думають оточуючі.
106. Мене багато чого в житті дивує.
107. Я можу заперечити будь-кого.
108. Я ввійшов би разом із приборкувачем у клітку з левами, якби він мені сказав, що це безпечно.
109. Якщо мене про щось просять, мені важко відмовити.
110. Мені легше придумати власні приклади, ніж вивчити напам'ять приклади з підручника.
111. Мені ніколи не буває нудно.
112. Часто я сам від себе не чекаю будь-якого вчинку.
113. У дитинстві в мене якийсь час були тики або різноманітні

рухи, що повторюються.

114. Я люблю помріяти.

115. Мене тягне все нове та незвичайне.

116. Зі мною нерідко трапляються «нешасні випадки» і трапляються всілякі події.

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка даних полягає у підсумовуванні балів окремо за кожною шкалою, при цьому звертається увага на характер обробки значень з прямих та зворотних питань.

Для прямих питань бали підраховуються відповідно до того, як вони відзначені випробуваними («5» – 5, «4» – 4, «3» – 3, «2» – 2, «1» – 1), для зворотних питань бали підраховуються навпаки ("5" - 1, "4" - 2, "3" - 3, "2" - 4, "1" - 5).

Шкала схильності до наркозалежності: прямі питання - № 1, 3, 4, 16, 19, 24, 26, 48, 50, 52, 54, 59, 76, 79, 80, 89, 91, 96, 97, 100, 107, ПЗ, 116; зворотні питання - № 2, 12, 29, 30, 41, 45, 53, 61, 65, 67, 69, 72, 77, 78, 81, 86, 112, 114. Шкала схильності до алкогольної залежності: прямі питання № 3, 5, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 24, 26, 30, 43, 48, 76, 79, 84, 91, 95, 97, 100, 107, 112, 113, 116; обернені питання - № 21, 29, 38, 41, 44, 64, 65, 67, 75, 77, 81.

	Ознаки тенденції	Ознаки підвищеної схильності	Ознаки високої ймовірності
Наркозалежність	> 98 балів	> 107 балів	> 116 балів
Алкогольна залежність	> 99 балів	> 105 балів	> 111 балів

Максимальні бали: за наркозалежністю – 205, за алкогольною залежністю – 175.

2. Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ЛОБІ)

Техніка дослідження та розкодування результатів. Досліджуваному вручаються брошура з текстом опитувальника та реєстраційний лист. Пояснюється, що з кожної теми можна зробити від 1 до 3 виборів (не більше!) і номери зроблених виборів обвести гуртком. Якщо жодне з визначень не підходить, обводиться символ «0». Коли хворий не хоче відповідати саме на цю тему, граф залишається незаповненим. Однак число нулів та незаповнених граф у сумі не повинно перевищувати трьох. Час заповнення реєстраційного листа не обмежений. Але випробуваному забороняється консультиватися з іншими людьми.

№ вибору	Пропоновані вибори	Бали для розкодування
	Самопочуття	
	З того часу, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття	Т
	Я майже завжди почуваюсь бадьорим і повним сил	
	Погане самопочуття я намагаюся перебороти	Г
	Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим	ПП
	У мене майже завжди щось болить	І
	Погане самопочуття виникає у мене після прикростей	Н
	Погане самопочуття з'являється в мене від очікування неприємностей	Т
	Я намагаюся терпляче переносити біль та фізичні	-

страждання

Моє самопочуття цілком задовільно

З того часу, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами дратівливості та почуттям ТН туги

Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене оточуючі

-

Жодне з визначень до мене не підходить

-

Настрій

Як правило, настрій у мене дуже гарний

Ф

Через хворобу я часто буваю нетерплячим та дратівливим

ННТЯ

У мене настрої псується від очікування можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості у майбутньому

ООС

Я не дозволяю собі через хворобу віддаватися зневірі й смутку

Г

Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій

І Я

Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття

ТН

У мене став зовсім байдужий настрій

А

У мене бувають напади похмурої дратівливості, під час яких дістається оточуючим

-

У мене не буває зневіри та смутку, але може бути запекла і гнів

-

Найменші неприємності сильно зачіпають мене

П

Через хворобу у мене завжди тривожний настрій	ТТО
Мій настрій зазвичай такий самий, як у оточуючих мене людей	-
Жодне з визначень до мене не підходить	-
Сон і пробудження від сну	
Прокинувшись, я одразу змушую себе встати	-
Ранок для мене – найважчий час доби	-
Якщо мене щось засмутить, я довго не можу заснути	ТНО
Я погано сплю вночі і відчуваю сонливість вдень	А
Я сплю мало, але встаю бадьорим, сни бачу рідко	
З ранку я активніший і мені легше працювати, ніж увечері	-
У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають тужливі сновидіння	-
Безсоння у мене настає періодично без особливих причин	
Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба стати в певну годину	-
Вранці я встаю бадьорим та енергійним	
Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити	СС
Ночами у мене бувають напади страху	Про
З ранку я відчуваю повну байдужість до всього	
Я можу вільно регулювати свій сон	
Ночами мене особливо переслідують думки про мою хворобу	Про

Уві сні мені бачаться всякі хвороби	
Жодне з визначень до мене не підходить	-
Апетит та ставлення до їжі	
Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях	З
У мене гарний апетит	ФП
У мене поганий апетит	І
Я люблю ситно поїсти	
Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі	
Мені легко можна зіпсувати апетит	
Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її свіжість та доброякісність	І
Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я	Р
Я намагаюся дотримуватись дієти, яку сам розробив	І
Їжа не приносить мені ніякого задоволення	
Жодне з визначень до мене не підходить	-
Ставлення до хвороби	
Моя хвороба мене лякає	Т
Я так утомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде	АА
Намагаюся не думати про свою хворобу та жити безтурботним життям	ФФ
Моя хвороба найбільше пригнічує мене тим, що люди стали цуратися мене	З
Без кінця думаю про всі можливі ускладнення,	ГО

пов'язані з хворобою	
Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого хорошого на мене не чекає	I
Вважаю, що моя хвороба запущена через неуважність та невміння лікарів	П
Вважаю, що небезпека моєї хвороби лікарі перебільшують	З
Намагаюся перебороти хворобу, працювати як раніше, і навіть ще більше	РР
Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.	I
Я здоровий, і хвороби мене не турбують	З
Моя хвороба протікає зовсім незвично - не так, як у інших, і тому потребує особливої уваги	ЯЯ
Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним	ПН
Я знаю, з чієї вини я захворів, і не пробачу цього ніколи	П
Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі	Г
Жодне з визначень до мене не підходить	-
Ставлення до лікування	
Уникаю будь-якого лікування – сподіваюся, що організм сам переборє хворобу, якщо про неї менше думати	-
Мене лякають труднощі та небезпеки, пов'язані з майбутнім лікуванням	-
Я був би готовий на найболючіше і навіть	-

небезпечно лікування, аби тільки позбутися хвороби.

Я не вірю в успіх лікування та вважаю його марним -

Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх них поступово розчаровуюсь -

Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію

Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення та небезпеки, з ними пов'язані

Від лікування мені стає лише гірше -

Ліки та процедури нерідко чинять на мене таку незвичайну дію, що це дивує лікарів.

Вважаю, що серед застосовуваних способів лікування є настільки шкідливі, що їх слід було б П
заборонити

Вважаю, що мене лікують неправильно П

Я жодного лікування не потребую -

Мені набридло нескінченне лікування, хочу тільки, щоб мене дали спокій -

Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми Г

Мене дратує та озлоблює, коли лікування не дає покращення -

Жодне з визначень до мене не підходить (або ЗФР

жодна з цифр не обведена)	
Ставлення до лікарів та медперсоналу	
Головним у будь-якому медичному працівнику я вважаю увагу до хворого	Г
Я хотів би лікуватися у такого лікаря, який має велику популярність	І
Вважаю, що я захворів найбільше з вини лікарів	П
Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі і тільки вдають, що лікують	-
Мені байдуже, хто і як мене лікує	
Я часто турбуюся про те, що не сказав лікареві щось важливе, що може вплинути на успіх лікування	
Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь	-
Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, тому що не впевнений у успіху лікування	Я
З великою повагою я належу до медичної професії	Г
Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал не уважні та несумлінно виконують свої обов'язки	НП
Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями та персоналом і потім шкодую про це	-
Я здоровий і допомоги лікарів не потребую	
Вважаю, що лікарі та персонал на мене марно витрачають час	-
Жодне з визначень до мене не підходить	-
Ставлення до рідних та близьких	

Я настільки захоплений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати -

Я намагаюся рідним і близьким не показувати виду, наскільки я хворий, щоб не затьмарювати їм настрої СР

Близькі даремно хочуть зробити з мене тяжкохворого -

Мене долають думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди -

Мої рідні не хочуть зрозуміти тяжкості моєї хвороби і не співчують моїм стражданням І

Близькі не зважають на мою хворобу і хочуть жити на своє задоволення -

Я соромлюсь своєї хвороби навіть перед близькими Я

Через хворобу загубився будь-який інтерес до справ і хвилювань близьких та рідних

Через хворобу я став у тягар близьким

Здоровий вигляд і безтурботне життя близьких викликають у мене неприязнь -

Я вважаю, що захворів через моїх рідних

Я намагаюся поменше доставляти тягар і турбот моїм близьким через мою хворобу ГРР

Жодне з визначень до мене не підходить

Додаток 3

*Діагностика вад особистісного розвитку 3. Карпенко.**Інструкція*

Любий друже!

Тобі пропонується відповісти на запитання, що стосуються різних сторін твоєї особистості: поведінки, самопочуття, бажань, страхів, переконань тощо. Ти маєш чудову нагоду поглянути на себе збоку і проаналізувати, що ти знаєш про себе, поділитися цими знаннями з дорослими, аби вони краще пізнали тебе і змогли тебе розуміти, спілкуватися з тобою, навчати тебе.

У спеціальному бланку для відповідей навпроти відповідного номера твердження треба поставити знак «+», якщо ти згоден з твердженням, і знак «-», якщо ти з твердженням не згоден.

Не розмірковуй довго, відповідай одразу, вслуховуючись у зміст. Усі відповіді будуть правильними, якщо ти відповідатимеш чесно.

Бланк відповідей

Прізвище, ім'я _____

Клас _____

Дата _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	11	21	31	41	51	61	71	81
2	12	22	32	42	52	62	72	82
3	13	23	33	43	53	63	73	83
4	14	24	34	44	54	64	74	84
5	15	25	35	45	55	65	75	85
6	16	26	36	46	56	66	76	86
7	17	27	37	47	57	67	77	87
8	18	28	38	48	58	68	78	88
9	19	29	39	49	59	69	79	89
10	20	30	40	50	60	70	80	90

Опитувальник ДВОР

1. Мені важко зосередитися на чомусь одному.
2. Я не можу довго працювати не втомлюючись.
3. Я переживаю з будь-якого приводу.
4. Під час виконання завдання я дуже напружений і скутий.
5. Я часто думаю про можливі неприємності.
6. Я лякливий, багато що викликає в мене страх.
7. Я не люблю чекати.
8. Я не люблю починати нову справу.
9. Я неспокійно сплю, погано засинаю.
10. Я невпевнений у своїх силах, боюся труднощів.
11. Я завжди швидко знаходжу відповідь, коли про щось запитують (можливо і неправильно, але дуже швидко).
12. У мене часто змінюється настрій.
13. Мені часто все набридає.
14. Я швидко, не вагаючись, приймаю рішення.
15. Я часто відволікаюся на уроках.
16. Коли хтось з дітей на мене кричить, я також кричу у відповідь.
17. Я впевнений, що впораюся з будь-яким завданням.
18. Я люблю діяти, а не розмірковувати.
19. В іграх я не підкоряюся правилам.
20. Я гарячкую під час розмови.
21. Коли хтось мене образить, я прагну поквитатися з ним.
22. Іноді мене тішить, коли я щось зламаю, розірву, розіб'ю.
23. Я дуже серджуся, коли хтось сміється з мене.
24. Мені здається, що інколи я хочу зробити якусь шкоду.
25. У відповідь на вказівки мені хочеться зробити все навпаки.
26. Я люблю бути першим, верховодити, підкоряти собі інших.

27. Я легко можу посваритися чи побитися.
28. Я не поступаюся іншим, не ділюся з ними нічим.
29. Я не можу змовчати, коли чимось незадоволений.
30. Часом я так наполягаю на своєму, що людям навколо уривається терпець.
31. Я люблю, коли мене хвалять за те, що насправді зробила інша людина.
32. Мені подобається отримувати більше від того, що насправді належить.
33. Я часто звинувачую кого-небудь у тому, в чому насправді винні сам.
34. Трапляється, що я привласнюю речі, що належать іншій людині
35. Мені подобається перебільшувати, хвалитися, вигадувати небилиці
36. Я часто порушую свої обіцянки.
37. Я завжди знаходжу виправдання непорядному вчинку.
38. Я не визнаю своїх помилок.
39. Я роблю все задля своєї вигоди.
40. Я рідко зізнаюся, що заподіяв комусь шкоду.
41. Я часто порушую правила поведінки, встановлені вчителем.
42. Я люблю сміятися з інших.
43. Я кривджу своїх товаришів: б'ю їх, штовхаю, дражню.
44. Часто я говорю одне, а роблю протилежне.
45. Я розповідаю непристойні історії, вживаю лайливі слова.
46. Переконалий, що мої пустощі нікому не шкодять.
47. Для своєї вигоди я часто обдурюю інших.
48. Діти скаржаться на мене, не хочуть гратися зі мною.
49. Я люблю розповідати жахливі історії, про які дізнався з кінофільмів і розмов між дорослими.
50. Я знущаюся з тварин, нищу без потреби рослини.

51. Я цураюся своїх ровесників, тримаюся від них віддалік.
52. Я не довіряю людям, побоююся їх.
53. Я не люблю дивитися в очі людині, з якою розмовляю.
54. Я мовчазний, не підтримую розмову з чужими людьми.
55. Мене часто запитують, чим я незадоволений.
56. Мене часто підозрюють у негарних вчинках.
57. Люди часто навмисно ображають мене.
58. Я часто буваю засмученим.
59. Я люблю гратися сам.
60. Дитяча компанія швидко мені набридає.
61. Мені небайдуже, що про мене думають інші.
62. Я повинен завжди все знати.
63. Я не маю права помилятися.
64. Я намагаюся виправдати свої вчинки перед іншими людьми.
65. Спочатку я дбаю про інших, а потім вже про себе.
66. Коли я зроблю помилку, у мене з'являється почуття провини.
67. Усі люди, з якими я спілкуюся, повинні мене любити.
68. Інші люди мають право контролювати мою поведінку.
69. Я намагаюся допомогти людям навіть тоді, коли мене про це не просять.
70. Якщо я вже прийняв рішення, то не маю права передумати.
71. Мої успіхи залежать від удачі, талану, щасливого випадку.
72. Я волю почекати, поки мої труднощі розв'яжуться самі собою.
73. Мої оцінки в школі не залежать від моїх здібностей.
74. Мої успіхи залежать від допомоги інших людей.
75. За мене вирішують інші, що і як робити.
76. Я не винен, що не можу домогтися кращих результатів.
77. Я не планую того, що зі мною трапляється.
78. Я сам нічого не можу змінити в своєму житті.
79. За моє здоров'я відповідають дорослі.

80. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
81. Я більше люблю слухати казки, ніж вірші.
82. Коли я їду з мамою в магазин, я більше хотів би, щоб мені купили цукерки, ніж книжку.
83. Я не мрію стати актором.
84. Мені не подобаються квіти.
85. Мені більше подобається звичайна їжа, яку мама готує щодня, ніж фрукти — ананаси, мандарини, ківі.
86. Я не радію, коли бачу щось красиве і незвичайне.
87. Мене цікавлять технічні іграшки, наприклад, автомобілі, літаки, мотоцикли...
88. Мені не подобається гратися з ляльками.
89. Я не люблю вигадувати різні небилиці.
90. Я не плачу, коли чую сумну історію.

Дешифратор (інформація для психолога)

Т	Ім	А	С	А	За	Н	Е	Е
р	п	гр	х	со	м	ев	кс	ст
и	у	ес	и	ці	к	п	те	ет
во	ль	и	ль	ал	н	ев	р	и
ж	-	в	ні	ь	ут	н	н	ч
ні	с	ні	ст	ні	іс	е	ал	н
ст	и	ст	ь	ст	ть	ні	ь	а
ь	в	ь	д	ь		ст	ні	н
	ні		о			ь	ст	еч
	ст		н				ь	ут
	ь		еч					л
			ес					и
			н					ві

			ої					ст
			п					ь
			ов					
			ед					
			ін					
			к					
			и					

Інтерпретація результатів

8-10 балів – високий рівень вираженості вади;

4-7 балів – середній рівень вираженості вади;

1—3 бали – низький рівень вираженості вади.

**Методика парних порівнянь В. Скворцова (модифікація
І. Акіндинової).**

Інструкція:

Вам дається 15 тверджень. Порівняйте ці твердження попарно між собою. Починайте порівнювати перше твердження із другим, потім перше твердження із третім тощо. Результати вписуйте у колонку 1 стовпця. Так, якщо при порівнянні першого твердження з другим кращим для себе Ви порахуєте друге, то початкову клітинку вписуйте цифру 2. Якщо переважним виявиться перше твердження, то вписуйте цифру 1. І так робіть при кожному порівнянні. Далі робіть аналогічні операції з другим твердженням: порівнюйте його спочатку з третім, потім з четвертим тощо. Подібним чином працюйте з іншими твердженнями, поступово заповнюючи весь бланк. Кожне порівняння пар робіть після промовляння «Я хочу...»

«Я хочу...»

1. Домогтися визнання та поваги
2. Мати теплі стосунки з людьми
3. Забезпечити собі майбутнє
4. Заробляти життя
5. Мати добрих співрозмовників
6. Зміцнити своє становище
7. Розвивати свої сили та здібності
8. Забезпечити собі матеріальний комфорт
9. Підвищувати рівень майстерності та компетентності
10. Уникати неприємностей
11. Прагнути нового і незвіданого
12. Забезпечити собі становище впливу
13. Купувати добрі речі
14. Займатися справою, яка потребує повної віддачі
15. Бути зрозумілими іншими.

Методика «Діагностика мотиваційної структури особистості»*Інструкція.*

З 14 тверджень, що стосуються життєвих устремлінь і деяких сторін способу життя людини, вам необхідно висловити своє ставлення до них по кожному з 8 варіантів відповідей (а, б, в, г, д, е, ж, з), поставивши в бланку одну з наступних оцінок кожного твердження: «+» - «згоден»; - 2 бали «=» - «коли як»; «-» - «ні, не згоден»; «?» - «не знаю».

1. У своїй поведінці в житті потрібно дотримуватися наступних принципів:

- А) «час - гроші», потрібно прагнути їх більше заробляти;
- Б) «головне - здоров'я», потрібно берегти себе і свої нерви;
- В) вільний час потрібно проводити з друзями;
- Г) вільний час потрібно віддавати родині;
- Д) потрібно робити добро, навіть якщо це дорого обходиться;
- Е) потрібно робити все можливе, щоб завоювати місце під сонцем і перевершувати інших;
- Ж) потрібно набувати більше знань, розбиратися в мистецтві, щоб зрозуміти причини і сутність того, що відбувається навколо;
- З) потрібно прагнути відкрити щось нове, створити, придбати, домогтися успіхів у мистецтві.

2. У своїй поведінці на роботі потрібно слідувати таким принципам:

- А) робота - це вимушена життєва необхідність;
- Б) головне - не допускати конфліктів;
- В) потрібно прагнути забезпечити себе спокійними зручними умовами;
- Г) потрібно активно прагнути до просування по службі;
- Д) головне - завоювати авторитет і визнання;
- Е) потрібно постійно вдосконалюватися у своїй справі і понад обов'язкових

вимог роботи;

Ж) у своїй роботі завжди можна знайти цікаве, те, що може захопити;

З) потрібно не тільки захопитися самому, але і захопити роботою інших.

3. Серед моїх справ у вільний від роботи час більше місце займають наступні:

А) поточні, домашні;

Б) відпочинок, розваги;

В) зустрічі з друзями;

Г) суспільні справи;

Д) заняття з дітьми;

Е) навчання, читання необхідної для роботи літератури;

Ж) хобі;

З) заробляння грошей.

4. Серед моїх робочих справ багато місця займають наступні:

А) ділове спілкування;

Б) особисте спілкування (на теми, не пов'язані з роботою);

В) громадська робота;

Г) навчання, підвищення кваліфікації, отримання нової інформації;

Д) робота творчого характеру;

Е) робота, безпосередньо впливає на заробіток ;

Ж) робота, пов'язана з відповідальністю перед іншими;

З) вільний час, відпочинок, перекури.

5. Якби мені додали додатковий вихідний день, я б швидше за все витратив його на те, щоб:

А) займатися поточними домашніми справами;

Б) відпочивати;

В) розважатися;

- Г) займатися громадською роботою;
- Д) займатися навчанням, отримувати нові знання;
- Е) займатися творчою роботою;
- Ж) робити справу, в якому відчуваєш відповідальність перед іншими;
- З) робити справу, що дає можливість заробити.

6. Якби у мене була можливість повністю по-своєму планувати свій день, я би став швидше за все займатися:

- А) тим, що складає мої основні обов'язки;
- Б) спілкуванням з людьми у справах ;
- В) особистим спілкуванням (розмовами, не пов'язаними з роботою);
- Г) громадської роботою;
- Д) навчанням, отриманням нових знань, підвищенням кваліфікації
- Е) творчою роботою
- Ж) роботою, виконуючи яку відчуваєш відповідальність і користь;
- З) роботою, за яку можна отримати великі гроші.

7. Я часто розмовляю з друзями і знайомими на такі теми:

- А) де що можна купити, як добре провести час;
- Б) про спільних знайомих;
- В) про те, що бачу і чую навколо;
- Г) як домогтися успіху в житті;
- Д) про роботу;
- Е) про свої захоплення (хобі);
- Ж) про свої успіхи та плани;
- З) про життя, книги, кінофільми.

8. Я хочу, щоб моя робота давала мені перш за все:

- А) достатні матеріальні засоби для життя;
- Б) спілкування з людьми, дружні відносини;

- В) авторитет і повагу оточуючих;
- Г) цікаві зустрічі бесіди;
- Д) задоволення безпосередньо від самої роботи;
- Е) почуття своєї корисності;
- Ж) можливість підвищувати свій професійний рівень;
- З) можливість просування по службі.

9. Найбільше мені хочеться бувати в такому суспільстві, де:

- А) затишно, хороші розваги;
- Б) можна обговорити цікаві для тебе питання;
- В) де тебе поважають, вважають авторитетом;
- Г) можна зустрітися з потрібними людьми, зав'язати корисні відносини;
- Д) можна придбати нових друзів;
- Е) бувають відомі, заслужені люди;
- Ж) все пов'язані спільною справою;
- З) можна проявити і розвинути свої здібності.

10. Я хотів би на роботі бути поряд з такими людьми:

- А) з якими можна поговорити на різні теми;
- Б) з якими я міг би передавати свої знання і досвід;
- В) з якими можна більше заробити;
- Г) які мають авторитет і вагу на роботі;
- Д) які можуть навчити чомусь корисному;
- Е) які змушують тебе ставати активніше в роботі;
- Ж) які мають багато знань і цікавих цілей;
- З) які готові підтримати тебе в різних ситуаціях.

11. До теперішнього часу я маю в своєму житті в достатній мірі:

- А) матеріальне благополуччя;
- Б) можливість цікаво розважатися;

- В) хороші умови життя;
- Г) хорошу сім'ю;
- Д) можливість цікаво проводити час в суспільстві;
- Е) повагу , визнання і вдячність інших;
- Ж) почуття корисності для інших;
- З) створення чогось цінного, корисного.

12. Я думаю, що, займаючись своєю роботою, я буду мати в достатній мірі:

- А) хорошу зарплату, інші матеріальні блага;
- Б) хороші умови для роботи;
- В) хороший колектив, дружні взаємини;
- Г) певні творчі досягнення в ній;
- Д) хорошу посаду;
- Е) самостійність і незалежність;
- Ж) авторитет і повагу колег;
- З) високий професійний рівень.

13. Найбільше мені подобається, коли:

- А) немає поточних турбот;
- Б) є комфортне, приємне оточення;
- В) кругом пожвавлення, весела метушня;
- Г) належить провести час у веселому товаристві;
- Д) відчуваю почуття змагання, ризику;
- Е) відчуваю почуття активного напруги і відповідальності;
- Ж) занурений в свою роботу;
- З) включений у спільну роботу з іншими.

14. Коли мене осягає невдача, не виходить те, що дуже хочу:

- А) я засмучуюсь і довго переживаю;
- Б) намагаюся переключитися на щось інше, приємне ;

- В) гублюся, злюся на себе;
- Г) злюся на те, що мені завадило;
- Д) намагаюся залишатися спокійним;
- Е) очікую, коли пройде перша реакція, і спокійно аналізую те, що сталося;
- Ж) намагаюся зрозуміти, в чому був винен;
- З) намагаюся зрозуміти причини невдачі і виправити становище.

Проектування індивідуальної програми психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з порушеннями інтелектуального розвитку на основі діагностичних даних

Зміст діагностичного етапу	Інструменти	Результат	Зміст Програми
1. Клінічна діагностика: встановлення факту існування розладу, визначення долі соматичних і психосоціальних порушень.	Клінічна бесіда (скарги, анамнез), спостереження, консультації спеціалістів (психіатр, невролог, нарколог, терапевт).	Розширений клінічний і функціональний діагнози.	Мішені симптоматичного рівня дії, мішені для поведінкової психотерапії.
2. Виявлення індивідуальних особливостей.	Клінічна бесіда, психодіагностичне дослідження, психотерапевтичне інтерв'ю, пробна взаємодія.	Психологічний висновок. Психотерапевтична гіпотеза.	Визначення психотерапевтичної характеристики. Покази для деяких форм і методів психотерапії.
3. Визначення стадії розладу.	Клінічна бесіда.	Пропозиції до тривалості та інтенсивності лікувальної, в тому числі психотерапевтичної програми.	Прогнозована кількість психотерапевтичних сесій. Поєднання форм психотерапії (індивідуальна, групова, сімейна).
4. Виразність (об'єктивна і суб'єктивна) симптоматика	Клінічна бесіда, психодіагностика.	Пропозиції до інтенсивності психотерапевтичних заходів.	Передбачувана частота зустрічей.
5. Особливості мотивації, відношення до хвороби і лікуванню.	Клінічна бесіда, психодіагностика.	Симптомно центрована, соціоцентрована,	Подолання анозогнозії. Вплив на симптоми

		особистісно-центрирована психотерапія	хвороби психотерапевтичними методами. Відновлення зв'язків з соціальним оточенням, поліпшення міжособистісного функціонування.
6. Особливості мікросоціальної ситуації.	Клінічна бесіда, сімейна консультація, психодіагностика	Необхідність (або її відсутність) зниження інтенсивності, обмеження соціальних контактів пацієнта.	Психотерапевтичний режим: амбулаторний, стаціонарний, напівстаціонарний. Включення в індивідуальну психотерапевтичну програму соціотерапевтичних заходів.
7. Співвідношення клінічних проявів, розлади з існуючими психотерапевтичними концепціями психічного здоров'я і патології.	Психотерапевтична бесіда, аналіз отриманих даних, психодіагностика.	Побудова психотерапевтичної гіпотези.	Вибір основного методу психотерапії.

Публікації, що відображають основні наукові результати***Статті у наукових періодичних виданнях інших держав***

15. Корець А. М. Особливості потребова-мотиваційної сфери осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я та схильністю до адиктивної поведінки. *KELM*. 2021. № 5 (41). Vol. 2. P. 49-54.

Статті у наукових фахових виданнях України, що включені до міжнародних наукометричних баз з психології

16. Корець А. М. Профілактика та корекція адиктивної поведінки підлітків та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2016. № 1(77). С. 74-79.

17. Корець А. М. Індивідуальний підхід до психокорекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з вадами розумового розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2019. Вип. 3. С. 167-172.

Статті у наукових фахових виданнях України з психології

18. Корець А. М. Психологічні чинники адиктивної поведінки молоді. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2012. № 21. С. 377-381.

19. Корець А. М. Психологічні чинники зародження алкоголізму та наркоманії підлітків. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2013. № 22. С. 353-357.

20. Корець А. М. Соціально-медичні особливості адиктивних станів молоді. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2013. № 23. С. 340-34.

21. Корець А. М. Профілактика адитивної поведінки осіб юнацького віку з особливими потребами. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2017. Вип. 5. Т. 2. С. 60-64.

Відомості про апробацію результатів дисертаційного дослідження

№	Назва конференції	Місце та дата проведення	Форма участі
1	Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання педагогічних і психологічних наук в XXI столітті»	Одеса, 2012	заочно
2	Міжнародна науково-практична конференція «Педагогіка та психологія: традиції та інновації»	Львів, 2013	заочно
3	Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання педагогічних і психологічних наук в XXI столітті»	Одеса, 2013	заочно
4	Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми та перспективи педагогіки і психології у сучасному суспільстві»	Київ, 2013	заочно
5	Всеукраїнської науково-методична інтернет-конференція «Наукова спадщина Григорія Костюка і сучасні проблеми особистісно орієнтованої освіти»	Кіровоград, 2016	дистанційно
6	II-ї Міжнародна науково-практична конференція «Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення і підходи»	Баку-Ужгород-Дрогобич, 2017	очно
7	III-ї Міжнародна науково-практична конференція «Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення і підходи»	Баку-Ужгород-Дрогобич, 2017	заочно

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«ДОНБАСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
(ДДПУ)

вул. Г. Батюка, 19, м. Слов'янськ, Донецька область, 84116 тел./факс (06262) 3-23-54
 Код ЄДРПОУ 38177113

14.05.2016р. № 88-16-182 на № _____

Довідка

про впровадження результатів дисертаційної роботи Корця Андрія Миколайовича «Психокорекція адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я», представленої на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.08 – спеціальна психологія

Розроблена А.М. Корцем концепція психотерапевтичного впливу на осіб юнацького віку з обмеженими фізичними можливостями, які мають наркотичну та алкогольну залежність, знайшла підтримку та схвалення у навчально-наукових колах факультету спеціальної освіти.

Розроблена автором у рамках дисертаційної роботи технологія профілактики адиктивної поведінки таких осіб засобами арт-терапії та поведінкового підходу виявилася досить ефективною.

Деякі аспекти розробленої системи медико-психолого-педагогічної корекції поведінки адиктивів юнацького віку із психофізіологічними вадами впроваджені до навчального процесу підготовки фахівців корекційної педагогіки.

Ректор



С.О. Омельченко



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

імені М.П. ДРАГОМАНОВА
01601, м.Київ-30, вул. Пирогова, 9
Телефон 234-11-08

Довідка № 4

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Корця Андрія Миколайовича «Психокорекція адиктивної поведінки
осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я»,
представленого на здобуття наукового ступеня кандидата
психологічних наук за спеціальністю 19.00.08.- спеціальна психологія**

від 25 травня 2015 року

Корець А. М., навчаючись в аспірантурі з відривом від виробництва протягом 2010-2012 років проводив апробацію результатів свого дисертаційного дослідження на кафедрі спеціальної психології та медицини, з проблем визначення ефективності психолого-медичної та педагогічної системи корекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я. При цьому до експериментальної роботи були залучені студенти та викладачі, які є фахівцями в галузі спеціальної психології. Система корекції адиктивної поведінки юнаків з обмеженими можливостями, яка розроблена у рамках дисертаційного дослідження Андрія Миколайовича Корця, є ефективною і частково впроваджена до практичних занять з курсу спеціальної психології у системі підготовки фахівців корекційної психології та педагогіки.

**Проректор з наукової роботи,
професор, доктор фізико-
математичних наук**



Г. М. Торбін



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
РІВНЕНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

вул.Ст.Бандери, 12, м. Рівне, 33028, тел. (0362) 26-78-65, факс (0362) 26-37-15
E-mail: rectorat@rdgu.uar.net, код ЄДРПОУ 25736989

06.05.2016 № 57

На № _____ від _____

Довідка

про апробацію та впровадження результатів дисертаційного дослідження Корця А. М. «Психокорекція адитивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я», представленого на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.08.- спеціальна психологія.

У продовж 2011-2012 років Корець А.М. проводив апробацію результатів свого дисертаційного дослідження на кафедрі практичної психології та психотерапії щодо визначення ефективності психотерапевтичної системи корекції адитивної поведінки осіб юнацького віку. При цьому до експериментальної роботи були задіяні студенти молодших курсів, які навчалися за спеціальністю «Практична психологія». Система профілактики та корекції адитивної поведінки юнаків, яка розроблена у рамках дисертаційного дослідження А. Корцем, є ефективною і частково впроваджена до практичних занять з курсу психотерапії у системі підготовки практичних психологій.

РЕКТОР



проф. Р. М. Постолювський



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
 КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ОГІЄНКА
 вул. Огієнка, 61, м. Кам'янець-Подільський, 32300; тел.: (03849) 3-05-13, факс: (03849) 3-07-83, E-mail: post@kpmu.edu.ua
 код ЄДРПОУ 02125616

24.12.2015 № 113 На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 «Психокорекція адитивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими
 можливостями здоров'я»
 на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук
 за спеціальністю 19.00.08 – спеціальна психологія
 КОРЦЯ АНДРІЯ МИКОЛАЙОВИЧА

Соціально-економічні, політичні, культурні зміни в різних сферах українського суспільства зумовили виникнення специфічної соціальної реальності, яка характеризується явищами адитивної поведінки (матеріального та соціального розшарування сімей, соціального сирітства, насильства, уживання алкоголю та інших наркотичних речовин значною кількістю членів суспільства). Зважаючи на актуальність проблеми, те, що адитивна поведінка є небезпечною для молоді, викладачі кафедри психолого-медико-педагогічних основ корекційної роботи факультету корекційної та соціальної педагогіки і психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка впродовж 2014-2015 років здійснювали перевірку експериментальних результатів наукового дослідження А.М. Корця з питань адитивної поведінки підлітків та молоді з обмеженими можливостями здоров'я.

Практичне значення має розроблений автором комплекс наукового та навчально-методичного забезпечення спеціальної підготовки фахівців соціальної сфери, зокрема навчальні та методичні посібники, навчальні програми, методичні рекомендації. Матеріали з дослідження індивідуально-типологічної характеристики особистості підліткового та юнацького віку з вадами психофізіологічного розвитку можуть бути використані у процесі підготовки та підвищенні кваліфікації фахівців зі спеціальної медичної психології.

Результати впровадження свідчать, що розроблена Андрієм Миколайовичем особистісно-орієнтована методика медико-психолого-педагогічної корекції адитивної поведінки підлітків та молоді з обмеженими можливостями здоров'я відповідає сучасним вимогам до стандартів підготовки соціальних педагогів і соціальних працівників та є вагомим чинником у підвищенні рівня професійної підготовки студентів і рекомендується для подальшого впровадження у навчальний процес вишів України.

Результати впровадження матеріалів дисертаційної роботи було обговорено і схвалено на засіданні кафедри психолого-медико-педагогічних основ корекційної роботи (протокол № 9 від 17 грудня 2015 року) Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.

Проректор з наукової роботи,
 доктор фізико-математичних наук, професор  I.M. Конет





ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

КИЇВСЬКА МІСЬКА НАРКОЛОГІЧНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ
«СОЦІОТЕРАПІЯ»

від 26.11.14
№ 2

03039, м. Київ-39, пров. Деміївський, 5-А
Тел. 258-6891, Факс 259-9039
E-mail: common@k106.kiev.ua

ДОВІДКА 2 про впровадження у Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія»

Апробація системи медико-психологічної корекції адиктивної поведінки підлітків та молоді з порушеннями психофізіологічного розвитку як одного із результатів дисертаційного дослідження

Корця Андрія Миколайовича

«Психокорекція адиктивної поведінки осіб юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я» за спеціальністю 19.00.08 – спеціальна психологія у медичну практику нашої лікарні продемонструвало її життєздатність та доцільність у лікуванні таких пацієнтів із застосуванням психологічних впливів для корекції їх адиктивної поведінки. Нами проводяться точкові заходи щодо впровадження такої системи у психотерапевтичну практику лікування алкоголе- та наркотично залежних хворих, які мають порушення психофізіологічного розвитку.

Головний лікар



В.В.Ярий