

Київський національний торговельно-економічний університет
Кафедра психології

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА (ПРОЕКТ)
на тему:
**ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ
У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Студента 2м курсу, 3 групи,
спеціальності 08.03010201
спеціалізація «Психологія»

Ханова Аліна
Олександрівна

Науковий керівник
доктор психологічних наук,
професор

Корольчук
Валентина
Миколаївна

Науковий консультант
кандидат психологічних наук,
доцент

Вербицька
Людмила
Федорівна

Гарант освітньої програми
доктор психологічних наук,
професор

Корольчук
Валентина
Миколаївна

Київ 2019

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН В ОСОБИСТОСТІ НАРКОЗАЛЕЖНИХ | 6 |
| Висновки до розділу 1..... | 18 |
| РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГРУНТУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ | 20 |
| Висновки до розділу 2..... | 31 |
| РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН НАРКОЗАЛЕЖНИХ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ | 32 |
| 3.1. Аналіз результатів дослідження наркозалежних за методиками..... | 32 |
| 3.2. Порівняння проявів особистісних змін наркозалежних під час реабілітації..... | 39 |
| 3.3. Практичні рекомендації щодо оптимізації позитивних особистісних змін у наркозалежних під час реабілітації..... | 44 |
| Висновки до розділу 3 | 45 |
| ВИСНОВКИ | 46 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 49 |
| ДОДАТКИ | 53 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Подібне дослідження є актуальним, оскільки дозволить виявити фактори успішного одужання наркозалежних, ті ресурси які допоможуть їм повернутися до тверезого способу життя і підтримувати стабільну ремісію. Відмовившись від вживання наркотиків, наркозалежний стоїть не тільки перед проблемою подолання патологічного потягу до наркотику, але й перед проблемою реінтеграції в суспільство, взяття відповідальності по відношенню до себе. Даний процес є тривалим і динамічним. Виявлення таких факторів дозволить не тільки оптимізувати реабілітаційні програми, а й висвітлити проблему зворотності метаадиктивних розладів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що у науковій літературі достатньо уваги приділяється вивченню особистості наркозалежного (В. Д. Менделевич, 2001; І. М. Зіганшин, 2005; Ю. П. Сиволап, 2007 та ін.), факторів ризику наркотизації (К. Е. Вулькл, 2002; М. М. Іванець, 2004, 2006; І. В. Белокрилов, 2005; І. М. Зіганшин, 2005 та ін.). Ряд робіт присвячений вивченню патологічного потягу до наркотику (В. Б. Алтшулер, 1994; В. Д. Менделевич, 2001; В. В. Чирко, Н. В. Дьоміна, 2002; Е. М. Крупицький, 2003; А. Ю. Єгоров, 2004 та ін.), аналізу мотивації до припинення вживання наркотиків та плинності ремісій при залежності від психоактивних речовин (В. С. Битенський, 1991; Т. Г. Рібаков, 1996; М. А. Віннікова, 2004 та ін.). У переважній більшості робіт вказується на низьку ефективність реабілітаційних заходів при хімічній залежності. Вкрай мало уваги приділено питанню зворотності особистісних, сімейних і соціальних порушень після припинення наркотизації (В. В. Батищев, Н. В. Негеріш, 2000; С. В. Котлярова, 2005).

Мета – здійснити теоретичний аналіз, обґрунтувати психодіагностичний інструментарій, з'ясувати особливості проявів особистісних змін наркозалежних у процесі реабілітації та розробити практичні рекомендації стосовно їх оптимізації. Відповідно до мети дослідження визначено такі основні завдання:

- здійснити аналіз наукових підходів щодо визначення особистісних змін наркозалежних;
- обґрунтувати психодіагностичний інструментарій й провести емпіричне дослідження;
- з'ясувати особливості проявів особистісних змін наркозалежних у процесі реабілітації на її різних етапах;
- розробити практичні рекомендації щодо оптимізації особистісних змін у хворих під час реабілітації.

Об'єкт дослідження – процес реабілітації наркозалежних.

Предмет дослідження – особистісні зміни наркозалежних у процесі реабілітації.

Методи дослідження – у дослідженні використано комплекс методів, який включав наступні: *теоретичні* - аналіз літератури з обраної наукової проблеми, систематизація та узагальнення наукових даних; *емпіричні* – спостереження, бесіда, анкетування та тестування. Для досягнення мети дослідження застосовувався комплекс психодіагностичних методик, до якого увійшли:

1. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)
2. Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО)
3. Методика вивчення рівня домагань та самооцінки Дембо-Рубінштейн
4. Тест-опитувальник дослідження психологічних захисних механізмів "Life style index" (LSI)

Емпірична база: дослідженням були охоплені 41 респондент з наркотичною залежністю чоловічої і жіночої статі, тривалість вживання більше одного року, які перебувають в одному з реабілітаційних центрів м. Бровари, Київської обл.

Наукова новизна дослідження.

З'ясовано особливості проявів особистісних змін наркозалежних у процесі реабілітації на її різних етапах; Обґрунтовано психодіагностичний інструментарій емпіричного дослідження; Психодіагностичний інструментарій разом із мотивацією є одним із ключових моментів ефективної психокорекційної роботи

наркозалежних під час реабілітації; отримані результати дослідження респондентів даного центру реабілітації свідчать про те, що 6 місяців стаціонарного лікування від наркозалежності не є достатнім для ефективних особистісних змін у наркозалежних.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що отримані результати рекомендовано до використання в системі психологічного забезпечення і супроводу психологічної реабілітації наркозалежних; соціально-психологічних службах і підрозділах роботи з молоддю при державних міських (районних) адміністраціях; центрах довузівської підготовки, практичними психологами; установами МОН України, а також у процесі професійної підготовки практичних психологів на бакалаврському і магістерському рівнях освіти.

Апробація роботи проходила під час заслуховування на засіданні кафедри психології та за матеріалами роботи опубліковано статтю «Фактори розвитку наркоманії та особистісні характеристики наркозалежних осіб» у «Науковому збірнику магістерських робіт» 2019.

Структура випускної кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (44 найменувань) і трьох додатків. Основний зміст роботи викладено на 48 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 12 таблиць та 2 рисунки.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН В ОСОБИСТОСТІ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

Психопатологічні феномени у осіб з адиктивними розладами прийнято розділяти на три основні групи:

- 1) Проадиктивні психопатологічні феномени — преморбідний склад особистості і коморбідні психічні порушення, виявляють схильність до зловживання психоактивними речовинами (далі ПАР).
- 2) Власне адиктивні розлади — хворобливий потяг до ПАР і залежність від них.
- 3) Метаадиктивні розлади — сукупність психопатологічних наслідків зловживання наркотиками або алкоголем.

Зауважимо, що черговість виникнення та типи взаємодії між наведеними вище окремими категоріями психопатологічних феноменів складно піддаються клінічному аналізу. У той же час, очевидно, що адиктивні розлади, які розвиваються на ґрунті особливих психічних нахилів, посилюються у процесі зловживання ПАР [37].

Чинники наркотизації особистості

Якщо говорити про схильність або ширше про чинники, що призводять до формування наркозалежності, то їх умовно можна розділити на три групи.

- 1) Індивідуально-психологічні: включають спадкову схильність, психофізіологічні особливості, особистісні якості до початку вживання наркотиків.
- 2) Соціальні чинники: становище серед однолітків, коло спілкування, а також соціальні кризи у рамках усього суспільства.
- 3) Чинники сімейного середовища [26].

Розглянемо індивідуально-психологічні чинники наркотизації. К. Э. Вулкль, М. Р. Фроун зробили акцент на наступних типах індивідуальних характеристик:

демографічні (чоловіки вживають частіше ніж жінки, низький соціально-демографічний рівень, низький рівень освіти батьків); особистісні (низький рівень самоконтролю, переважання негативних емоцій, низька самооцінка, ставлення до навчання, очікування, пов'язані з алкоголем та наркотиками) [8].

У ряді робіт вказується на те, що спадкове обтяження психічними захворюваннями може виступати як чинник, сприяючий наркоманії. Близнюкові дослідження показали, що спадковість наркозалежності складає 30%. Пристрасть до різних наркотиків має неоднакову генетичну компоненту. Спадковість героїнової наркоманії складає 50%, до психоделічних засобів - 26%. Великий вплив (53%) на вживання психоделічних засобів робить поза сімейне оточення [11].

Взаємозв'язок наркозалежності і акцентуацій характеру відзначався ще П. Б. Ганнушкіним. І детально було описано А. Е. Лічко. Відмічено, що схильність до наркозалежності найбільш характерна епілептоїдним, нестійким, циклоїдним і істероїдним типам акцентуацій. Гіпертими виявляють цікавість до галюциногенів і інгаляторів, які здатні викликати яскраві, барвисті образи. Крім того, їм також властиве прагнення "все спробувати". Підлітки з істероїдною акцентуацією віддають перевагу приємному стану або заспокоєнню, що викликається транквілізаторами. При шизоїдному типі спостерігається тенденція до вживання опійних препаратів, тобто бажання викликати у себе емоційний приємний стан. Але більшість авторів дійшли висновку про те, що ризик нарко- і токсикоманії найбільш характерний підліткам з епілептоїдною, нестійкою і гіпертимною акцентуацією [9, 26].

Основний склад хворих опійною наркоманією це не психічнохворі і не особи з психопатичними рисами характеру, а люди без особистісної патології або з незначними девіаціями, що не досягають у більшій частині навіть міри акцентуації [11]. В той же час у пацієнтів з особистісними аномаліями, наркоманія формується більш стрімко [19].

З точки зору психології особистості, наркозалежність є внутрішньо-особистісним конфліктом або протиріччям, з яким особистість не справляється без

психоактивних речовин. Не самі особистісні протиріччя ведуть до алкоголізму і наркоманії, а спосіб їх рішення, споживання ПАР з певною, не завжди усвідомленою метою. Такої думки дотримується Б. С. Братусь, що відмічає, що причиною зловживання ПАР є дефектний спосіб рішення неминуче виникаючих протиріч між бажаним і можливим.

Різні дослідники вивчаючи взаємозв'язок вживання психоактивних речовин з особистісними характеристиками, виділили ряд властивостей, які належать людям, що страждають залежністю від ПАР:

- 1) компульсивна потреба прийому речовини;
- 2) низька здатність регулювати власні афективні стани;
- 3) знижена здатність піклуватися про себе, у тому числі захищати себе від небезпеки;
- 4) неадекватна самооцінка;
- 5) недостатньо розвинена здатність висловлювати свої переживання.

При цьому більшість авторів сходяться на тому, що ці особливості (за винятком першої) виникають не внаслідок формування хімічної залежності, а ще до її виникнення і можуть розглядатися як чинники ризику виникнення адикції, тобто належать до проадиктивних феноменів [14, 34, 41].

Л. Вермсер, описуючи особливості індивідів, що вживають наркотики, виділяє особливу групу осіб, для яких вживання наркотиків є "спробою самолікування": "Значення ефекту наркотика у внутрішньому житті пацієнтів, ймовірно, краще всього може бути пояснене як штучний або сурогатний захист від непереборних афектів". Схожі погляди висловлюють й Г. Кристал і Г. Раскин: "Наркотики використовуються для уникнення неминучої психічної травми при обставинах, які для інших людей не були б такими, що потенційно травмуючі" [22].

Спираючись на ці і ряд інших джерел, ми розуміємо, що виникнення наркотичної залежності слід розглядати як реакцію індивіда на деяку непереносну внутрішню ситуацію, основною характеристикою якої є інтенсивний, постійно виникаючий або хронічний негативний афект будь то лютість, сором, самотність, тривога або безпорадність. Ця внутрішньо-психічна

ситуація (проадиктивний феномен) склалася до початку вживання наркотика у відповідь на ті або інші зовнішні дії і виявилася нерозв'язною за допомогою наявних у розпорядженні індивіда психологічних засобів. Лі Доде пише про це так: наркотики є ефективним засобом контролю над станом безпорадності і безсилля, як і над іншими важкими психічними станами [14]. В результаті індивід опиняється всередині "замкнутого кола", типового для власного адиктивного розладу. Вживання наркотика веде до наростання власної безпорадності перед обличчям психічної напруги, а це, у свою чергу, спонукає до подальшого вживання, тобто наркотик парадоксальним чином отримує функцію "засобу самолікування" [41]. Висловлена думка про те, що наркотик - це своєрідний компенсуючий чинник, сприяючий подоланню людиною наявних психологічних проблем дезадаптації [32].

Не можна не відмітити, що існує точка зору, яка заперечує існування донаркотичної особи. А одним з найбільш важливих чинників, що впливає на формування "наркотичної особи" це є сім'я. Неблагополуччя в сім'ї може бути підґрунтям, яке найчастіше підштовхує підлітка до участі в асоціальних компаніях, особливо при деяких типах акцентуації характеру [27].

В цілому, дослідники з різних галузей знань сходяться на тому, що хімічна залежність виникає як результат складної і погано передбачуваної взаємодії спадково-біологічних, біохімічних, соціальних і індивідуально-психологічних чинників [20, 26, 8, 41].

Пристрасть до наркотика не можна пояснити лише залежністю фізіологічною або психологічною, що традиційно розуміється позитивною (прагнення до задоволення) або негативною (уникнення болю). Коли ми говоримо про наркоманію, ми стикаємося з явищем набагато складнішим і багатогранним.

Характерні особливості наркозалежних осіб

При розгляді проблеми особистісних особливостей наркозалежного, деякі автори пропонують говорити не про один психологічний портрет залежної особи, а про декілька [32]. И.М. Зиганшин зі співавторами [18] на матеріалі обстеження

965 хворих алкоголізмом і наркоманією виділяють шість типів особистості наркозалежних: синтонний, нестійкий, астеничний, шизоїдний, епілептоїдний та істеричний. Автори припускають, що найбільш схильні до зривів і рецидивів особи з нестійким типом особистості, вони важче за інших піддавалися лікуванню.

Проте більшість авторів відмічають, що практично для усіх наркозалежних можна виділити такі загальні основні риси:

1. *Порушення ціннісно-сислової сфери*: поступове руйнування що склалася раніше мотиваційно-сислової ієрархії і формування нової, зосередженої на добуванні і вживанні наркотика. В слід за цим відбувається розпад ціннісної системи особистості. Ненаркотичні інтереси наркозалежних нестійкі, захоплення відсутні, соціальні інтереси нехтуються. Ціннісно-сислова сфера деформована і розузгодженна. Спостерігається зниження вищих морально-етичних цінностей. Для наркозалежних характерні низькі показники усвідомленості, зрілості і прагнення до досягнення мети (С.В. Березин, 2001; Б.С. Братусь, 1988; Р.Р. Гарифулін, 2000) [4, 5, 10]. В. Франки відносив наркоманію до так званих ноогенних неврозів, зв'язуючи її з відсутністю сенсу в житті.

Як було сказано в розділі, присвяченому чинникам наркотичної залежності, розузгодженність в ціннісно-сисловій сфері у наркозалежних осіб, як правило, виявляється вже в підлітковому віці, тобто до початка вживання. Придбана наркотична залежність, у свою чергу, посилює розузгодження в ціннісно-сисловій сфері і посилює негативні тенденції деформації особистості [17].

2. *Неадекватність і нестабільність самооцінки*. Наркозалежні не відчують цінності своєї особистості, не впевнені в собі, їх ставлення до себе нестабільно і хронічно занижене, що може маскуватися демонстративною самодостатністю і показною впевненістю у своїй правоті. Їх ретроспективна самооцінка часто не відповідає перспективній (Г. Кристал, 2000; Є. Т. Соколова, 1989) [22, 38].

Для наркозалежних, з точки зору А. Ш. Тхостова, характерні специфічні порушення ідентичності "Я" із спотворенням сприйняття особистої біографії, а

також меж "Я" з відсутністю диференційованої критики власних можливостей. Хворі наркоманією характеризуються нижчим рівнем самосвідомості (в порівнянні із здоровими людьми), особливо нерозвиненістю його когнітивного компонента, якому належить провідна роль у встановленні адекватної самооцінки. В цілому, самооцінка у наркозалежних знижена, більш розмита та примітивна. Вони не здатні структурувати свій життєвий і внутрішній досвід [40]. С. А. Кулаков виділяє наступні патерни емоційної лабільності у наркозалежних підлітків:

- 1) Низька фрустраційна толерантність і швидке виникнення тривоги і депресії.
- 2) Понижена і нестабільна самооцінка.
- 3) Перебільшення негативних подій, мінімізація позитивних і як наслідок, ще більше зниження самооцінки, неприйняття зворотного зв'язку, яке сприяє "закриттю" особистості [20].

3. *Зміни в емоційній сфері.* Дослідники виділяють такі особливості наркозалежних, як: різкі коливання настрою, хвороблива чутливість, уразливість, труднощі розпізнавання і вираження емоцій, емоційна незрілість, брутальність афекту, дисфорії, агресивність, черствість до близьких і загальне емоційне огрубіння, переважає явище «негативної афективності» (Н. В. Дьоміна, 2004; С. В. Березін, 2001) [12, 2]. Зниження адекватності сприйняття емоцій у іншої людини, нормальний або підвищений рівень емоційної експресії [24].

4. *Низька стресостійкість.* Наркозалежним властива низька здатність переносити всілякі стресові впливи, невміння прогнозувати наслідки своїх дій і долати труднощі, схильні неадекватно сприймати і реагувати на фруструючі обставини (С. В. Березін, 2001). [4]

5. *Порушення когнітивно-вольових процесів:* у наркозалежних спостерігається зниження уваги і пам'яті, непродуктивність і не цілеспрямованість мислення, низька витривалість в області інтелектуальних навантажень, зниження вольових процесів, і активності в цілому (Р. Р. Гарифулін, 2001) [10].

Окрім вище перелічених порушень, відмічені порушення тактильного сприйняття, просторового, конструктивного і у меншій мірі, динамічного видів

пракису, слухо-моторних координацій, рахункових операцій і т.п. Що свідчить про залучення до патологічного процесу переважно тім'яних і в меншій мірі скроневих відділів правої півкулі головного мозку, а з урахуванням вчення про функціональні блоки по А. Р. Лурія, про дисфункцію раніше всього інформаційного II блоку і рідше I енергетичного блоку (Н. Я. Оруджев, Э. Г. Иванчук, 2001) [28].

Фактично частковому розпаду піддаються найбільш складні і високоорганізовані психічні функції людини. На регрес особистісних структур впливають: тривалість захворювання, його тяжкість, вік початку вживання наркотиків (Л. Додс, 2000) [14].

Окремо варто сказати декілька слів про такі відмінні риси наркозалежних, як наявність патологічного потягу до вживання наркотика і не критичності до свого захворювання.

Ю. П. Сиволап говорячи про хворобливий потяг, відмічає наявність зовнішніх ознак як обсесивно-компульсивних порушень, так і над-цінних утворень, пропонує віднести адиктивні феномени до окремого адиктивного психопатологічного реєстру [37].

Прояви потягу до ПАР різноманітні і часто не рефлексуються суб'єктивно саме як потяги, детермінуючи вживання наркотика. Нерідко саме слабка рефлексія потягу до ПАР є чинником розвитку рецидивів у хворих із залежністю від ПАР [15].

На прикладі хворих алкоголізмом було виявлено, що рівень патологічного потягу в періоді ремісії досить низький, а збільшення його інтенсивності відбувається, як правило, у зв'язку із зовнішніми провокувальними стимулами і тісно асоційований з афективними порушеннями [23]. Автори вважають, що ясно усвідомлюваний непереборний або погано контрольований патологічний потяг до алкоголю, існуючий впродовж тривалого часу, є рідкісним феноменом. Потяг до алкоголю провокується зовнішніми стимулами (як специфічними - пов'язаними з алкоголем, так і неспецифічними - стрес) і є імпульсивним короточасним транзиторним феноменом, який призводить до рецидиву захворювання.

Патологічний потяг взаємопов'язаний з якістю життя наркозалежного. Відмічена зворотна кореляція між якістю життя і патологічним потягом. Тобто, чим більше виражений патологічний потяг, тим гірше якість життя наркозалежного [36].

Більшість наркозалежних добре усвідомлюють наявність у себе патологічного потягу до наркотика і трагічність наслідків поведінки, спрямованої на його пошук та вживання, проте вони готові здійснювати руйнівні вчинки заради наркотика. На початку вивчення цієї проблеми, мала місце така точка зору, що причиною такої поведінки є прагнення уникнути важких симптомів фізичної залежності. Сучасні дослідження свідчать, що автоматизм поведінки і слабкість свідомого контролю над здійснюваними діями у наркозалежних в процесі пошуку і споживання наркотиків, а також значні труднощі, що виникають при спробі "вилікуватися" від наркотичної залежності, пов'язані з нейропластичною ремодуляцією - підкоркових структур [31].

Проте наркозалежні часто нездатні протистояти патологічному потягу до наркотика і після зняття симптомів абстинентного синдрому і подальшого досить тривалого періоду невживання. Що свідчить про наявність не лише біологічних причин рецидиву.

З точки зору В. Д. Менделевича, психологічні причини потягу до наркотика полягають, по-перше, в тих ілюзорних можливостях задоволення бажань і вирішення конфліктів, які дає стан сп'яніння, і по-друге, в тих психологічних і соціальних умовах, які штовхають людину на цей шлях [32].

Патологічний потяг до вживання ПАР принципово не може бути зведений виключно до нейрохімічних порушень, що зокрема пояснює фармакорезистентність цього розладу. У зв'язку з цим, найбільш перспективною видається розробка не лікарських, а психологічних підходів, здатних вплинути на деформовану ієрархію цінностей у осіб, що страждають адиктивними розладами [36].

Некритичність до свого захворювання є ще однією важливою рисою наркозалежних.

На думку І. Н. П'ятницької, несхильність і нездатність до самоаналізу

хворого, не дозволяє оцінити початкове зниження працездатності, втрату інтелектуальної діяльності, ускладнення в інтерперсональних стосунках. Особистісна неспроможність, нездатність правильно оцінити негативні наслідки вживання наркотиків має сильну гальмівну дію на формування потреби в лікуванні [28]. Є декілька сторін проблеми некритичності наркозалежного до своєї хвороби. Одна з них - це спотворення структури і вираженості механізмів психологічного захисту.

Відповідно до структурної концепції механізмів захисту Р. Плутчика, механізми психологічного захисту можна визначити як сукупність способів послідовного спотворення когнітивної і афективної складових образу реальної ситуації. Вони розвиваються як специфічні засоби соціально-психологічної адаптації і призначені для того, щоб упоратися з емоціями різної модальності в тих випадках, коли досвід індивіда сигналізує йому про вірогідні негативні наслідки. Механізми захисту запобігають розвитку внутрішньо-особистісного конфлікту між первинною емоцією і емоцією страху та його похідних. Неадаптовані індивіди використовують деякі механізми більшою мірою, чим адаптовані. Оскільки в механізмах захисту є способи спотворення когнітивних і емоційних складових образу реальності, це відбивається в поведінці таких індивідів, повідомляючи йому захисний (девіантний, залежний, патологічний і тому подібне) характер. Тобто об'єктивні девіації в поведінці пов'язані з відхиленнями у використанні механізмів психологічного захисту [33]. Механізми психологічного захисту грають істотну роль в адаптації як на дохворобливій стадії, так і при розвитку наркоманії [35].

Намагаючись зберегти свої уявлення про світ і самого себе, наркозалежний будує систему психологічного захисту, формується метаадиктивний розлад. При цьому власний досвід спотворюється і частково ігнорується, структура особи стає ригідною [42]. Система психологічного захисту, що сформувалася в процесі наркотизації, спотворює також і об'єктивну інформацію про наркотики, критичність хворих наркоманією до свого захворювання різко знижується [16].

Емпіричні дослідження показують, що в порівнянні із здоровими людьми,

активність психологічних захистів, сприяючих соціальній адаптації, вище, у тому числі і у пацієнтів із залежністю від психоактивних речовин. У хворих алкоголізмом особливо високі показники з проєкції, пригніченню і заміщенню, на підставі чого автори говорять про високу вираженість внутрішньо-особистісного конфлікту і про актуальність для цих осіб проблем ієрархії і ідентичності [33].

Був відмічений взаємозв'язок сформованої в процесі наркотизації, системи психологічного захисту, що спотворює об'єктивну інформацію про наркотики з різким зниженням критичності хворих наркоманією до свого захворювання при загостренні патологічного потягу до звичної психоактивної речовини [16].

З іншого боку, з точки зору М. В. Дьоміної, порушення свідомості наркотичної хвороби не можна розглядати як прояв психологічного захисту, оскільки цей феномен тісно влітається в структуру синдрому патологічного потягу і у своїй еволюції повністю корелює з її динамікою [13]. Автор вважає, що в структурі порушеної свідомості наркотичної хвороби основну роль грає афективно-емоційний компонент, що здійснює безпосередньо-чуттєве відображення суб'єктом протопатичних хворобливих відчуттів, що в першу чергу виражаються переживанням тривоги.

М. В. Дьоміна вважає, що порушення свідомості у наркологічних хворих слід віднести до проявів деперсоналізації. Деперсоналізація в цьому випадку захоплює лише сферу переживання хвороби, залишаючи значною мірою інтактними інші компоненти самосвідомості - такі як можливість орієнтування в місці, часі і навколишньому середовищі.

У свою чергу, когнітивний компонент - інтелектуальна складова внутрішньої картини хвороби, є опосередкованим і переважно психологічним феноменом [13].

Проблема анозогнозії наркологічних хворих повинна розглядатися в трьох основних аспектах - біологічному, психологічному і соціальному. Це обумовлено тим, що при систематичному вживанні наркотичних засобів відбуваються біологічні зміни в організмі, коли психоактивна речовина, став звичною, активно

бере участь у фізіологічних процесах. Крім того, відбуваються особистісні зміни як наслідок хронічної інтоксикації і порушення психологічної адаптації індивіда, а також порушення соціального функціонування хворого наркоманією, на якого суспільство впливає репресіями [42].

Говорячи про порушення свідомості хвороби у наркозалежного, варто відмітити порушення сприйняття картини світу їм самим. Суб'єктивне майбутнє для наркомана в цілому байдуже, неактуальне, немає значення, а ті події майбутнього, які все ж таки усвідомлюються ним, зрушені у свідомості на, існують "тут і зараз". Якщо минуле наркомана детермінується наркотичним досвідом його сьогодення, то майбутнє (на відміну від майбутнього "нормальної" людини) детермінантом сьогодення для хворого не є [15].

Зворотність особистісних порушень при наркотичній залежності

Відмічено, що зміни особистості при опійній наркоманії виявляються вже на самих ранніх етапах захворювання. Спочатку вони представляють гротескне загострення базисних рис характеру хворого. Передусім, це стосується рис психічного інфантилізму, які в тому або іншому ступені вираженості властиві усім хворим наркоманією. В процесі розвитку наркоманії ці риси виступають на передній план, концентруючись навколо наркотиків. У пацієнтів, особистісні особливості яких обмежувалися акцентуацією, ці зміни стали сумірні з глибиною психопатії. Загострювалися далеко не всі, властиві тому або іншому хворому особливості, а лише деякі з них (в першу чергу, збудливість, афективні розлади і ознаки, морально-етичного зниження) [19]. Формується своєрідний дефект. Питання про те, чи зворотні такі зміни або ж вони є кінцевим станом, ще не вирішене.

З точки зору В. В. Батищева і Н. В. Негериш, зміни на біологічному рівні вважаються беззворотніми, а психологічні і соціальні зміни піддаються корекції [2]. Проте детальнішого дослідження послідовності, швидкості і повноти зворотності особистісних порушень наркозалежних авторами не наводиться.

Припинення прийому наркотичних речовин викликає значну дисфункцію

психічної діяльності, порушення діяльності вегетативної нервової системи і внутрішніх органів. Як відомо, в постабстинентний період на перший план виступають психопатологічні розлади, що нерідко є клінічним оформленням неусвідомлюваного патологічного потягу до наркотика. У хворих спостерігається знижений настрій, дратівливість, відчуття психічного дискомфорту, астенія, порушення сну, потреба у відновленні прийому наркотиків [1].

Ряд авторів, спираючись на результати сучасних експериментальних і клінічних досліджень, вказують на формування виражених довготривалих змін міжнейрональних зв'язків і відповідно морфофункціональної організації структур мезокортиколімбічної дофаміногетичної системи під впливом хронічної дії наркотичних засобів. Нині немає даних про міру зворотності що сталися. Клінічні спостереження вказують на можливість часткового регресу гіперсензитивності наркозалежних хворих до стимулів, що асоціюються з наркотиком, проте повного повернення до "до-наркотичного" стану, мабуть, не відбувається. Нейропластична ремодуляція підкіркових структур у наркозалежних пацієнтів може пояснювати автоматизованість поведінки і слабкість свідомого контролю над здійснюваними діями у таких хворих в процесі пошуку і споживання наркотиків, а також значні труднощі, що виникають при спробі вилікуватися від наркотичної залежності [31].

З точки зору В. Д. Менделевича, наркозалежність як патологічний стан значною мірою тяжко піддається зворотнім змінам. Негативні зміни, які відбулися в психіці людини в результаті зловживання наркотиками, украй стійкі [32].

Перераховуючи порушення, що є практично безумовними компонентами тривалої хронічної інтоксикації, а саме: емоційне стовщення, інтелектуально-мнестичне зниження, морально-етичне огрубіння, карикатурне різке загострення преморбідних особистісних особливостей, М. А. Вінникова відмічає, що вони мають тенденцію до затяжного існування навіть за відсутності дії наркотика на організм і його системи. Проте ці розлади все ж таки мають прогресивний характер і при тому, що утримується від вживання наркотиків впродовж відносно тривалого часу згладжуються. Тому і оцінка особистісних змін, сформованих в процесі захворювання, повинна робитися не раніше, ніж через півроку після

утримання хворого від вживання ПАР, коли відбувається практично повна стабілізація психічного стану, пов'язана із стійкою редукцією патологічного потягу до наркотика [6].

Також на користь злагодження негативних тенденцій свідчить робота Ю. В. Власової, яка виконана на прикладі 33 наркозалежних, звільнених з місць позбавлення волі і таких, що брали участь в психокорекційній програмі. Автором виявлено, що від самого початку високі значення незрілих механізмів психологічного захисту мали тенденцію до зниження їх вираженості [7].

Висновки до розділу 1

У науковій літературі різним аспектам наркотичної залежності присвячена велика кількість робіт. В цьому розділі був розглянутий шлях формування наркотичної залежності: починаючи з передумов наркотизації (біологічних, психологічних, сімейних, соціальних та інших особливостей, наявних у людини ще до першого вживання наркотика та що провокує це вживання) через формування специфічних рис наркозалежного (особистісні особливості, патологічний потяг до ПАР та специфічні механізми психологічного захисту).

На підставі аналізу наукової літератури можна говорити про динаміку особистісних якостей в процесі формування наркотичної залежності. Ці зміни можна зіставити з регресивним розвитком особистості (див. наприклад Л. И. Анциферова, Б. С. Братусь) [5]. У наркозалежного в процесі вживання ПАР відбувається звуження потреб і інтересів, втрата навичок, знань і умінь, убогіє життєвий простір особи та її внутрішній світ. Змінюється ієрархія мотивів і цінностей, знижується самосвідомість і саморозуміння, накопичуються біологічні порушення. При цьому наявність деформованої системи механізмів психологічного захисту, некритичність до захворювання і відсутність (слабкість) рефлексії не дозволяють наркозалежному адекватно сприймати картину власної хвороби. В результаті відбувається порушення соціальних зв'язків і контактів, що зрештою за відсутності лікувальних і реабілітаційних заходів призводить до повної дезадаптації наркозалежних.

Виявлено, що багато негативних рис наркозалежних, що сформувалися ще до вживання наркотиків, загострюються у міру прогресу хвороби, також деформується їх соціальне оточення. Тобто ми маємо справу з тривалим регресивним процесом. Очевидно, що в процесі вживання наркотиків накопичувалися зміни регресивного характеру, а вживання наркотика перешкоджало їх усвідомленню. Відповідно при припиненні наркотизації, придбані негативні зміни особистості - зберігаються (і що були до хвороби, проадиктивні розлади наркозалежного будуть обтяжені метаадиктивною симптоматикою). Наркозалежний, позбавлений наркотика як засобу спотворення сприйняття власної особи, має ще більший фрустраційний стан. Тобто, після відмови від вживання ПАВ, наркозалежний залишається дезадаптований.

В цілому, встає питання зворотності метаадиктивної симптоматики, наскільки ймовірно наркозалежному повернутися до "до-хворобливого" стану і як скоро це може статися. З питання зворотності порушень при наркотичній залежності в науковій літературі однозначної відповіді немає [2, 6, 7, 31, 32]. Ряд авторів схиляється до беззворотності або "тяжко-зворотності" рис наркозалежного, інші вважають, що біологічні особливості незворотні, а психологічні можуть компенсуватися, при цьому не розкривається, які психологічні особливості, як довго і за яких умов змінюватимуться. Тобто питання пластичності/еластичності "накопичених" наркоманом негативних змін залишається відкритим.

РОЗДІЛ 2.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГРУНТУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ

Дослідження проводилось 2019 року на базі одного з реабілітаційних центрів наркозалежних м. Бровари, Київської обл. В дослідженні брало участь 41 респондент — наркозалежні пацієнти чоловічої і жіночої статі у віці 18-50 років з середнім і тривалим періодом вживання наркотичних речовин (1 - 15 років).

Дослідження є порівняльним аналізом двох груп пацієнтів, перша — знаходиться на початковому етапі реабілітації, а друга — знаходиться вже на завершальному етапі реабілітації від наркозалежності.

Мета нашого дослідження: проаналізувати особистісні зміни наркозалежних після відмови від вживання наркотиків у процесі реабілітації.

Опис об'єкта дослідження

Наші досліджувані — це пацієнти із залежністю від ПАР, які проходять лікування в реабілітаційному центрі. Всього було обстежено 41 особу: 24 чоловіків і 17 жінок у віці від 18 до 50 років. Середній вік склав 25 років. Причиною для госпіталізації більшості пацієнтів стали наростаючі абстинентні розлади.

Усі наркозалежні були розподілені на дві групи:

- Перша група складається із залежних які знаходяться на початковому етапі реабілітації (від місяця до трьох) — ця група названа нами "ПЕР". Група містить 25 осіб (15 чоловіків і 10 жінок).
- Друга група створена на підставі успішності проходження реабілітації, тобто невживання наркотиків — завершальний етап реабілітації (шість місяців і більше), кожен реабілітант був віднесений до групи "ЗЕР". Ця група містить 16 осіб (9 чоловіків і 7 жінок).

З дослідження були виключені пацієнти з супутніми психічними захворюваннями, з гострими психотичними розладами, з хронічними соматичними захворюваннями у стадії загострення.

Склад груп представлений в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Склад груп "ПЕР" та "ЗЕР"

| Групи | Заг. К-сть. | % | Чоловіки | | Жінки | | Сер. Вік |
|-------|----------------|-----|----------|-------|-------|-------|-------------|
| | | | n | % | n | % | |
| "ПЕР" | 25 | 100 | 15 | 60 | 10 | 40 | 25,5 |
| "ЗЕР" | 16 | 100 | 9 | 56,25 | 7 | 43,75 | 25,2 |

Віковий розподіл в групах "ПЕР" і "ЗЕР" представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

| Групи | 18-21 | | 22-25 | | 26-29 | | 30-33 | | 34-37 | | 38-41 | | 42-45 | | 46-49 | | 50-53 | |
|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| "ПЕР" | 1 | 4 | 6 | 24 | 8 | 32 | 4 | 16 | 3 | 12 | | | 2 | 8 | | | 1 | 4 |
| "ЗЕР" | 2 | 12,5 | 6 | 37,5 | 5 | 31,25 | 2 | 12,5 | 1 | 6,25 | | | | | | | | |

Віковий розподіл в групах "ПЕР" і "ЗЕР"

З таблиці 2.2. видно, що в групі "ЗЕР" не представлені вікові діапазони від 38 до 53 років і максимально представлений діапазон від 22 до 29 років.

Якщо розбити усіх досліджуваних наркозалежних за віком на дві групи "До 30 років" і "Старше 30 років", то у нас виходить наступний розподіл, представлений в таблиці 2.3. і на рисунку 2.1. Велику частину наркозалежних складають особи — до 30 років.

Таблиця 2.3.

Віковий розподіл усіх досліджуваних наркозалежних

| НАРКОЗАЛЕЖНІ | | ДО 30 РОКІВ | | ПІСЛЯ 30 РОКІВ | |
|--------------|-----|-------------|-------|----------------|-------|
| N | % | n | % | n | % |
| 41 | 100 | 28 | 68,29 | 14 | 34,15 |

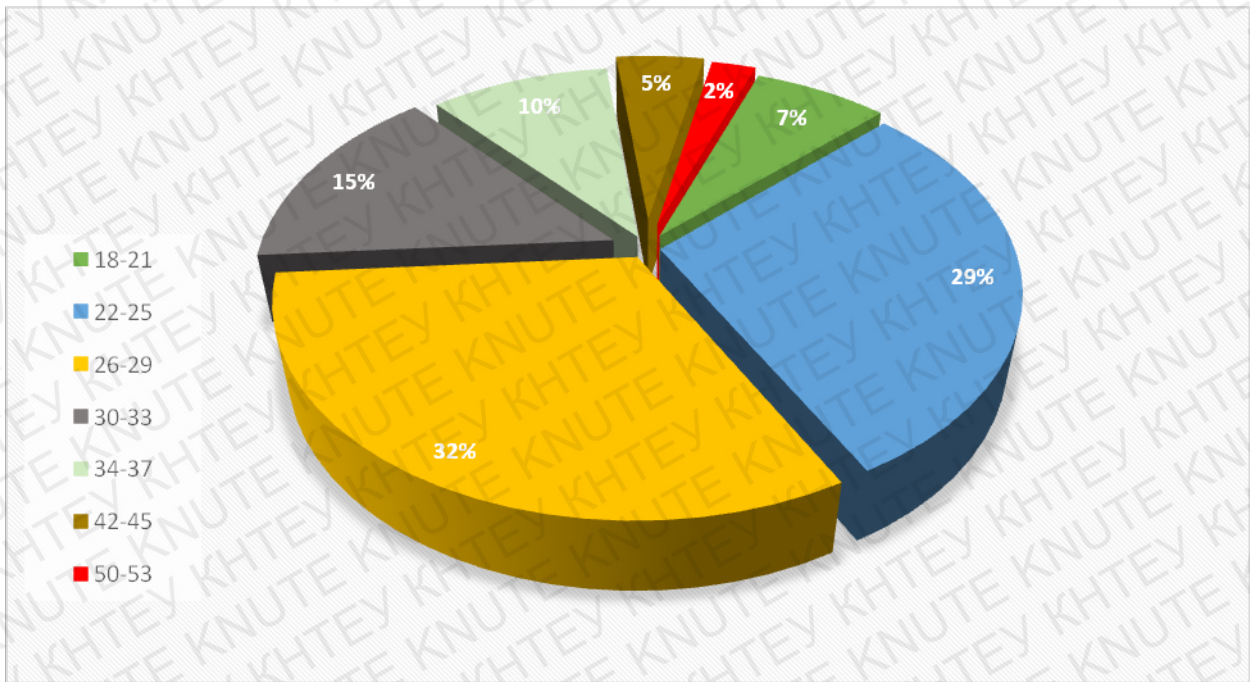


Рис.2.1. Віковий розподіл усіх досліджуваних наркозалежних

Розподіл за періодом адикції представлено в таблиці 2.4. і на рисунку 2.2.

Таблиця 2.4.

Розподіл за періодом вживання ПАР у наркозалежних чоловіків і жінок в групах "ПЕР" і "ЗЕР"

| ПЕРІОД АДИКЦІЇ | "ПЕР" | | "ЗЕР" | |
|-------------------------|--------------|---|--------------|---|
| | Ч | Ж | Ч | Ж |
| ДО 2 РОКІВ | 1 | 3 | | 2 |
| ВІД 3 ДО 5 РОКІВ | 6 | 5 | 4 | 3 |
| ВІД 6 ДО 8 РОКІВ | 5 | 2 | 3 | 2 |
| БІЛЬШЕ 9 РОКІВ | 3 | | 2 | |

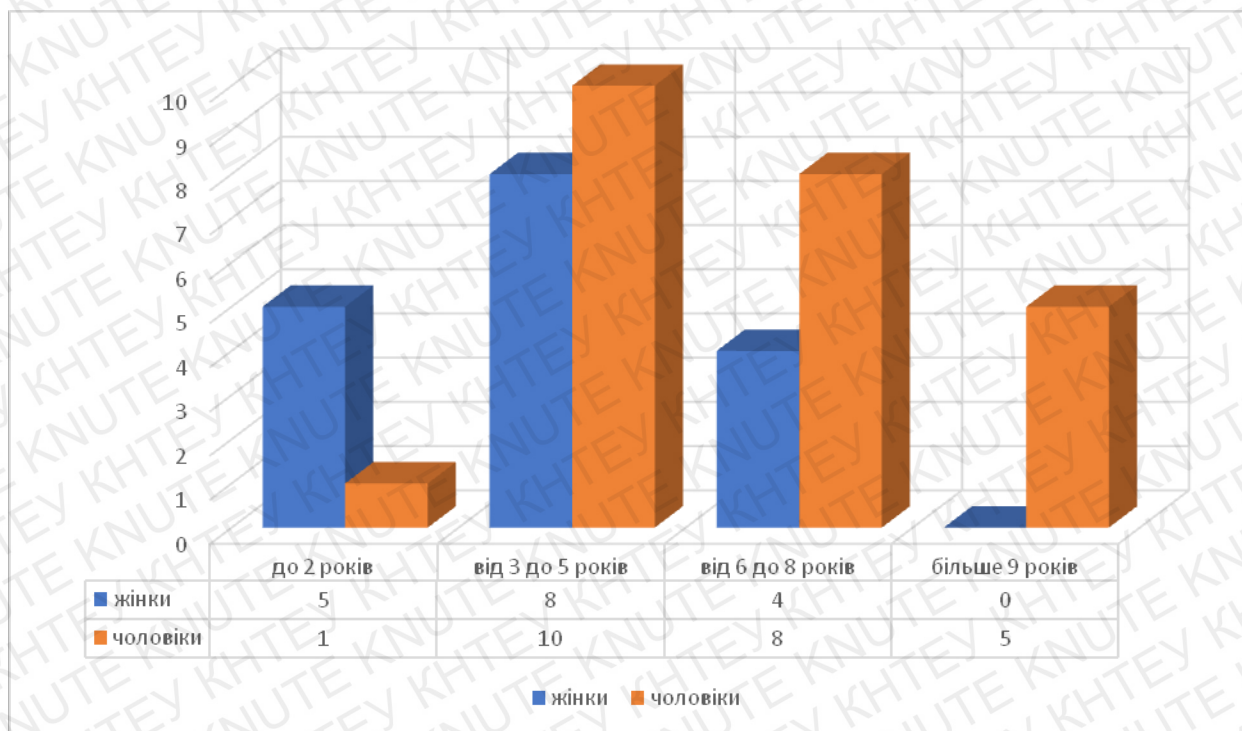


Рис.2.2. Діаграма розподілу за стажем вживання ПАВ у наркозалежних чоловіків і жінок

Наркозалежні жінки зверталися за допомогою в реабілітаційний центр після меншого періоду вживання наркотиків, чим наркозалежні чоловіки. Якщо розглядати розподіл за тривалістю вживання наркотиків, то в цій вибірці більшість наркозалежних жінок мають стаж адикції до 5 років, і ні у однієї він не перевищив 9 років. При цьому у більшості наркозалежних чоловіків тривалість вживання знаходиться в діапазоні від 3-х до 8 років. Отримані дані в науковій літературі на прикладі алкоголізму пояснюються більшою тяжкістю, швидкістю формування і великим соціальним неприйняттям жіночого зловживання ПАВ (Л. К. Шайдукова, 1997; С. Л. Кравченко, 2002) [21, 43].

Методи дослідження

У дослідженні використано комплекс методів, який включав наступні: *теоретичні* - аналіз літератури з обраної наукової проблеми, систематизація та узагальнення наукових даних; *емпіричні* – спостереження, бесіда, анкетування та

тестування. Для досягнення мети дослідження застосовувався комплекс психодіагностичних методик, до якого увійшли:

1. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL - 90 - R)
2. Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО)
3. Методика вивчення рівня домагань та самооцінки Демо-Рубінштейн
4. Тест-опитувальник дослідження психологічних захисних механізмів "Life style index" (LSI)

***Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики
(SCL - 90 - R Symptom checklist - 90 - revised) [39]***

Дослідження психопатологічної симптоматики проводилося для оцінки вираженості психологічного дистресу у наркозалежних на різних етапах реабілітації. Вираженість дистресу була для нас свого роду індикатором психологічного (насамперед емоційного) благополуччя/неблагополуччя досліджуваних.

Шкала SCL містить 90 пунктів, кожне з питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиції "зовсім немає", а 4 - "дуже сильно". Відповіді на 90 пунктів підраховуються і інтерпретуються по дев'яти основних шкалах симптоматичних розладів:

Соматизація (som) - порушення, які виражають дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги, фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторною і інших системах. Компонентами розладу також можуть бути головні болі, інші болі і дискомфорт загальної мускулатури і на додаток - соматичні еквіваленти тривожності. Усі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність розладу, хоча вони можуть бути і проявом справжніх соматичних захворювань.

Обсесивно - компульсивні розлади (о-с) висвітлюють симптоми, які в більшій мірі тотожні стандартному клінічному синдрому з такою ж назвою. Ці питання стосуються думок, імпульсів і дій, які переживаються індивідом як безперервні, непереборні й чужді "Я". У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань загальнішого когнітивного забарвлення.

Міжособистісна сензитивність (int) - цей розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Самоосуд, почуття занепокоєння і помітний дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками по INT повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань відносно міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Депресія (dep) - симптоми цього розладу відображають широку область проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, наприклад, ознаки відсутності інтересу до життя, нестача мотивації та втрата життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні і соматичні кореляції депресії.

Тривожність (anx) - складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно зв'язані з високим рівнем тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга, тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху та деякі соматичні кореляти тривожності.

Ворожість (hos) - включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять усі три ознаки, відображаючи такі якості як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Фобічна тривожність (phob) - визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, така, що веде до унікаючої поведінки. Пункти, що відносяться до представленого розладу, спрямовані на найбільш патогенічні руйнівні прояви фобічної поведінки. Дійсна структура розладу знаходиться у близькій відповідності з дефініцією, що називається агорафобія, назван також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації.

Паранояльні симптоми (par) - це визначення представляє паранояльну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних

думок, ворожості, підозрливості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії - розглядаються як основні ознаки цього розладу.

Психотизм (psy) - в цю шкалу включені питання, які вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації і здатність чути голоси. Шкала психотизму є градуїованим континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизму.

Додаткова шкала (add) - сім питань, які входять в SCL, не потрапляють ні під жодне визначення симптоматичних розладів, ці симптоми дійсно є показниками деяких розладів, але не відносяться ні до одного з них. Додаткові питання беруть участь в загальній обробці SCL і використовуються "конфігурально".

Для того, щоб мати можливість більш глибоко оцінювати психопатологічний статус пацієнта запропоновані індекси другого порядку.

Загальний індекс тяжкості симптомів - GSI - є кращим індикатором поточного стану і глибини розладу. Він є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивності дистреса який проживає людина.

Індекс наявного симптоматичного дистресу - PSDI - є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію, посилює або зменшує наявний симптоматичний дистрес при відповідях.

Загальна кількість позитивних відповідей - PST - просто підрахунок числа симптомів на які досліджуваний дає позитивні відповіді.

Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО)

(Адаптований Д. А. Леонтьєвим) [25]

Ця методика є набором з 20 пунктів, кожен з яких сформований як пара цілісних альтернативних пропозицій з однаковим початком. Між ними симетрична, семиступінчаста шкала градацій - 3210123. За критерієм валідності і надійності тест задовольняє вимогам, що пред'являються до одновимірних тестів.

Тест смисложиттєвих орієнтацій, який включає загальний показник свідомості життя, також має п'ять субшкал, що відображає три конкретні смисложиттєві орієнтації й два аспекти локуса контролю.

1. Цілі в житті. Бали за цією шкалою характеризують наявність або відсутність в житті досліджуваного цілей в майбутньому, що надають життю свідомість, спрямованість і тимчасову перспективу.

2. Процес життя або інтерес і емоційна насиченість життя. Цей показник говорить про те, чи сприймає досліджуваний сам процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений сенсом.

3. Задоволеність самореалізацією або результативність життя. Бали за цією шкалою відображають оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того наскільки продуктивна і осмислена була прожита його частина.

4. Локус контролю - Я або Я - власник свого життя. Відображає уявлення людини про силу своєї особи, здатність будувати своє життя відповідно до своїх цілей і уявлень про її сенс.

5. Локус контролю - життя або керованість життя. Виражає упевненість в принциповій можливості самостійного здійснення життєвого вибору.

***Методика вивчення рівня домагань і самооцінки.
(Модифікована методика Дембо-Рубінштейн) [42]***

Методика побудована на безпосередньому оцінюванні досліджуваними себе по ряду якостей. Умовно цю оцінку можна зображувати у вигляді вертикальної лінії, нижня точка якої вказує на найнижчу оцінку, а верхня - на найвищу. Досліджуваному пропонується на вертикальних лініях-шкалах відмічати вираженість особистих якостей (актуальні), що цікавлять дослідника, і також таку їх міру вираженості, яку б досліджуваний хотів мати у себе (ідеальну, відображаючи його домагання). Кожному випробовуваному пропонується бланк методики, що містить інструкцію і завдання. Вираженість якості пропонувалося позначити знаком "—", а ідеальний розвиток цих якостей знаком "X".

Для оцінки досліджуваним пропонувалися наступні шкали:

1. Здоровий - хворий;
2. Відмінні стосунки в сім'ї - стосунки в сім'ї не влаштовують;
3. Люблю себе - сам собі бридкий;
4. Соціальні стосунки влаштовують - соціальні стосунки не влаштовують;
5. Фінансове положення влаштовує - фінансовим положенням не задоволений;
6. Спокійний - агресивний;
7. Щасливий - нещасний.

Рівень домагань (РД) визначається як відстань від нижньої точки шкали (0) до відмітки "X". Висота самооцінки (СО) - як відстань від (0) до (—). Величина розбіжності між рівнем домагань і самооцінкою - різниця між величинами РД і СО.

Тест-опитувальник дослідження психологічних захисних механізмів "LIFE STYLE INDEX"

(Адаптований Е. С. Романовою і Л. Р. Гребенником) [32]

Цей тест-опитувальник містить 97 тверджень. Досліджуваному пропонується зробити відмітку у відповідній графі: "ТАК" якщо він вважає, що це твердження характерне для нього, "НІ" - якщо не вважає. При інтерпретації використовуються вісім шкал, що відповідають восьми механізмам психологічного захисту.

Заперечення (den) - 13 пунктів - найбільш ранній онтогенетичний і найбільш примітивний механізм захисту. Він розвивається з метою стримування емоцій прийняття оточуючих, якщо вони демонструють емоційну індиферентність або відринутість. Заперечення розуміється як інфантильна підміна прийняття уваги оточуючих, причому будь-які негативні аспекти блокуються на стадії сприйняття, а позитивні допускаються в систему.

Проекція (pro) - 13 пунктів - порівняно рано розвивається в онтогенезі для стримування почуття неприйняття себе і оточуючих як результат емоційного відкидання з їхнього боку. Вона припускає приписування оточуючим, різних негативних якостей як раціональну основу для їх неприйняття і самоприйняття на цьому фоні.

Регресія (reg) - 14 пунктів - розвивається в ранньому дитинстві для стримування почуттів невпевненості в собі і страху невдачі, пов'язаних з проявом ініціативи. Вона припускає повернення до більше незрілих онтогенетичних патернів поведінки і задоволення. Також сюди відносяться мимовільні, несуттєві дії для зняття напруги.

Заміщення (dri) - 13 пунктів - розвивається для стримування емоції гніву на сильнішого, старшого або значимішого суб'єкта, що виступає як фрустратор, щоб уникнути агресії у відповідь або цькування. Індивід знімає напругу, обертаючи гнів і агресію на слабкіший живий або неживий об'єкт або на самого себе.

Пригнічення (витіснення) (rep) - 12 пунктів - розвивається для стримування емоції страху, прояв якого неприйнятний для позитивного самосприйняття і загрожує потраплянням в пряму залежність від агресора. Страх блокується за допомогою того, що забуває реальний стимул, а також усі об'єкти, чинники і асоціативно пов'язані обставини.

Інтелектуалізація (itl) - 12 пунктів - розвивається в ранньому підлітковому віці для стримування емоцій очікування або передбачення через страх пережити розчарування. Утворення механізму прийнято співвідносити з фрустраціями, пов'язаними з невдачами в конкуренції з однолітками. Припускає довільну схематизацію і тлумачення подій для розвитку почуття суб'єктивного контролю над ситуацією.

Гіперкомпенсація (rf) - 10 пунктів - захисний механізм, розвиток якого пов'язують з остаточним засвоєнням індивідом "вищих соціальних цінностей". Гіперкомпенсація розвивається для стримування радості, володіння певним об'єктом (наприклад, власним тілом) і можливості використання його певним чином (наприклад, для сексу або агресії). Механізм припускає вироблення і підкреслення в поведінці протилежної установки.

Компенсація (com) - 10 - пунктів - онтогенетично найпізніший та когнітивно складний захисний механізм, який розвивається і використовується, як правило, свідомо. Призначений для стримування почуття печалі, лиха з приводу реальної або уявної втрати, нестачі, недоліку, неповноцінності. Компенсація припускає спробу виправлення або знаходження заміни цієї неповноцінності.

Опис етапів дослідження

1. Було проведено обстеження наркозалежних пацієнтів, які на той момент вже пройшли детоксикацію і поступили в реабілітаційне відділення центру. Діагностика проводилося серед пацієнтів, які знаходилися на реабілітації менше трьох місяців (початковий етап реабілітації), на момент діагностики вони не мали вираженого гострого абстинентного синдрому.

Використовувалися наступні методики: СЖО, SCL-90-R, LSI та методика Дембо-Рубінштейн.

2. Наступним етапом дослідження було проведення обстеження групи наркозалежних пацієнтів, які знаходилися в центрі реабілітації шість і більше місяців (завершальний етап реабілітації).

Використовувалися наступні методики: СЖО, SCL-90-R, LSI та методика Дембо-Рубінштейн.

Висновки до розділу 2

Наше дослідження являє собою порівняльний аналіз двох груп пацієнтів одного із Броварських центрів реабілітації наркозалежних. В цьому дослідженні брали участь 41 респондент — наркозалежні пацієнти чоловічої і жіночої статі у віці від 18 до 50 років з середнім та тривалим стажем вживання наркотичних речовин.

Перша група знаходиться на початковому етапі реабілітації й складається з 25 осіб, а друга група знаходиться вже на завершальному етапі реабілітації від наркозалежності, її кількість - 16 осіб.

Ми маємо не меті проаналізувати особистісні зміни наркозалежних після відмови від вживання наркотиків, в процесі реабілітації.

Відповідно до завдань дослідження нами підібрані методики для виявлення особистісних якостей та станів людини. При дослідженні самооцінки і рівня домагань використовується методика Дембо-Рубінштейн; Діагностика смисложиттєвих орієнтації проводиться з використанням методики СЖО; Рівня вираженості дистресу за допомогою SCL-90-R; Дослідження психологічних

захисних механізмів проводиться за допомогою методики "LIFE STYLE INDEX".

З дослідження виключені пацієнти з супутніми психічними захворюваннями, з гострими психотичними розладами, з хронічними соматичними захворюваннями у стадії загострення.

Ми виявили, що велику частину наркозалежних складають особи молодого віку - до 30 років. Також виявлено, що наркозалежні жінки зверталися за допомогою в реабілітаційний центр після меншого періоду вживання наркотиків, ніж наркозалежні чоловіки. Більшість наркозалежних жінок мають стаж адикції до 5 років, і ні у однієї він не перевищив 9 років. При цьому у більшості наркозалежних чоловіків тривалість вживання знаходиться в діапазоні від 3-х до 8 років.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН НАРКОЗАЛЕЖНИХ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Результати дослідження ми вважаємо за доцільне, викласти за кожною методикою окремо. А саме, за кожною методикою наведені результати порівняння двох груп "ПЕР" та "ЗЕР". Представлені особистісні зміни наркозалежних на різних етапах процесу реабілітації.

3.1. Аналіз результатів дослідження наркозалежних за методиками

I. Дослідження вираженості психопатологічної симптоматики

Дослідження психопатологічної симптоматики проводилося для оцінки вираженості психологічного дистресу у наркозалежних на різних етапах реабілітації. Вираженість дистресу є для нас свого роду індикатором психологічного (передусім емоційного) благополуччя/неблагополуччя випробовуваних.

На першому етапі дослідження (опитування проводилося після медикаментозного зняття гострого абстинентного синдрому та надходження в реабілітаційний центр) рівень вираженості практично всіх психопатологічних симптомів у наркозалежних перевищував показники групи ЗЕР (табл. 3.1.). Тобто наркозалежні, які тільки починають свій шлях реабілітації, мають значно більш інтенсивні патопсихологічні симптоми, які виражаються у відчуттях фізичного нездужання, obsесивно-компульсивних розладах, депресивності і втрати життєвої енергії, тривожності, фобічної тривожності, паранойяльності та психотизму. Також в групі ПЕР були більш виражені, ніж в групі ЗЕР, порушення апетиту, порушення сну, думки про смерть і почуття провини. Це узгоджується з літературними даними про дисфункцію психічної діяльності наркозалежних після відмови від наркотиків» [1, 6].

Таблиця 3.1.

Порівняння груп «ПЕР» і «ЗЕР» за ступенем вираженості психопатологічної симптоматики.

| Шкали SCL-90-R | | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) |
|-----------------------|-------------------------------------|---|---|
| SOM | Соматизація | 1,11 ± 0,15 | 0,62 ± 0,06 |
| O-S | Обсесивно-компульсивні розлади | 1,36 ± 0,18 | 1,00 ± 0,1 |
| INT | Міжособистісна сензитивність | 1,9 ± 0,21 | 0,95 ± 0,15 |
| DEP | Депресія | 1,44 ± 0,13 | 0,90 ± 0,11 |
| ANX | Тривожність | 1,28 ± 0,20 | 0,86 ± 0,14 |
| HOS | Ворожість | 1,22 ± 0,12 | 0,92 ± 0,09 |
| PHOB | Фобії | 0,79 ± 0,23 | 0,53 ± 0,10 |
| PAR | Паранояльні симптоми | 1,17 ± 0,20 | 0,94 ± 0,14 |
| PSY | Психотизм | 1,02 ± 0,24 | 0,68 ± 0,07 |
| ADD | Додаткові питання | 1,27 ± 0,13 | 0,78 ± 0,12 |
| GSI | Загальний індекс тяжкості | 1,20 ± 0,15 | 0,85 ± 0,09 |
| PSI | Загальна сума позитивних відповідей | 56,53 ± 6,62 | 46,57 ± 4,58 |
| PSDI | Індекс симптоматичного дистресу | 1,81 ± 0,18 | 1,46 ± 0,15 |

Ми бачимо значні розбіжності в вираженості психологічного дистресу. Це означає, що проведена в стаціонарі терапія сприяє зняттю психопатологічних симптомів, і на заключному етапі реабілітації наркозалежні мають рівень дистресу в межах норми. На заключному етапі реабілітації виявлені значні зрушення за шкалами: соматизація, міжособистісна сензитивність, депресія, додаткової шкали та індексу PSI.

Також було проведено порівняльний аналіз наркозалежних чоловіків і наркозалежних жінок між собою. Результати представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Порівняння ступеня вираженості психопатологічних симптомів серед жінок та чоловіків.

| Шкали SCL-90-R | | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) | |
|----------------|-------------------------------------|---|-------------|---|-------------|
| | | Ж (n=10) | Ч (n=15) | Ж (n=7) | Ч (n=9) |
| SOM | Соматизація | 1,53 ± 0,15 | 0,98 ± 0,1 | 0,75 ± 0,07 | 0,59 ± 0,09 |
| O-S | Обсесивно-компульсивні розлади | 1,65 ± 0,17 | 1,27 ± 0,15 | 0,88 ± 0,09 | 1,02 ± 0,1 |
| INT | Міжособистісна сензитивність | 1,41 ± 0,14 | 1,12 ± 0,18 | 0,64 ± 0,06 | 1,02 ± 0,09 |
| DEP | Депресія | 1,91 ± 1,19 | 1,30 ± 0,16 | 0,81 ± 0,08 | 0,92 ± 0,1 |
| ANX | Тривожність | 1,55 ± 0,15 | 1,20 ± 0,12 | 0,80 ± 0,08 | 0,87 ± 0,12 |
| HOS | Ворожість | 1,42 ± 0,14 | 1,15 ± 0,11 | 1,08 ± 0,11 | 0,89 ± 0,11 |
| PHOB | Фобії | 1,03 ± 0,1 | 0,72 ± 0,07 | 0,43 ± 0,04 | 0,55 ± 0,06 |
| PAR | Паранояльні симптоми | 1,33 ± 0,13 | 1,12 ± 0,11 | 0,83 ± 0,09 | 0,96 ± 0,1 |
| PSY | Психотизм | 1,29 ± 0,13 | 0,94 ± 0,09 | 0,48 ± 0,07 | 0,72 ± 0,07 |
| ADD | Додаткові питання | 1,43 ± 0,15 | 1,22 ± 0,12 | 0,82 ± 0,09 | 0,77 ± 0,08 |
| GSI | Загальний індекс тяжкості | 1,49 ± 0,15 | 1,32 ± 0,13 | 0,76 ± 0,08 | 0,86 ± 0,09 |
| PSI | Загальна сума позитивних відповідей | 63,40±6,28 | 54,43±5,34 | 44,75±4,32 | 46,95±4,7 |
| PSDI | Індекс симптоматичного дистресу | 2,07±0,23 | 1,73±0,18 | 1,55±0,15 | 1,45±0,14 |

Ми бачимо, що на початковому етапі реабілітації наркозалежні жінки мали більш високі показники, ніж наркозалежні чоловіки.

Однак, на заключному етапі реабілітації показники чоловіків, зокрема такі шкали як: соматизація (SOM), обсесивно-компульсивні розлади (O-S), депресія

(DEP), міжособистісна сензитивність (INT) й психотизм (PSY) частково перевищують показники жінок. Це говорить про те, що психопатологічні симптоми у жінок краще піддаються корекції, більш пластичні ніж у чоловіків.

Отримані дані дозволяють говорити про те, що виражений психологічний дистрес присутній у наркозалежних тільки на початку реабілітаційного процесу, після припинення прийому наркотиків. Потім, в процесі реабілітації стан вирівнюється і зберігається.

II. Дослідження смисложиттєвих орієнтацій

На початковому етапі реабілітації наркозалежні продемонстрували низькі значення за всіма шкалами СЖО (табл. 3.3.). Поступаючи в реабілітаційний центр, всі наркозалежні мають низьку свідомість життя, у них відсутні ясні цілі і перспективи, вони схильні жити сьогоднішнім днем, не задоволені своїм прожитим життєвим етапом.

Таблиця 3.3.

Порівняння груп «ПЕР» і «ЗЕР» по вираженості смисложиттєвих орієнтацій

| Шкал СЖО | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) |
|--------------------|---|---|
| Осмисленість життя | 81,97 ± 9,20 | 82,24 ± 8,52 |
| Цілі в житті | 25,32 ± 3,2 | 25,62 ± 2,67 |
| Процес життя | 24,74 ± 2,49 | 24,71 ± 4,51 |
| Результат життя | 19,34 ± 1,82 | 20,62 ± 2,03 |
| Локус контролю-Я | 16,26 ± 1,62 | 18,57 ± 1,85 |
| Локус контролю-Ж | 22,75 ± 2,31 | 23,05 ± 2,33 |

Отримані нами дані узгоджуються з уявленнями інших дослідників, що розглядають відсутність цілей і сенсу життя як характерні риси наркозалежних (С. В. Березін і співавт., 2001; Б. С. Братусь, 1988; Р. Р. Гарифулін, 2001; М. М. Іванець і співавт., 2006; В. Д. Менделевич, 2005). [4, 5, 10, 32].

Так як для методики СЖО передбачаються різні нормативи для чоловіків і жінок, ми провели порівняння окремо наркозалежних жінок і наркозалежних

чоловіків (табл. 3.4., 3.5.).

На початковому етапі реабілітації і наркозалежні чоловіки, і наркозалежні жінки мали значно знижені показники смисложиттєвих орієнтації в порівнянні з нормою.

Таблиця 3.4.

Порівняння смисложиттєвих орієнтацій серед наркозалежних чоловіків в групах "ПЕР" та "ЗЕР"

| Шкали СЖО | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) |
|--------------------|---|---|
| Осмисленість життя | 84,40 ± 8,45 | 86,71 ± 8,67 |
| Цілі в житті | 26,48 ± 2,32 | 27,59 ± 2,88 |
| Процес життя | 25,37 ± 2,24 | 25,88 ± 2,12 |
| Результат життя | 19,67 ± 1,93 | 21,29 ± 1,99 |
| Локус контролю-Я | 16,56 ± 1,66 | 17,86 ± 1,79 |
| Локус контролю-Ж | 23,10 ± 2,42 | 23,88 ± 2,87 |

Таблиця 3.5.

Порівняння смисложиттєвих орієнтацій серед наркозалежних жінок в групах "ПЕР" та "ЗЕР"

| Шкали СЖО | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) |
|--------------------|---|---|
| Осмисленість життя | 74,06 ± 7,41 | 63,25 ± 6,52 |
| Цілі в житті | 21,56 ± 2,11 | 17,25 ± 1,82 |
| Процес життя | 22,69 ± 2,39 | 19,75 ± 2,1 |
| Результат життя | 18,25 ± 1,92 | 17,75 ± 1,92 |
| Локус контролю-Я | 15,31 ± 1,53 | 16,50 ± 1,15 |
| Локус контролю-Ж | 21,63 ± 2,16 | 19,50 ± 2,22 |

На завершальному етапі реабілітації, при виписці з реабілітаційного центру, різниця результатів серед груп була дуже мала. Тобто, наркозалежні виписуються з реабілітаційного центру з низькою свідомістю життя, неясними цілями і перспективами в життя, схильністю жити сьогоднішнім ("одним") днем, незадоволеністю якістю життя та прожитим життям.

Значущих зрушень в СЖО за відбутий в стаціонарі час в групі «ЗЕР» в цілому не виявлено.

III. Дослідження особливостей самооцінки та її динаміки

Вивчення самооцінки показало, що наркозалежні на початковому етапі реабілітації оцінюють себе як хворих, що мають погані відносини в сім'ї, матеріально не забезпечених, соціально не влаштованих, більш афесивних і нещасних. При дослідженні змін в самооцінці, в групі «ЗЕР» значне підвищення самооцінки відбулося в таких шкалах, як: «Сім'я», «Любов до себе», «Щасливий» (табл. 3.6.).

Отже, ми бачимо, що за час реабілітації відбувається зростання самооцінки у наркозалежних. Тобто спостерігається взаємозв'язок зростання самооцінки і успішності відмови від наркотиків.

Таблиця 3.6.

Порівняння самооцінки в групах «ПЕР» і «ЗЕР»

| Шкали самооцінки | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) |
|-------------------------|---|---|
| Здоров'я | 35,70 ± 2,64 | 41,65 ± 4,1 |
| Сім'я | 43,54 ± 3,23 | 45,41 ± 4,09 |
| Любов до себе | 46,33 ± 4,63 | 53,70 ± 2,45 |
| Соціум | 41,26 ± 4,12 | 41,96 ± 3,37 |
| Фінанси | 33,12 ± 3,01 | 26,61 ± 2,79 |
| Мирний | 57,61 ± 5,75 | 52,96 ± 3,96 |
| Щасливий | 40,91 ± 3,08 | 52,83 ± 4,60 |

Важливо зазначити, що самооцінка в обох групах була значно знижена в порівнянні з нормою здорових людей.

Отримані результати узгоджуються з уявленнями про низьку самооцінку у наркозалежних, описаними в науковій літературі (Г. Кристал, 2000; А. Е. Лічко, В. С. Битенский, 1991; А. В. Осницький, 2004; Психіатрія..., 2005; Е. Себшін, 2000; Е. Т. Соколова, 1989). [26, 29, 32, 34, 38].

IV. Дослідження рівня домагань

При порівнянні наркозалежних груп «ПЕР» і «ЗЕР», відмінності виявлені тільки за шкалами: «Соціум» та «Фінанси» (табл. 3.7.). Наркозалежні мають нереалістичне ставлення до своїх можливостей, відсутня самокритика. Вони розраховують на менше здоров'я, менше щастя і відносини в родині, вони хочуть бачити себе не такими позитивними ніж представники групи «ЗЕР». По інших шкалах - групи близькі.

Таблиця 3.7.

Порівняння рівня домагань в групах "ПЕР" та "ЗЕР"

| Шкали | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) |
|---------------|--|--|
| Здоров'я | 89,27 ± 9,20 | 85,86 ± 7,59 |
| Сім'я | 91,51 ± 8,15 | 90,76 ± 9,12 |
| Любов до себе | 82,22 ± 9,22 | 84,22 ± 6,42 |
| Соціум | 90,79 ± 9,02 | 89,32 ± 8,92 |
| Фінанси | 92,37 ± 8,25 | 81,05 ± 7,12 |
| Мирний | 79,85 ± 8,05 | 80,68 ± 7,68 |
| Щасливий | 91,59 ± 10,11 | 90,26 ± 10,02 |

Отже, ми бачимо, що на завершальному етапі реабілітації значущих зрушень в підгрупі «ЗЕР» не виявлено. Що дозволяє говорити про стійкість (або ригідність) рівня домагань.

V. Результати дослідження механізмів психологічного захисту

При порівнянні груп наркозалежних були отримані наступні результати, в групі «ПЕР» виражені механізми Регресія, Проекція і Заміщення. Тобто наркозалежні більшою мірою схильні приписувати оточуючим різні негативні якості, відкриті прояви ненависті до людей, які можуть викликати небажаний конфлікт з ним, переносяться на інших, більш доступних, «слабих» людей (табл. 3.8.).

Таблиця 3.8.

Виразність механізмів психологічного захисту в групах "ПЕР" і "ЗЕР"

| Шкали | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ПЕР» (n = 25) | Середні значення за шкалою (бали) у групі «ЗЕР» (n = 16) |
|-------------------------|---|---|
| Заперечення (den) | 6,35 ± 0,68 | 5,04 ± 0,60 |
| Придушення (rep) | 5,53 ± 0,60 | 5,78 ± 0,62 |
| Регресія (reg) | 8,47 ± 0,85 | 8,39 ± 0,34 |
| Компенсація (com) | 5,26 ± 0,56 | 4,83 ± 0,72 |
| Проекція (pro) | 7,61 ± 0,81 | 7,76 ± 0,86 |
| Заміщення (dri) | 7,98 ± 0,9 | 8,30 ± 0,82 |
| Інтелектуалізація (itl) | 5,43 ± 0,54 | 6,19 ± 0,63 |
| Гіперкомпенсація (rf) | 4,28 ± 0,62 | 3,09 ± 0,42 |

На завершальному етапі реабілітації в групі «ЗЕР» значних змін по шкалам не виявлено.

Отже, ми бачимо, що при дослідженні змін вираженості механізмів психологічного захисту, значних зрушень на завершальному етапі виявлено не було, наркозалежні мають схильність до більш деструктивних захисних механізмів.

3.2. Порівняння проявів особистісних змін наркозалежних під час реабілітації

У нашому дослідженні ми діагностували особистісні зміни наркозалежних, які припускають успішне або неуспішне позбавлення від наркотичної залежності.

Отримані нами дані свідчать про складний взаємозв'язок залежності і успішності реабілітації наркоманів. При порівнянні наркозалежних, які перебувають на початковому етапі реабілітації і які знаходяться на завершальному етапі, нами не було отримано значущих відмінностей за віком або тривалістю адикції.

Більшість досліджуваних нами наркозалежних мали тривалість вживання наркотиків від 3-х до 8-ми років, тобто в нашій вибірці були мало представлені крайні варіанти розвитку хвороби. Ймовірно, це відображає загальну представленість наркозалежних з різною тривалістю вживання наркотиків серед

пацієнтів реабілітаційних центрів. Можна припустити, що ті наркозалежні, які мають дуже малу або дуже велику тривалість вживання рідше звертаються за реабілітаційною допомогою.

Якщо розглядати період вживання наркотиків як варіант регресивного розвитку, то можна припустити що у тих наркозалежних, у яких термін вживання наркотиків ще малий - регресивних змін небагато, їх соціальне оточення, ціннісно-мотиваційна сфера порушені менше і мотивація до відмови від наркотиків теж менша. *Тобто, їм властиві ресурси для невживання наркотиків, але немає мотивації.*

А ті наркозалежні, які мають дуже тривалий термін вживання ПАВ, регресивний розвиток яких можна позначити як особистісну і соціальну деградацію, наркотик вже не приносить задоволення, їм «зрозуміло, навіщо відмовлятися від наркотику» але у них мало ресурсів для підтримки життя без наркотику. *У таких залежних накопичуються незворотні органічні порушення.*

Проведене порівняння наркозалежних, дозволяє нам говорити про наявність порушень смисложиттєвих орієнтацій, негативне оцінювання більшості сфер життя, наявність симптомів дистресу і т.п. Що цілком узгоджується з науковими уявленнями про особистісні якості наркозалежних, які докладно розглянуті нами в 1 розділі цієї роботи.

Після завершення детоксикації і надходження наркозалежних в реабілітаційний центр спостерігалася висока вираженість психопатологічної симптоматики. Це пояснюється тим, що респонденти які перебували в «ізоляторі» втратили доступ до наркотику, як звичного компенсаторного (тобто зовнішнього, а не внутріпсихічного) способу регуляції негативних афектів. *Тобто, виражений дистрес відображає дезадаптованість, яка викликана відсутністю наркотика та порушеною системою саморегуляції.*

За час перебування в центрі виявлено значуще зниження вираженості психопатологічної симптоматики, а саме зниження рівня соматичних розладів, депресії, порушень сну, апетиту і т.п., це можна пояснити перебуванням в «теплих» умовах і результатом, психотерапевтичного впливу на реабілітанта.

Важливо зазначити, що виражений психологічний дистрес присутній у наркозалежних тільки на початку реабілітаційного процесу, після припинення прийому наркотиків. Потім, в процесі реабілітації стан вирівнюється і зберігається.

Смисложиттєві орієнтації наркозалежних як на початковому так і на завершальному етапах реабілітації мають низькі показники в порівнянні з нормою здорових людей.

Але нами було виявлено, що за час перебування в реабілітаційному центрі на завершальному етапі реабілітації у наркозалежних відбувається збільшення показників за шкалою локус контролю Я, це відображає їх уявлення про силу своєї особистості, уявлення про здатність будувати своє життя відповідно до цілей та планів. Таким чином, *на завершальному етапі реабілітації ми бачимо взаємозв'язок успішності одужання з ростом локусу контролю*. Зміна локусу контролю Я є результатом психотерапевтичного впливу, так як реабілітаційні заходи включають в себе активне обговорення питання відповідальності наркозалежного за своє одужання. Але, незважаючи на стандартну процедуру психотерапевтичних заходів, зміни виявлені тільки у тих наркозалежних, які більш відкриті і схильні до зовнішнього впливу. Це можна розглядати як повернення до прогресивного розвитку особистості.

Відсутність більш глобальних змін у сфері смисложиттєвих орієнтації теж цілком закономірно, оскільки термін перебування в стаціонарі недостатній для їх появи. Отримані нами дані мають також практичне значення, підтверджуючи правильність психотерапевтичного впливу саме в напрямку прийняття наркозалежними відповідальності за їх одужання.

Показники самооцінки наркозалежних як на початковому етапі реабілітації, так і на заключному етапі мали низькі значення. Про це свідчать результати дослідження з використанням методики самооцінки Дембо-Рубінштейн. Виявлена негативна оцінка себе і основних сфер свого життя, це чітко узгоджується з літературними даними про знижену самооцінку наркозалежних [42]. Ряд авторів (А. Є. Лічко, В. С. Бітенский, 1991; А. В. Осницький, 2004) [26, 29, 32]

розглядають низьку самооцінку як фактор прилучення до наркотиків (використання ПАР для того, щоб заглушати негативне сприйняття себе).

Варто також відзначити, що на заключному етапі реабілітації наркозалежні оцінювали свої відносини в родині вище, ніж представники початкового етапу реабілітації. Оцінюючи ці дані ми можемо говорити про складність взаємодії наркозалежних та їхніх сім'ях.

При розгляді змін самооцінки за час перебування в реабілітаційному центрі було виявлено, що на відміну від смисложиттєвих орієнтацій ми спостерігаємо динаміку самооцінки. Можна припустити, що утримання від вживання наркотику збільшує власну цінність наркозалежного і тим самим сприяє подальшому невживанню психоактивних речовин.

Сучасні теоретики когнітивної психотерапії вважають, що уявлення про власне «Я» є провідним фактором, свого роду ресурсом особистості. Самооцінка впливає на мотиваційну сферу людини, а в нашому випадку - на мотивацію утримання від наркотиків.

Що до механізмів психологічного захисту, на початковому етапі реабілітації нами було виявлено наднормативне використання механізмів психологічного захисту: Заміщення, Проекція та Регресія, це говорить про виражений внутрішньо-особистісний конфлікт і соціально-психічну дезадаптованість. При дослідженні змін вираженості механізмів психологічного захисту, значних зрушень на завершальному етапі виявлено не було. Механізми захисту, що розвиваються в онтогенезі як засоби адаптації та засоби вирішення конфліктів в випадку наркозалежності забезпечують протилежний стан дезадаптації та перманентного конфлікту [33].

Оскільки у сформованій особистості вже наявні адаптивні механізми, то при виникненні фруструюваних ситуацій їх реакції не є повністю спонтанними та неорганізованими, у них відтворюються і функціонують ці механізми, їх комплекси і стійкі адаптивні стратегії. Відсутність динаміки у використанні механізмів психологічного захисту в нашому дослідженні цілком відповідає уявленню про них як про стабільні утворення [30].

Варто зазначити, що існує дослідження динаміки вираженості механізмів психологічного захисту на дуже специфічній вибірці, на наркозалежних які перебувають у місцях позбавлення волі і проходять психотерапію протягом 3-х років [7]. У дослідженні Ю. В. Власової зазначено зниження вираженості примітивних захисних механізмів у наркозалежних. Є підстави вважати, що динаміка психологічних захисних механізмів передбачає набагато більш тривалий період психотерапевтичного впливу, ніж в нашому дослідженні.

Також нами виявлено цікаві результати при дослідженні статевих відмінностей наркозалежних. При надходженні на реабілітацію наркозалежні чоловіки мали більшу тривалість вживання наркотиків, ніж наркозалежні жінки. При цьому у наркозалежних жінок була більш виражена психопатологічна симптоматика і було більш негативне сприйняття себе, сексуальної сфери, відносин зі співробітниками і сильне почуття провини. Тобто, наркозалежні жінки досягали суб'єктивно гіршого стану за більш короткий період вживання. У науковій літературі на прикладі жіночого алкоголізму часто відзначається його велика злякисність, більш швидкий розвиток патологічних симптомів. Крім того, жіночий алкоголізм більшою мірою не приймається суспільством, ніж чоловічий. З іншого боку, можна припустити більшу чутливість жінок до негативних наслідків, велику критичність. Хоча дані припущення вимагають подальшого дослідження.

3.3. Практичні рекомендації щодо оптимізації позитивних особистісних змін у наркозалежних під час реабілітації

- При попередньому оцінюванні стану наркозалежного пацієнта важливо орієнтуватися не стільки на редукцію симптомів дистресу, викликаного припиненням вживання наркотиків, скільки орієнтуватися на комплексні зміни в його особистості.
- Навчати наркозалежних способам, за допомогою яких вони зможуть справлятися з ситуаціями фрустрації, в тому числі з ситуаціями втрати наркотику як засобу зняття напруги.
- Позитивна динаміка особистісних якостей пацієнта можлива за рахунок:

- формування та закріплення нормативної ціннісної орієнтації і позитивних морально-етичних установок;
 - формування реальної життєвої перспективи (пошук короткострокових і довгострокових цілей та сенсу в житті, його наповненість);
 - формування моделі здорового способу життя, відповідальності наркозалежного за успішність свого одужання, за свою поведінку і збереження тверезості;
 - формування (або відновлення) навичок систематичної праці або навчання;
 - відновлення сімейних чи інших значущих міжособистісних відносин.
- У психотерапевтичній роботі слід особливу увагу приділяти формуванню моделей поведінки, що сприяють підтримці тверезого способу життя та ефективного соціального функціонування, в тому числі за рахунок:
- відновлення комунікативних навичок, необхідних в професійній діяльності, сімейних відносинах і неформальному міжособистісному спілкуванні;
 - аналізу аутоагресивної (саморуйнівної) поведінки і навчання конструктивним моделям поведінки;
 - формування цілеспрямованої діяльності та підвищення нормативних рівнів домагань і соціальних інтересів.

Висновки до розділу 3

Проведене нами дослідження дозволяє виділити важливі з психологічної точки зору аспекти реабілітації осіб що страждають залежністю від психоактивних речовин.

В дослідженні ми використовували чотири психодіагностичні методики:

1. При дослідженні самооцінки і рівня домагань використовувалась методика Дембо-Рубінштейн;
2. Діагностика смисложиттєвих орієнтації проводилась з використанням методики СЖО;
3. Діагностика рівня вираженості дистресу за допомогою SCL-90-R;

4. Дослідження психологічних захисних механізмів проводилось за допомогою методики "LIFE STYLE INDEX".

Виходячи з отриманих результатів емпіричного дослідження ми можемо свідчити про виявлені ознаки регресивного розвитку та дистресу у представників наркозалежної групи на початковому етапі реабілітації, але у ході реабілітаційного процесу відзначено значне зниження рівня дистресу. Однак, позитивна динаміка смисложиттєвих орієнтації і самооцінки, що підтверджує припущення про прогресивний розвиток в процесі реабілітації відзначена не була, в обох групах всі показники були значно знижені в порівнянні з нормою здорових людей. Щодо механізмів психологічного захисту, на початковому етапі реабілітації нами було виявлено понаднормативне використання деконструктивних механізмів психологічного захисту, що дозволяє нам говорити про виражений внутрішньо-особистісний конфлікт і соціально-психологічну дезадаптованість. При дослідженні змін вираженості механізмів психологічного захисту, значних зрушень на завершальному етапі виявлено не було.

Отже, за час перебування в стаціонарі на протязі 6 місяців наркозалежні не можуть вилікуватись від залежності: незважаючи на відсутність дистресу, вони все ще мають деформовану структуру особистості.

ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення і запропоновано розв'язання науково-практичного завдання, яке полягає в обґрунтуванні психодіагностичного інструментарію, з'ясуванні особливостей проявів особистісних змін наркозалежних у процесі реабілітації та розробці практичних рекомендацій стосовно їх оптимізації.

На основі проведеного дослідження зроблено такі висновки:

1. За результатами теоретичного аналізу наукових підходів щодо дослідження змін в особистості наркозалежних з'ясовано, що Наркозалежність є внутрішньо-особистісним конфліктом або протиріччям з яким особистість не

справляється без психоактивних речовин. Не самі особистісні протиріччя ведуть до наркозалежності, а спосіб їх вирішення — вживання психоактивних речовин з певними, не завжди усвідомленими цілями (Б. С. Братусь).

На підставі аналізу наукової літератури можна говорити про динаміку особистісних якостей в процесі формування наркотичної залежності. Ці зміни можна зіставити з регресивним розвитком особистості.

У наркозалежного в процесі вживання ПАР відбувається звуження потреб і інтересів, втрата навичок, знань і умінь, убожіє життєвий простір особи та її внутрішній світ. Змінюється ієрархія мотивів і цінностей, знижується самосвідомість і саморозуміння, накопичуються біологічні порушення.

Очевидно що в процесі вживання наркотиків накопичувалися зміни саме регресивного характеру, а вживання наркотика перешкоджає їх усвідомленню.

В цілому, встає питання зворотності метаадиктивної симптоматики, наскільки ймовірно наркозалежному повернутися до "до-хворобливого" стану і як швидко це може статися.

З питання зворотності порушень при наркотичній залежності в науковій літературі однозначної відповіді немає. Тобто питання пластичності/еластичності "накопичених" наркоманом негативних змін залишається відкритим.

2. Наше дослідження є порівняльним аналізом двох груп наркозалежних пацієнтів одного із Броварських центрів реабілітації. Перша група знаходиться на початковому етапі реабілітації, друга — на завершальному етапі. З дослідження були виключені пацієнти з супутніми психічними захворюваннями, з гострими психотичними розладами, з хронічними соматичними захворюваннями у стадії загострення.

Нашою метою є аналіз особистісних змін наркозалежних після відмови від вживання наркотиків, в процесі реабілітації.

При порівнянні досліджуваних нами не було отримано значущих відмінностей за віком або тривалістю адикції. Ми виявили, що велику частину наркозалежних складають особи молодого віку - до 30 років. Також виявлено, що більшість досліджуваних нами наркозалежних мали тривалість вживання

наркотиків від 3-х до 8-ми років.

Відповідно до завдань дослідження нами підбрані методики для виявлення особистісних якостей та станів людини:

1. Діагностика рівня вираженості дистресу за допомогою SCL-90-R;
2. Діагностика смисложиттєвих орієнтації проводиться з використанням методики Смисложиттєвих орієнтацій;
3. При дослідженні самооцінки використовується методика Дембо – Рубінштейн;
4. Дослідження психологічних захисних механізмів проводиться за допомогою методики "LIFE STYLE INDEX".

Результати порівняльного дослідження наркозалежних на різних етапах реабілітації є наступними:

2.1 Виявлені ознаки регресивного розвитку та дистресу у представників наркозалежної групи на початковому етапі реабілітації, але у ході реабілітаційного процесу відзначено значне зниження рівня дистресу. Тобто виражений психологічний дистрес присутній тільки на початковому етапі реабілітації, після припинення прийому наркотиків. Потім в процесі лікування, на заключному етапі стан вирівнюється і зберігається.

2.2 Позитивна динаміка смисложиттєвих орієнтації і самооцінки, що підтверджує припущення про прогресивний розвиток в процесі реабілітації відзначена не була. Що на початковому етапі, що на завершальному етапі реабілітації - всі показники були значно знижені.

2.3 Щодо механізмів психологічного захисту, на початковому етапі реабілітації нами було виявлено понаднормативне використання деконструктивних механізмів психологічного захисту, що дозволяє нам говорити про виражений внутрішньо-особистісний конфлікт і соціально-психологічну дезадаптованість. При дослідженні змін вираженості механізмів психологічного захисту, значних зрушень на завершальному етапі виявлено не було.

3. Отже, зменшення вираженості психопатологічної симптоматики може бути фактором успішної реабілітації наркозалежних, так як спостерігається у тих залежних, які знаходяться на завершальному етапі реабілітації.

Особистісні якості наркозалежних при надходженні в реабілітаційний центр, що свідчать про регресивний розвиток (відсутність ясних цілей і смислів в житті, незадоволеність своїм минулим і сьогоденням, негативне бачення основних сфер свого життя, відхилення у використанні механізмів психологічного захисту) спостерігається й у тих наркозалежних, які відмовилися від наркотиків і знаходяться на завершальному етапі реабілітації, не мають прогностичного значення, тобто за час перебування в стаціонарі на протязі 6 місяців наркозалежні не отримують «зцілення» від залежності: незважаючи на відсутність дистресу, вони все ще мають деформовану структуру особистості.

Перспектива подальшого дослідження вбачається у створенні системи моніторингу і накопичення психодіагностичних характеристик з метою індивідуального підходу в психокорекційній роботі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арзуманов Ю. Л., Дудко Т. Н., Абакумова А. А., Тверіцька І. М., Трудолюбова М. Г., Усманова М. М., Камінська А. І. Сприйняття значущої інформації у хворих героїновою наркоманією // Питання наркології. 2003. №5. С. 55-62.
2. Батищев В. В., Негериш Н. В. Методологія організації програм психотерапії та реабілітації хворих залежністю від психоактивних речовин, що мають низький рівень мотивації на лікування. Фонд НАН. М.: 2000. 199с.

3. Березин С. В. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки. / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, М. Е. Серебрякова. Самара: Самарский университет, 2001. - 48с.
4. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости: Монография. / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров М.: МПА, 2001. - 190 с.
5. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль. 1988. 301с.
6. Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): автореф. дисс. д-ра. мед. наук: 14.00.45 М., 2004.
7. Власова Ю. В. Динамика психологических защитных механизмов личности наркозависимого после освобождения из мест лишения свободы в процессе психокоррекции: автореф. канд. психол. наук: 19.00.06. Рязань, 2006.
8. Вулкль К. Е., Фроун М. Р. Фактори вживання наркотиків старшокласниками в школі // Новини науки і техніки. Сер. Медицина: Вип. Алкогольна хвороба. 2002. № 4.
9. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика. — М. «Север», 1933. /// П. Б. Ганнушкин. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика. — Н. Новгород: Изд-во НГМД, 1998. — 128с.
10. Гарифуллин Р. Р. Психокоррекция смысловых структур наркозависимой личности: дис. канд. психол. наук: 19.00.13. Казань, 2001. 120с.
11. Гофман А. Г., Яшкіна І. В., Пономарьова Н. А. Досвід вивчення ендогенних, психічних захворювань, поєднаних з опійної наркоманією // Соціальна й клінічна психіатрія. 1999. № 3. С.77-81.
12. Демина М. В. «Внутренняя» картина наркологической болезни. М., 2004. 58с.
13. Демина М. В. О механизмах нарушения сознания наркологической болезни и подходах его коррекции // Вопросы наркологии. 2005; №1. С.12-20.

14. Додс Л. Психічна безпорадність і психологія адикції // Психологія і лікування залежної поведінки / Під ред. Даулінг, пер. з англ. Р. Р. Муртазіна. К.: Незалежна фірма "Клас", 2000.
15. Елшанський С. М. Розвиток рефлексії і внутрішнього контролю до психоактивних речовин, як психотерапевтичний прийом // Питання наркології. 2004. № 2.
16. Ерышев О. Ф. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. — Санкт-Петербург, 1996 г. — 175с.
17. Зайцев А. Г., Зайцев Г. К., Ткачук В. А. Обґрунтування ефективності інформаційно педагогічного підходів попередження наркозалежності у молоді // Питання наркології. 2004. №3.
18. Зіганшин І. М., Шамагіна Л. Ю., Кулькова Н. М., Хаертинова І. М. Особливості особистості наркологічних хворих та терапевтичні підходи до них // Питання наркології. 2005. №2. С.61-68.
19. Ігонін А. Л., Тузікова Ю. Б. Героїнова наркоманія, розвиток наркоманії у хворих з різними якість особистості (умови формування, клінічна картина, терапевтичний підхід) // Наркологія. 2002. № 1. С.33-41.
20. Каражанова А. С. Особливості дитячого наркотизму (огляд вітчизняної та зарубіжної літератури) // Наркологія. 2003. № 11. С.38-57.
21. Кравченко С. Л. Структурно-тимчасові характеристики формування алкоголізму у жінок // Питання наркології. 2002. № 4.
22. Кристал Г., Раскін Х. Лікарська залежність: аспекти функцій Еґо. Детройт, 1970.
23. Крупицький Е. М., Руденко А. А., Цой М. Ш. Патологічний потяг до алкоголю у хворих алкоголізмом в ремісії: зв'язок з рецидивом захворювання // Питання наркології. 2003. № 6.
24. Курек Н. С. Особливості експресивно-імпресивного аспектів емоційної сфери хворих на наркоманію // Журнал неврології та психіатрії ім. С. С. Корсакова. 1991. №2. С.65-68.

25. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций / Д. А. Леонтьев. – М.: Изд-во «Смысл», 1992. – 16с.
26. Личко А. Е. Подростковая наркология: Руководство. / А. Е.Личко, В. С. Битенский. Л.: Медицина, 1991. - 298с.
27. Назаров Е. А. Наркотична залежність і співзалежність особистості в сім'ї : Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.11. М. 2000.
28. Оруджев Н. Я., Иванчук Э. Г. Состояние когнитивных процессов у лиц, употребляющих психоактивные вещества // Социальная и клиническая психиатрия №1. 2001. С.84-90.
29. Осницкий А. В. Проблемы психического здоровья и адаптации личности / А. В. Осницкий. - М.: Серебряный век, 2004. - 378с.
30. Петрищев А. М., Мостовой С. М. К вопросу о социально-психологических факторах формирования наркомании // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Труды института. — М., 1981. Т. CLXXV1II. Вып. 5. С.49-52.
31. Полуніна А. Г., Давидов Д. М., Брюн Е. А. Психічна залежність при наркоманії: роль мезокортиколімбічної дофамінергічної системи // Журнал неврології та психіатрії ім. С. С. Корсакова. 2007. Т.107. № 2. С.72-77.
32. Психиатрия и наркология: Учебное пособие для студ. высш. мед. уч. заведений / В. Д. Менделевич, С. Я. Казанцев, Е. Г. Менделевич, Р. Г. Садыкова; под ред. В. Д. Менделевича. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 378с.
33. Романова Е.С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика/ Е.С. Романова, Л.Р. Гребенникова. – Мытищи: Издат-во «Талант», 1996. – 150с.
34. Себшин Э. Психоаналитическое исследование аддиктивного поведения : обзор / Эдит Себшин // Психология и лечение зависимого поведения / [ред. С. Даулинга] ; пер. с англ. Р. Р. Муртазина. – М. : Независимая фирма «Класс», 2000. – С. 13–27. – (Серия «Библ. психологии и психотерапии». – Вып. 85).

35. Семенов С. Ю. Адаптація підлітків з хімічною залежністю, механізм психологічного захисту // Психологія і школа. 2007. №3. С.75-82.
36. Сиволап Ю. П. Проблема психопатології адиктивних розладів // Журнал неврології та психіатрії ім. С. С. Корсакова. 2007. Т.107. № 11. С.4-6.
37. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Зловживання опіоїдами, опіоїдна залежність. М.: Медицина. 2005. 300с.
38. Соколова Е. Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности: дис. . д-ра психол. наук : 19.00.04 — М., 1991. — 400с.
39. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. / Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В. - М.: Изд-во "Когито-Центр", 2007. С.155-168.
40. Тхостов А. Ш., Грюнталь Н. А., Елшанський С. П. Структура самооцінки хворих на опійну наркоманію // Питання наркології. 2001. № 5. С.50-60.
41. Ханзян Э. Дж. Уязвимость сферы саморегуляции аддитивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинг; пер. с англ. Р. Р. Муртазина. – М.: Независимая фирма «Класс». – 2000. – 240с.
42. Шипицына Л. М. Руководство по профилактике злоупотребления психотропными веществами несовершеннолетними и молодежью / Л. М. Шипицына, Л. С. Шпиленя. – М., 2003. – 241с.
43. Шойдукова Л. К. Деякі особливості проблематики алкоголізму у жінок // Соціальна й клінічна психіатрія. 1997. № 2. С.130-133.
44. Яньшин П. В. Клиническая психодиагностика личности. Психологический практикум / П. В. Яньшин. – СПб. Речь, 2007. – 320с.

Бланк ознайомлення з респондентом.

Додаток А

1. Ваша стаття? Ч Ж
2. Скільки вам років?

3. Скільки місяців (років) ви вживали наркотики?

4. Скільки місяців (років) ви знаходитесь в реабілітаційному центрі?

5. Ви вперше проходите лікування в реабілітаційному центрі?
(Якщо ні, напишіть, скільки разів ви проходили лікування)

6. Чи є в вас сім'я? Так Ні

7. Які в вас стосунки в родині?

Опис методик дослідження.

Додаток Б

**ОПРОСНИК ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СИМПТОМАТИКИ — SCL-90-R**

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите **только один** из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если Вы захотите изменить свой ответ, сотрите резинкой Вашу первую пометку.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| <u><i>НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:</i></u> | | | | | |
| 1. Головные боли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Нервозность или внутренняя дрожь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Слабость или головокружения | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Потеря сексуального влечения или удовольствия | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Чувство недовольства другими | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Проблемы с памятью | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ваша небрежность или неряшливость | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Легко возникающая досада или раздражение | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Боли в сердце или в грудной клетке | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Чувство страха в открытых местах или на улице | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Упадок сил или заторможенность | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Мысли о том, чтобы покончить с собой | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Дрожь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Плохой аппетит | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Слезливость | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Неожиданный и беспричинный страх | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Боязнь выйти из дома одному | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 27. Боли в пояснице | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Чувство одиночества | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Подавленное настроение, “хандра” | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Чувство страха | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. То, что Ваши чувства легко задеть | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Сильное или учащенное сердцебиение | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Тошнота или расстройство желудка | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Ощущение, что Вы хуже других | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Боли в мышцах | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. То, что Вы легко теряете мысль | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Трудности в принятии решения | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Затруднённое дыхание | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Приступы жара или озноба | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. То, что Вы легко теряете мысль | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Онемение или покалывание в различных частях тела | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Комок в горле | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Ощущение, что будущее безнадежно | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. То, что Вам трудно сосредоточиться | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Ощущение слабости в различных частях тела | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Ощущение напряжённости или взвинченности | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Тяжесть в конечностях | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Мысли о смерти | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Переедание | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. То, что у Вас в голове чужие мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Бессонница по утрам | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.п. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Беспокойный и тревожный сон | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Приступы ужаса или паники | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. То, что Вы часто вступаете в спор | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Нервозность, когда Вы остались одни | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. То, что другие недооценивают Ваши достижения | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. Ощущение собственной никчемности | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. Кошмарные мысли или видения | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Чувство вины | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

КЛЮЧ К ОПРОСНИКУ SCL-90-R

В SCL-90-R входят следующие шкалы, которые позволяют оценивать симптоматику обследуемых:

| № | Шкала | Пункты | Число пунктов |
|----|--------------------------------------|---|---------------|
| 1 | SOM соматизации | 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58 | 12 |
| 2 | O—C обсессивности—компульсивности | 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65 | 10 |
| 3 | INT межличностной сензитивности | 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73 | 9 |
| 4 | DEP депрессивности | 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 56, 71, 79 | 13 |
| 5 | ANX тревожности | 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86 | 10 |
| 6 | HOS враждебности | 11, 24, 63, 67, 74, 81 | 6 |
| 7 | PHOB фобий | 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82 | 7 |
| 8 | PAR паранойальности | 8, 18, 43, 68, 76, 83 | 6 |
| 9 | PSY психотизма | 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90 | 10 |
| 10 | Дополнительные пункты | 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89 | 7 |

В SCL-90-R используются три обобщенных индекса:

- GSI (Общий индекс тяжести симптомов) — индикатор текущего состояния и глубины расстройства, информирует о количестве и интенсивности симптомов;
- PSDI (Индекс личного симптоматического дистресса) — отражает меру интенсивности состояния (дистресса), соответствующую количеству симптомов, а также тенденцию к преувеличению или сокрытию симптомов испытуемым;
- PST (Общее число утвердительных ответов) — показывает широту диапазона симптоматики.

Подсчет баллов по шкалам производится путем сложения всех отличных от нуля значений по каждому пункту, относящемуся к данной группе расстройств. Далее эта сумма делится на соответствующее число вопросов, за исключением значений по дополнительным пунктам. Деление выполняется до второго знака после запятой. Для вычисления трех обобщенных индексов (шкалы второго порядка) сначала получают общую сумму баллов по всему тесту, включая и дополнительные вопросы.

Деление этого числа на 90 позволяет получить общий индекс тяжести (GSI). Подсчет утвердительных ответов, отличных от нуля, позволяет получить

значение индекса PST.

Для получения индекса PSDI производят деление общей суммы на балл PST.

ТЕСТ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ (СЖО)

Инструкция. Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача – выбрать одно из двух утверждений, которое, по Вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3, в зависимости от того, насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения на Ваш взгляд одинаково верны).

Содержание утверждений

| | | | |
|-----|--|---------|--|
| 1. | Обычно мне очень скучно | 3210123 | Обычно я полон энергии |
| 2. | Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей | 3210123 | Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной |
| 3. | В жизни я не имею определенных целей и намерений | 3210123 | В жизни я имею очень ясные цели и намерения |
| 4. | Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной | 3210123 | Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной |
| 5. | Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие | 3210123 | Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие |
| 6. | Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться | 3210123 | Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами |
| 7. | Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал | 3210123 | Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал |
| 8. | Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов | 3210123 | Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни |
| 9. | Моя жизнь пуста и неинтересна. | 3210123 | Моя жизнь наполнена интересными делами |
| 10. | Если бы мне пришлось подводить сегодня итоги моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной | 3210123 | Если бы мне пришлось сегодня подводить итоги моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла |
| 11. | Если бы я мог выбирать, то я бы | 3210123 | Если бы я мог выбирать, то я бы |

| | | | |
|-----|--|---------|--|
| | построил свою жизнь совершенно иначе | | прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас |
| 12. | Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство | 3210123 | Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности |
| 13. | Я человек очень обязательный | 3210123 | Я человек совсем не обязательный |
| 14. | Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию | 3210123 | Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств |
| 15. | Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком | 3210123 | Я не могу назвать себя целеустремленным человеком |
| 16. | В жизни я еще не нашел своего призвания и ясных целей | 3210123 | В жизни я нашел свое призвание и цель |
| 17. | Мои жизненные взгляды еще не определились | 3210123 | Мои жизненные взгляды вполне определились |
| 18. | Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни | 3210123 | Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни |
| 19. | Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею | 3210123 | Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями |
| 20. | Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение | 3210123 | Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания |

КЛЮЧ К ОПРОСНИКУ СЖО.

Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений для всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения. Для подсчета баллов необходимо перевести отмеченные испытуемым позиции на симметричной шкале 3 2 1 0 1 2 3 в оценки по восходящей или нисходящей асимметричной шкале по следующему правилу:

- В восходящую шкалу 1234567 переводятся пункты: 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17.
- В нисходящую шкалу 7654321 переводятся пункты: 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20.

Восходящая последовательность градаций (от 1 до 7) чередуется с нисходящей (от 7 до 1), причем максимальный балл (7) всегда соответствует полюсу наличия цели в жизни, а минимальный балл (1) – полюсу ее отсутствия.

После перевода всех двадцати пунктов в восходящие или нисходящие шкалы суммируются баллы по соответствующим субшкалам.

Субшкала 1 (Цели) – подсчитывается суммированием пунктов (пп.) 3, 4, 10, 16, 17, 18.;

Субшкала 2 (Процесс) – пп. 1, 2, 4, 5, 7, 9.;

Субшкала 3 (Результат) – пп. 8, 9, 10, 12, 20.;

Субшкала 4 (Локус контроля – Я) – пп. 1, 15, 16, 19.;

Субшкала 5 (Локус контроля – жизнь) – пп. 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Для подсчета общего показателя ОЖ необходимо просуммировать баллы по всем 20 шкалам теста.

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ САМООЦІНКИ ТА ЇЇ ДИНАМІКИ ДЕМБО-РУБІНШТЕЙН

Інструкція

Будь-яка людина оцінює свої здібності, можливості, характер та ін. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня точка якої символізуватиме найнижчий розвиток, а верхня - найвище. На наступній сторінці зображені сім таких ліній. Вони позначають:

1. Здоровий - хворий;
2. Відмінні стосунки в сім'ї - стосунки в сім'ї не влаштовують;
3. Люблю себе - сам собі бридкий;
4. Соціальні стосунки влаштовують - соціальні стосунки не влаштовують;
5. Фінансове положення влаштовує - фінансовим положенням не задоволений;
6. Спокійний - агресивний;
7. Щасливий - нещасний.

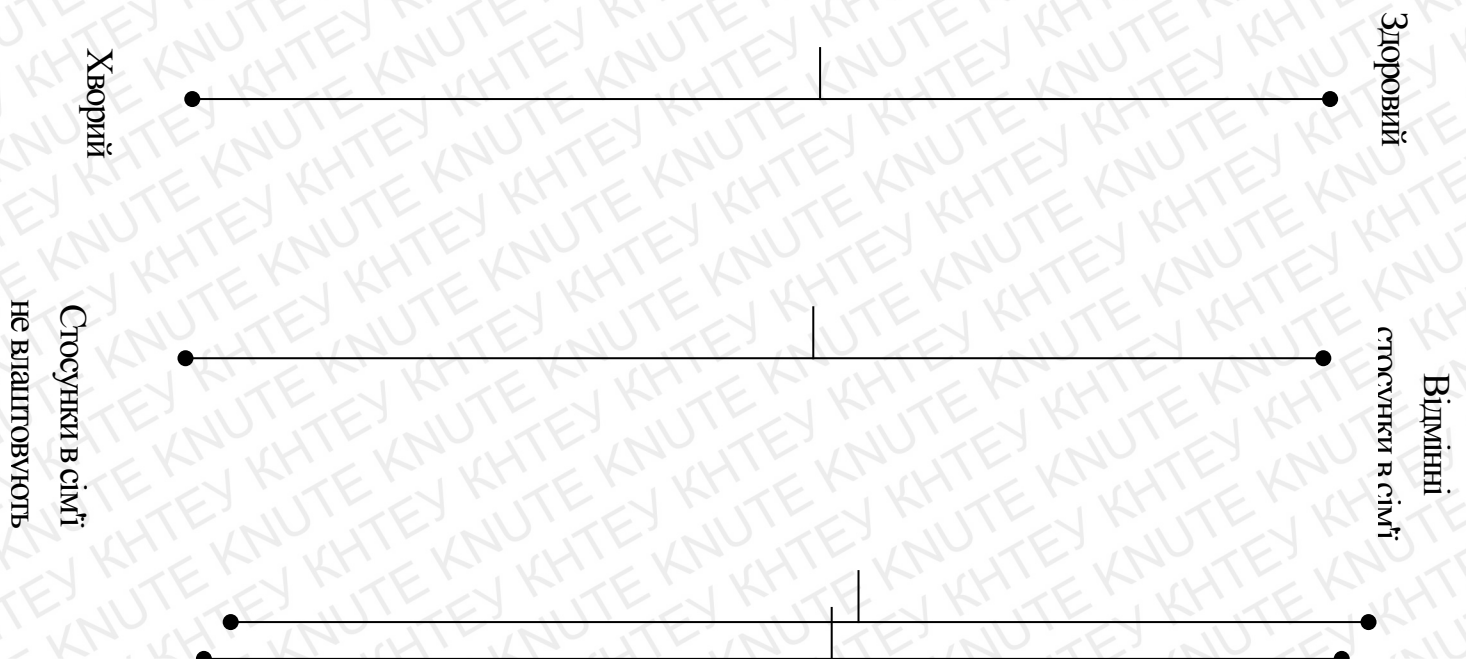
Під кожною лінією написано, що вона означає. На кожній лінії рисою (-) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості, сторони вашої особи в даний момент часу. Після цього хрестиком (x) відзначте, при якому рівні розвитку цих якостей ви були б задоволені собою або відчули гордість за себе.

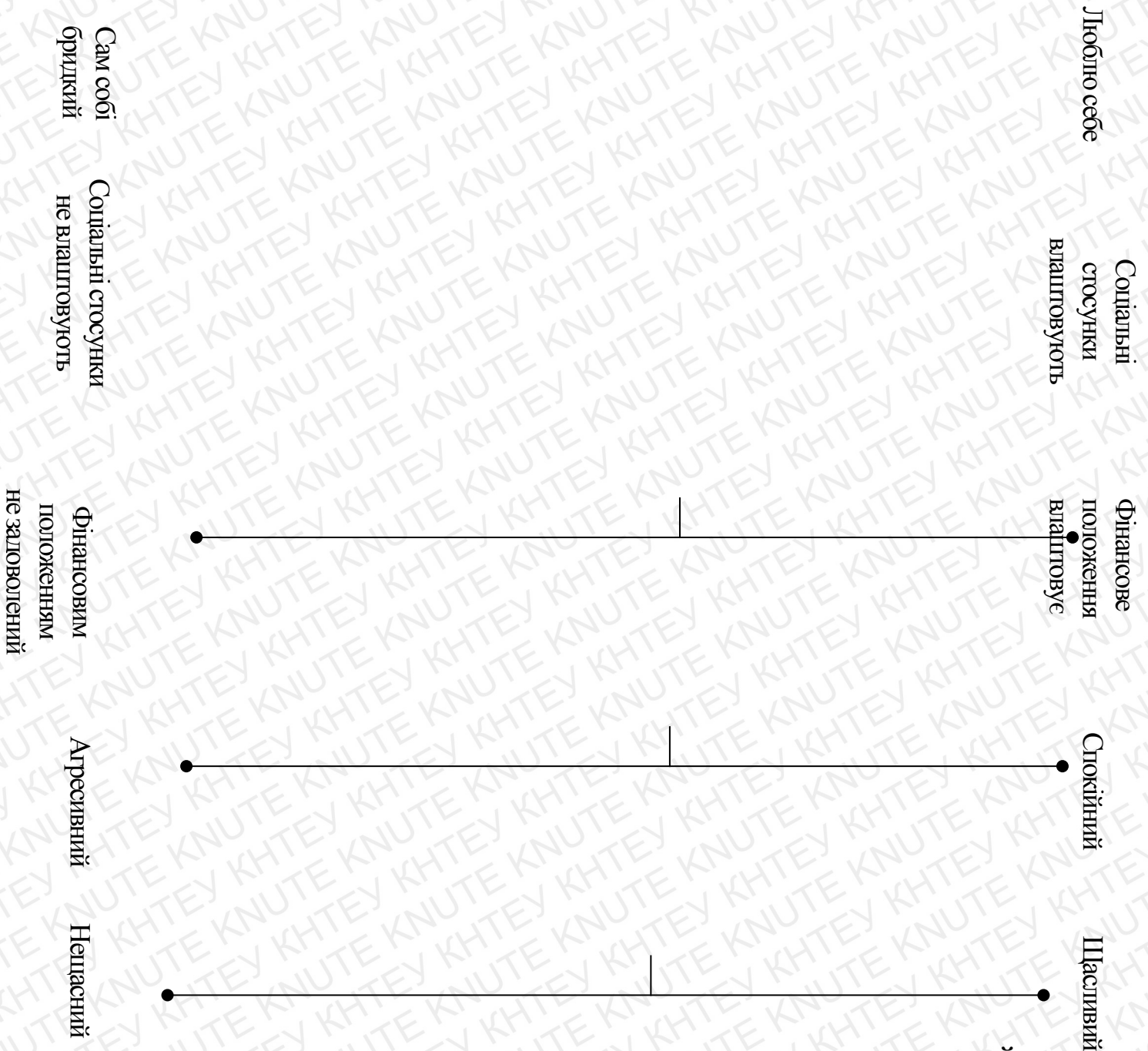
Обробка результатів за методикою діагностики самооцінки та її динаміки Дембо-Рубінштейн.

Обробка проводиться за шістьма шкалами (перша, тренувальна "здоров'я" - не враховується). Кожна відповідь виражається в балах. Розміри кожної шкали 100 мм, відповідно до цього відповіді досліджуємих отримують кількісну характеристику (напр., 54 мм = 54 балів).

1. За кожною з шести шкал визначається:

- а) рівень домагань - відстань в мм від нижньої точки шкали ("0") до позначки "X";
- б) висота самооцінки - від "0" до позначки "X";
- в) значення розбіжності між рівнем домагань і самооінкою - відстань від позначки "X" до позначки "—", якщо рівень домагань нижче самооцінки, він виражається негативним числом.





ТЕСТ-ОПРОСНИК МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГІЧЕСКОЇ ЗАЩИТИ «ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ»

Інструкція: Вам будуть пред'являтися утвердження, касаючися стану вашого здоров'я та вашого характеру. Читайте кожне утвердження та вирішайте, чи воно вірно стосовно вас. Не тратьте часу на роздум'я. **Найбільш природна та реакція, яка першою приходить до голови.** Якщо ви вирішили, що утвердження вірно, поставте будь-який знак у стовпці «Так» поруч з номером питання; якщо утвердження стосовно вас невірно, поставте будь-який знак у стовпці «Ні» поруч з номером питання. При сумнівах пам'ятайте, що кожне

утверждение, которое вы не можете расценить по отношению к себе как верное, следует считать неверным.

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.
32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.

40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.
76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.

79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.
83. Мне случилось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.
84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат.

Бланк для ответов тест-опросника
«ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ»

| № | Да | Нет | № | Да | Нет | № | Да | Нет | № | Да | Нет |
|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|
| 1. | | | 26. | | | 51. | | | 76. | | |
| 2. | | | 27. | | | 52. | | | 77. | | |
| 3. | | | 28. | | | 53. | | | 78. | | |
| 4. | | | 29. | | | 54. | | | 79. | | |
| 5. | | | 30. | | | 55. | | | 80. | | |
| 6. | | | 31. | | | 56. | | | 81. | | |
| 7. | | | 32. | | | 57. | | | 82. | | |
| 8. | | | 33. | | | 58. | | | 83. | | |
| 9. | | | 34. | | | 59. | | | 84. | | |
| 10. | | | 35. | | | 60. | | | 85. | | |
| 11. | | | 36. | | | 61. | | | 86. | | |
| 12. | | | 37. | | | 62. | | | 87. | | |
| 13. | | | 38. | | | 63. | | | 88. | | |
| 14. | | | 39. | | | 64. | | | 89. | | |
| 15. | | | 40. | | | 65. | | | 90. | | |
| 16. | | | 41. | | | 66. | | | 91. | | |
| 17. | | | 42. | | | 67. | | | 92. | | |
| 18. | | | 43. | | | 68. | | | 93. | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|
| 19. | | | 44. | | | 69. | | | 94. | | |
| 20. | | | 45. | | | 70. | | | 95. | | |
| 21. | | | 46. | | | 71. | | | 96. | | |
| 22. | | | 47. | | | 72. | | | 97. | | |
| 23. | | | 48. | | | 73. | | | | | |
| 24. | | | 49. | | | 74. | | | | | |
| 25. | | | 50. | | | 75. | | | | | |

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА ИЖС (LSI)

Подсчитывается количество положительных ответов по каждой из 8 шкал, в соответствии с ключом.

Ключ к опроснику ИЖС (LSI)

| № | Название шкал | Номера утверждений | n |
|---|------------------|--|----|
| 1 | Вытеснение | 6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92 | 10 |
| 2 | Регрессия | 2, 5, 9, 13, 27, 32,35,40,50,54,62, 64, 68, 70, 72,75,84 | 17 |
| 3 | Замещение | 8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89 | 10 |
| 4 | Отрицание | 1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90 | 11 |
| 5 | Проекция | 12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 79, 82, 88 | 12 |
| 6 | Компенсация | 3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85 | 10 |
| 7 | Гиперкомпенсация | 17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86 | 10 |
| 8 | Рационализация | 4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91 | 12 |

Затем сырые баллы переводятся в проценты. На основе процентных показателей составляется профиль эго-защит.

Шкала для перевода сырых баллов по опроснику ИЖС (LSI) в проценты

| Сырые очки | Отрицание | Вытеснение | Регрессия | Компенсация | Проекция | Замещение | Интеллектуализация | Реактивные образ. |
|------------|-----------|------------|-----------|-------------|----------|-----------|--------------------|-------------------|
| 0 | 3 | 2 | 2 | 5 | 1 | 6 | 0 | 7 |
| 1 | 13 | 8 | 6 | 20 | 5 | 23 | 3 | 19 |
| 2 | 27 | 25 | 19 | 37 | 6 | 37 | 6 | 39 |
| 3 | 39 | 42 | 35 | 63 | 7 | 48 | 17 | 61 |
| 4 | 50 | 63 | 53 | 78 | 12 | 65 | 28 | 76 |
| 5 | 61 | 76 | 70 | 88 | 20 | 77 | 42 | 91 |
| 6 | 79 | 87 | 80 | 95 | 27 | 86 | 59 | 97 |
| 7 | 84 | 92 | 85 | 97 | 36 | 93 | 76 | 98 |
| 8 | 90 | 97 | 88 | 99 | 46 | 97 | 87 | 99 |
| 9 | 97 | 98 | 95 | | 64 | 98 | 92 | |
| 10 | 98 | 99 | 97 | | 72 | 99 | 97 | |
| 11 | 99 | | 99 | | 90 | | 99 | |
| 12 | | | | | 96 | | | |
| 13 | | | | | 99 | | | |