

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Київський національний торговельно-економічний  
університет  
Кафедра психології**

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА  
РОБОТА  
на тему:  
ПСИХОДАГНОСТИКА І КОРЕКЦІЯ ОСІБ ЗАЛЕЖНИХ  
ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН**

Студента 1 групи 2м магістрів  
Заочної форми навчання 053  
психологія  
спеціалізації психологія

Григоренко Олександр  
Петрович

Науковий керівник:  
д-р психол. наук,  
професор

Корольчук Микола  
**Степанович**

Науковий консультант:  
канд. психол. наук,  
доцент

**Вербицька Людмила  
Федорівна**

Керівник освітньо-професійної  
програми:  
д-р психол. наук,  
професор

Корольчук Валентина  
Миколаївна

Київ - 2019

**ПЛАН**

Вступ \_\_\_\_\_ стор. 1

Розділ 1. Теоретичні основи психодіагностики і психокорекції осіб,  
страждаючих на залежність від психоактивних речовин \_\_\_\_\_ стор. 7

1.1. Основні принципи, напрямки і підходи дослідження проблеми  
залежності від психоактивних речовин \_\_\_\_\_ стор. 7

1.2. Психологічна сутність феномену залежності \_\_\_\_\_ стор. 12

1.3. Психологічні механізми адиктивного процесу \_\_\_\_\_ стор. 15

Висновок до першого розділу \_\_\_\_\_ стор. 19

Розділ 2. Організація дослідження, характеристика контингенту,  
обґрунтування психодіагностичного інструментарію \_\_\_\_\_ стор. 20

2.1. Умови проведення дослідження \_\_\_\_\_ стор. 20

2.2. Характеристика контингенту \_\_\_\_\_ стор. 22

2.3. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію,  
інтерв'ю \_\_\_\_\_ стор. 24

2.3.1. Психодіагностика залежності \_\_\_\_\_ стор. 25

2.3.2. Перевірка ефективності психокоректувальних  
заходів \_\_\_\_\_ стор. 26

Висновок до другого розділу \_\_\_\_\_ стор. 27

Розділ 3. Аналіз результатів емпіричного дослідження залежних від  
психоактивних речовин \_\_\_\_\_ стор. 29

3.1. Психологічні особливості психодіагностичних результатів  
обстеження \_\_\_\_\_ стор. 29

3.1.1. Процес постановки діагнозу в наркології \_\_\_\_\_ стор. 29

3.1.2. Визначення стадії алкогольної і наркотичної  
залежності \_\_\_\_\_ стор. 32

3.1.3. Аналіз результатів  
психодіагностичного обстеження

стор. 37

3.2. Зміст і перевірка психокоректувальних заходів осіб, страждаючих  
на залежність

стор. 38

3.2.1. Особливості проведення психокорекції

стор. 38

3.2.2. Методи психокорекції алко- та наркозалежних

стор. 44

3.2.3. Порівняльний аналіз результатів корекції

стор. 49

Висновок до третього розділу

стор. 50

Загальні висновки

стор. 51

Список використаних джерел

Додатки 1 – 5

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Сучасне суспільство перебуває в ситуації глобальної кризи та надзвичайно високих темпів трансформації всіх своїх структур. Одним із наслідків цих змін є зростання у всьому світі кількості осіб, залежних від психоактивних речовин (ПАР). Так, Організація Об'єднаних Націй у резолюції 65/95 визнає, що проблеми психічного здоров'я мають велике значення для будь-якого суспільства і є істотним чинником зростання рівня захворювань, зниження якості життя, що, в свою чергу, призводить до величезних економічних та соціальних втрат[40, 41, 42].

Психічне здоров'я розглядається не тільки як складова, але і як основа загального здоров'я людини. На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічні розлади та розлади поведінки слід вважати однією з серйозних загроз здоров'ю та продуктивності нації взагалі. При цьому депресія та суїциди, розлади особистості, алкоголізм та наркоманія зберігають високу вагу в структурі психічних захворювань[40, 41, 42].

Адиктивна поведінка сьогодні є проблемою значної кількості населення розвинених країн. Мільйони людей у світі вживають наркотики та алкоголь, й Україна – не виняток. Значна розповсюдженість наркоманії та алкоголізму пов'язана зі змінами соціально-економічної ситуації в Україні, зростанням кримінального імпорту та виробництва наркотиків. Збільшення кількості хворих на залежність відбувається як за рахунок осіб, які тільки почали систематично вживати психоактивні речовини, так і у зв'язку з недостатньою ефективністю лікування [40, 41, 42].

З огляду на соціальну значущість проблеми, вивчення аддиктивної поведінки особистості є актуальним напрямком психологічної науки, оскільки дозволяє виявити різноманітні фактори і механізми розвитку залежності. Питання психологічної залежності особистості досліджувалися Р.А. Гросом, Т.Б. Дмитрієвою, Б.В. Зейгарнік, А.А. Корчагіною, О.С. Мінко, І.П. Лисенком, І.В. Лінським, І.К. Соснім, Л.Н. Юрєвою та ін., які

стверджували, що залежність є глибинно-психологічним явищем, що охоплює всю життєдіяльність особистості[70, стор 20].

У межах цього напрямку працює велика кількість сучасних авторів: Ф.Б.Березін, В.С.Бітенський, Н.П. Бурмака, З.Н.Зикова, Н.В. Вострокнутов, Г.Д. Золотова, С.А. Кулаков, Н.С. Курек, К.С. Лисецький, О.О. Лічко, І.В. Лінський, П.В. Лютий, О.С. Мінко, М.О. Мінц, Е.Н.Проценко, Ф.С.Сафуанов, З.І.Файнбург, М.А. Христофорова та ін[70, стор 20].

На сьогоднішній день у психологічній науці сформульовано багато теорій, які пояснюють феномен адикції та процес її формування з різних методологічних позицій. При цьому наявні наукові уявлення є недостатніми для чіткого розуміння психологічних чинників і механізмів формування залежності, що, в свою чергу, обмежує можливості врахування всіх цих факторів і особливостей при розробці реабілітаційних, психокорекційних і профілактичних програм[40, 41, 42].

Отже, актуальність обраної теми дослідження визначається загальною потребою в ефективних методах психокорекції наркозалежних осіб, необхідністю розвитку реабілітаційних заходів.

Важливим завданням, що має як теоретичне, так і практичне значення, є з'ясування ефективності реабілітаційної програми, що дозволить розробити і запровадити в клінічну практику ефективні методи психодіагностики та психокорекції.

Зростання кількості хворих на наркоманію відбувається як за рахунок осіб, які тільки почали систематично вживати психоактивні речовини, так і у зв'язку з недостатньою ефективністю лікування хворих. Зокрема, Н.Н. Іванець, С. Дзулінг, Г.В. Залевський, І.М. Зиганшин, І.П. Лисенко та ін. присвятили свої дослідження наркоманії, що було викликано широким її розповсюдженням. Питання наркотичної залежності особистості та її психологічної реабілітації розглянуто у дослідженнях В.Б. Альтшулера, Н.Н.

Іванця, О.Ж. Бузик, Е.А. Брюна, С.В. Зинов'єва, А.Т. Сафонова, Б.Д. Карвасарського, Л.М. Барденштей, І.Н. П'ятницької, К.С. Фрідмана, Л.Л. Рохліної, Л.А. Чистякової, Г.А. Корвіна, С.В. Фішера. Науковцями розроблено низку підходів, реабілітаційних програм, спрямованих на допомогу особам, залежним від ПАР. Серед них когнітивно-біхевіоральний підхід, терапія на основі «Програми 12 кроків», терапія мотиваційного посилення, психоаналітичний підхід тощо (Д. Корбін, А. Штраус, І.Франкен, Д. Ян)[80, стор 4].

Водночас стрімке розповсюдження наркоманії свідчить про недостатність превентивних заходів, невисоку ефективність сучасних лікувально - реабілітаційних програм, зокрема тих, що реалізуються в Україні (О.Ж.Бузик, Р.В.Власовський, Т.М.Павлова). Однією з причин недостатньої ефективності реабілітації розладів, пов'язаних із залежністю, є автономність стратегій лікування наркологічних захворювань, насамперед, біологічно та особистісно орієнтованих підходів[40, 41, 42].

Дослідники розглядають хімічну залежність з різних позицій, які не завжди узгоджуються між собою:

- 1) з позиції особистісного підходу – залежність як компенсація незадоволених особистісних потреб та потребнісних циклів (Ю.В.Валентік), стану фрустрації та пов'язаного з ним психологічного стресу (С.Е.Браун, В.Ю.Зав'ялов, Р.Л.Кромвель, В.В.Нечипоренко, Е.Хамер);

- 2) з позиції рівня розвитку психологічного здоров'я – залежність як неспроможність у самоорганізуючій функції до агресивних змін навколишнього середовища;

- 3) з позиції індивідуальності і характерології – залежність як результат дії патогенних факторів на «місце найменшого супротиву» (В.С.Бітенський) [40, 41, 42].

Відтак, необхідними є оновлення підходів до реабілітації наркозалежних, вдосконалення програм реабілітації та впровадження різноманітних психологічних методів допомоги, які включають підтримку у стані ремісії, профілактичну роботу тощо.

У Україні зараз формуються перспективні напрями протидії поширенню наркоманії та алкоголізму. Треба відзначити досвід фахівців Центра відновної і психосоматичної медицини «Recovery», які велику увагу приділяють психологічній і соціальній допомозі в процесі реабілітації залежних.

Викладені міркування зумовили вибір теми роботи: «Психодіагностика і психокорекція осіб залежних від психоактивних речовин».

**Об'єкт дослідження:** процес психодіагностики і психокорекції осіб, які залежні від психоактивних речовин.

**Предмет дослідження:** особливості психодіагностики і психокорекції залежних від психоактивних речовин в умовах реабілітаційного центру.

**Мета:** здійснити психологічний аналіз і міру розробки проблеми психодіагностики і психокорекції осіб, залежних від психоактивних речовин і експериментально довести ефективність психокоректувальних заходів, що проводяться в умовах реабілітаційного центру.

Відповідно до об'єкта, предмета та мети сформульовано такі **завдання** дослідження:

1. Здійснити аналіз теоретичних основ психодіагностики і психокорекції осіб, страждаючих на залежність від психоактивних речовин та ступінь розробки її в сучасній науковій літературі.
2. Визначити сутність і структуру процесу реабілітації алко- та наркозалежних осіб в умовах реабілітаційного центру, охарактеризувати контингент, науково обґрунтувати психодіагностичний інструментарій,

інтерв'ю, науково обґрунтувати та розробити методика контролю ефективності психокоректувальної програми наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів.

3. Провести дослідження та зробити порівняльний аналіз результатів психокорекції.

4. Зробити висновки що до психодіагностики та ефективності психокоректувальної програми, що проводяться в умовах реабілітаційного центру.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети я застосував такі методи наукового дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел, синтез, узагальнення, порівняння, конкретизація, а також емпіричні - педагогічне спостереження, бесіда, анкетування, фокусоване інтерв'ю наркозалежних та їхніх батьків для визначення рівня актуальних проблем; аналіз документації реабілітаційних центрів з метою з'ясування стану реабілітаційної роботи; тестування метою визначення ефективності розробленої системи психокоректувальних заходів наркозалежних в умовах реабілітаційного центру; психологічні методи діагностики особистісних характеристик наркозалежних; моніторинг для виявлення ефективності системи реабілітації наркозалежних в умовах реабілітаційного центру, відстежування динаміки її ефективності її на різних етапах; статистичні – математичні методи статистичної обробки експериментальних даних для підтвердження достовірності отриманих результатів дослідження.

**Наукова новизна** результатів дослідження полягає в тому, що вперше була науково обґрунтована і розроблена методика контролю ефективності психокоректувальної програми наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів.

**Практична цінність.** Практична цінність випускної кваліфікаційної роботи полягає в тому, що теоретичні положення, сформульовані на підставі



дослідження можуть сприяти удосконаленню психодіагностичних та психокоректувальних методів, які застосовуються при психологічній реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин. Обґрунтований і апробований у дослідженні психодіагностичний інструментарій може бути використаний для контролю ефективності психокоректувальної програми алко- і наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів.

**База дослідження.** Емпіричною базою дослідження виступали чотири стаціонарних відділення Центра психосоматичної і відновлювальної медицини «Recovery».

**Апробація результатів.** Основні положення та актуальність роботи оприлюднено в науковій статті «Психодіагностичний інструментарій дослідження осіб, залежних від психоактивних речовин», яка опублікована у збірнику наукових статей «Організаційна та економічна психологія» (Київський національний торгово-економічний університет, 2019Р.).

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (75 найменувань), п'яти додатків, які містять 8 таблиць. Основний обсяг роботи складає 52 сторінки.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ І ПСИХОКОРЕКЦІЇ ОСІБ, СТРАЖДАЮЧИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

## 1.1. Основні принципи, напрямки і підходи дослідження проблеми вживання психоактивних речовин.

В Україні знаходиться значна кількість людей, які вживають ПАР і з кожним роком число залежних тільки збільшується. Боротьба з цим явищем є дуже важливим фактором в нашій країні. Залежність продукує, велику кількість проблем таких як: злочинність, розповсюдженість СНІДу та інших тяжких хвороб, внаслідок фізичної та соціальної деградації особистості, наркомани та алкоголики випадають із суспільного життя (трудового, політичного, сімейного) і т.д. Але, для того щоб боротьба була дієвою, потрібно визначити основні причини виникнення залежності і усунувши їх знизиться ймовірність початку вживання ПАР, а надалі й масштаби проблеми [41, стор 32].

У ситуації зламу соціальних стереотипів, духовної кризи та глобальної реструктуризації сучасного соціокультурного середовища особливого значення набувають ті аспекти особистості, які визначають механізми формування структур її індивідуальної свідомості. Наявність різноманітних підходів до вивчення проблеми залежності, таких як медико-біологічний, психологічний, соціальний робить свій ґрунтовний внесок в пояснення адиктивних порушень [41, стор 32].

Здійснимо аналіз поняття «адикція», що дозволить нам глибше розглянути досліджувану проблему. У короткому психологічному словнику адикція (залежність) визначається як «нав'язлива потреба в певній діяльності. Термін вживається для таких явищ як залежність від ліків, наркоманія та застосовується і до нехімічних залежностей, таких як ігроманія, шопоголізм, психогенне переїдання, гіперрелігіозність і т. ін. У енциклопедичному словнику «адикція» – специфічний відхід від дійсності в результаті сп'яніння

від алкоголю, наркотиків, меломанії, азартних ігор (карт, рулетки, комп'ютерних ігор тощо). У медичному тлумачному словнику «адикція» потрактована як: «стан залежності, що розвивається в результаті звикання до того чи іншого лікарського препарату..., стан фізичної залежності, що спричинений прийомом таких речовин як морфін, героїн або алкоголь, стан психологічної залежності, що є результатом прийому таких лікарських препаратів, як барбітурати. Таким чином, поняття «адикція» окреслює стан фізичної та психологічної залежності, відхід від реальності за допомогою вживання певних речовин чи специфічної діяльності[40, 41,42].

Умови, за яких особу слід вважати залежним: непереборний потяг до наркотичного засобу; толерантність, що поступово зростає; можливість утриматися, оскільки психічно і фізично людина настільки залежить від цієї отрути і її дії, що раптове припинення (абстиненція) викликає фізично важкий і психічно нестерпний стан [40, 41,42].

У науковій літературі, присвяченій проблемам залежності, в якості факторів ризику та причин наркоманії вказуються різноманітні явища: ідейно-політична криза в суспільстві, втрата традиційних ідеалів та цінностей, економічні труднощі, безробіття, морально-психологічна криза сім'ї, втрата близькості та довіри, масова культура взагалі і молодіжна субкультура зокрема, якій властива девіантна поведінка і т. ін. Усе це можна об'єднати в одне явище, таке як психологічна, соціальна та духовна кризи сучасного суспільства[40, 41,42].

У соціологічній, біхевіористській, психоаналітичній теорії, гештальт, когнітивній психології проблему залежності від ПАР пояснюють як: форму адаптації до складних життєвих реалій, результат проблем дитинства, зокрема батьківської деривації, непродуктивний стиль життя особистості тощо. У соціологічній концепції Р. Мертонна наркотизм розглядається як форма адаптації, що виявляється через втечу від дійсності, коли людина заперечує цілі та засоби для їх досягнення, що соціально схвалюються.

Близьку позицію віддзеркалює біхевіористська теорія виникнення залежності від ПАР. Споживання ПАР дає тимчасовий підкріплюючий ефект у випадках стану стресу, нервового напруження, відсутності гарного настрою, надмірної втоми, особистого горя і болю. Ця теорія заснована на можливості формування певних форм поведінки у відповідь на дію специфічних стимулів. Отже, вживання наркотичних речовин може бути «парадоксальною» формою адаптації до соціального середовища, формою захисту від життєвих проблем, засобом долання стресу, втоми тощо [70, стор 36].

З точки зору психоаналізу, особу спонукає вживати наркотики їх часто виражена анксиолітична дія, тобто властивість знижувати тривогу. Суб'єкт не усвідомлює витоків відчуття тривоги та вдається до зовнішніх засобів її нівелювання. Заперечення як механізм психологічного захисту відіграє важливу роль у розвитку хімічної залежності. Психоаналітичний підхід (З.Фрейд, К.Хорні, М.Кляйн, Є. Фром та ін.) пояснює формування залежності через призму раннього порушення психічного розвитку дитини, що спричинений дефектними батьківсько-дитячими відносинами. На думку послідовників З. Фрейда, особи мають сильну потребу в такій залежності, корені якої простежуються в дитинстві. Якщо батьки не задовольняють потреби дитини в турботі та увазі, вона виростає надмірно залежною від інших людей. Дитина шукає в них турботу та увагу, недоотримані раніше. Коли цей пошук зовнішніх джерел підтримки включає експериментування з ПАР, людина може отримати залежність по відношенню до них. К. Хорні зазначає, що у дитини у відповідь на позбавлення в дитинстві таких можливостей можуть формуватися характерологічні риси, властиві залежній особі, а саме: схильність до імпульсивності, пошуку новизни в житті, несамостійність, замкнутість, депресія. У таких випадках прийом психоактивної речовини нівелює ці риси характеру, що, в свою чергу, призводить до розуміння даної речовини як засобу, що поліпшує комунікацію. Таким чином, вживання ПАР має глибинно-психологічну

зумовленість, детермінантом якої є батьківсько-дитячі стосунки. Порушення взаємин між дитиною та батьками спричиняє відчуття базальної тривожності, що з часом може призвести до виникнення оральної фіксації[70, стор.37].

Представники гештальт-психології пояснюють поведінку і стиль життя особистості як процеси, керовані гомеостазом, за допомогою якого організм підтримує свою рівновагу і здоровий стан в умовах, що змінюються. У якості фігури в кожний момент часу виступає потреба, що домінує на даний момент, тоді як інші потреби являють собою фон. Порушення такого гомеостазу змушує суб'єкт шукати засоби віднаходження такої гармонії. Нерідко ці засоби можуть бути зовнішніми, такими як наркотичні речовини, що створюють ілюзію гармонії[70, стор.38].

Соціально-психологічний підхід розглядає адикції у контексті здоров'я і здорового способу життя як варіанти самодеструктивної поведінки особистості, поряд із суїцидальними діями. Відповідно до теорії соціального навчання тимчасове вирішення наявних конфліктних ситуацій зі зниженням тривоги внаслідок вживання наркотику є спонукальною причиною до подальшої наркотизації. Зменшення тривожності при перших вживаннях наркотику, таким чином, є джерелом підкріплення при наркотизації. Отже, вживання наркотичних речовин пов'язується із саморуйнівною поведінкою, що виникає внаслідок нерозв'язаних конфліктів. Отримання внутрішнього спокою за допомогою наркотичних засобів і є ілюзорним способом вирішення внутрішнього конфлікту[70, стор.38].

Представниками когнітивної психології У. Роджерсом, М.І. Розеншток, проба з наркотиками розглядається через вплив сприймаючих особою витрат та вигод.

Гуманістичний напрямок розглядає особистісний сенс наркотизації, який полягає в доступі до психологічних ресурсів, що полегшують міжособистісну комунікацію, самоактуалізацію, вивільнення творчої енергії особистості. Представники діяльнісного підходу в психології наголошували,

що вживання наркотичних речовин залежить від культурного та соціального рівня особистості. Так, Р.А. Лурія, виділяючи і обґрунтовуючи поняття «внутрішня картина хвороби», підкреслював, що уявлення про неї не відповідає розумінню скарг хворого, а її структура – сенситивна, в інтелектуальній частині – знаходиться у великій залежності від особистості хворого, загального культурного рівня, соціального середовища і освіти [40, стор.39].

Результати вивчення обміну нейротрансмітерів людини підтверджують біологічну теорію виникнення ПАР. Частий прийом алкоголю і бензодіазепінів знижують рівень гама-аміномасляної кислоти, опіатів, кокаїну та амфетамінів. Цей механізм лежить в основі поступового формування абстинентного синдрому. Психоактивні речовини активують центр задоволення головного мозку. [40, стор.40]

Сучасні дослідження в галузі молекулярної біології встановили наявність генного дефекту у більшості осіб із алкогольною залежністю та у 50 % залежних від кокаїну[40, 41, 42].

Отже, можна відзначити, що жодна з існуючих моделей адикцій не є цілком задовільною для пояснень і досліджень полярності позицій здорова – не здорова особистість, конструктивна – деструктивна тенденція конкретної особистості.

На сьогоднішній день не існує загальної психологічної теорії залежності, оскільки наявні наукові уявлення є недостатніми у розгляді питання особистості та детермінант її поведінки, що в свою чергу не дає можливості виокремити характерологічні риси, типи і форми поведінки, за якими можна чітко розрізнити поняття «залежні – не залежні», «звичне вживання – зловживання – залежність», що є актуальним в процесі психодіагностики.

## **1.2. Психологічна сутність феномену залежності від психоактивних речовин.**

Систематичне вживання ПАР зумовлює біологічні зміни в організмі, коли психоактивна речовина, ставши звичною, активно бере участь у фізіологічних процесах. Крім того, відбуваються особистісні зміни як наслідок хронічної інтоксикації і психологічної адаптації індивіда, а також порушення соціального функціонування хворого на залежність, на якого суспільство діє репресивно. Намагаючись зберегти свої уявлення про світ і самого себе, хворі будують систему психологічного захисту. При цьому власний досвід спотворюється або ігнорується повністю, а структура особистості стає ригідною. Основними формами психологічного захисту у хворих на наркоманію є заперечення, регресія і компенсація [70, стор.41].

Формування залежності – процес, який має не тільки причини, форми, а й швидкість протікання. Найбільший ризик розвитку тієї чи іншої форми залежності виникає в ситуації кризи. Поведінку в даному випадку визначають особистісні особливості, манера реагувати на кризу та вираженість актуальної ситуації. Слабкий розвиток або пригнічення таких властивостей як стійкість до конфліктів, фрустраційна толерантність, задоволеність та соціальна компетентність роблять особистість нестійкою. Манера поведінки, що сприяє формуванню залежних відносин, може бути представлена у вигляді поступності, сором'язливості, репресивності, агресивності та ін. Прискоренню формування залежності сприяють особливості життєвої ситуації, такі як незадоволеність відносинами в сім'ї, школі, сусідами, на роботі, в інтимних стосунках і т. ін. Особа може змінювати стан своєї свідомості певним звичним способом, переключатися з однієї речовини на іншу або поєднувати різні форми залежності [70, стор.43].

Психічна залежність – це психічний потяг до ПАР і здатність досягнення психічного комфорту в стані сп'яніння. Такий потяг не завжди усвідомлюється і виникає на ранніх стадіях наркотизації та залишається на

все життя. При цьому, психічна залежність поширюється на всі види наркотичних речовин, навіть на ті, які не мають виражених фізичних симптомів відміни як, наприклад, кокаїн, оскільки в основі психічної залежності лежать фізіологічні механізми звикання[70, стор.44].

Психічний потяг до ПАР виражається в постійних думках про вживання препарату, що викличе підйом настрою, в передчутті прийому, у незадоволеності за відсутності наркотику. Т.Б. Дмитрієва пише, що потяг до наркотику визначає настрій, емоційний фон особи, її погляд на світ. Він здатен перебудувати життєві інтереси, стосунки з іншими людьми, змінює соціальну орієнтацію особистості. На пізніх стадіях вживання наркотику формується стан психічного комфорту, не стільки відчуття задоволення, скільки втечі від страждань[70, стор.44].

Зейгарнік Б.В. у праці «Патопсихологія» зазначала, що в процесі розвитку залежності формуються патологічно змінені потреби, порушується ієрархія мотивів. Потреби залежної особи стають некерованими і набувають ознак потягів. Оскільки інтереси, переживання і прагнення людини будуються в залежності від її мотивів, зміни в змісті потреб сприяють змінам будови особистості людини. Одним із найбільш яскравих проявів порушення особистості є порушення підконтрольності, критичності поведінки. Таким чином, окремі особистісні властивості посилюються під впливом залежності від наркотиків, але структурний профіль особистості (співвідношення тих чи інших особистісних характеристик) довгі роки може зберігатися. Наприклад, схильність до хвилювання переростає в депресивність, чутливість загострюється і проявляється у вигляді тривожності. Якщо особа була активною і чутливою, з розвитком залежності від наркотиків вона стає неспокійною, дратівливою, тривожною. Такі зміни не можна вважати незворотними[70, стор.46].

Психоаналітичний напрямок (Є.Фром) стверджує, що в умовах сучасних ринкових відносин, а точніше в їх спотвореному вигляді, людина



забуває про цінності людських відносин, замінює їх штучними «ілюзорними» засобами. Отже, наркотичні засоби дозволяють досягти бажаного комфорту шляхом заміщення живого контакту, який вимагає від особистості певних зусиль, на неживий [70, стор.46].

Наукові дослідження представників діяльнісного підходу О.М. Леонтєва та С.Л. Рубінштейна дають підстави стверджувати, що дослідження діяльності особистості вимагає аналізу саме її внутрішніх системних зв'язків, тобто відносин між потребами, мотивами, як збудниками діяльності та цілями діяльності. Науковці залежну поведінку окреслюють як несправжньо опредмечену потребу, яка розвивається за механізмом «зсув мотиву на мету». У такому випадку суб'єкт шукає об'єкт задоволення, що дає тимчасове відчуття послаблення внутрішнього напруження. Отже, когнітивна сфера суб'єкта перебудовується відповідно до мети та об'єкту задоволення, а сам об'єкт може бути включений до Я концепції суб'єкта [70, стор.49].

Таким чином, синдром психологічної залежності характеризується втратою можливості конструктивного сприйняття власного життя, появою obsesивного потягу до ПАР і здатністю досягнення психічного комфорту в інтоксикації. Ілюзія задоволення потреб, що при цьому виникає, зумовлює «зсув мотиву на мету», наповнює життя ілюзорним внутрішнім спокоєм, який не досягається іншими шляхами, окрім хімічного [70, стор.50].

### **1.3. Психологічні механізми розвитку залежності від психоактивних речовин.**

Психодіагностика і психокорекція залежних від ПАР осіб неможлива без урахування психологічних механізмів розвитку залежності від психоактивних речовин.

Залежність – це недосконалий спосіб пристосування індивіда до складних умов діяльності та спілкування, це нездатність відпочивати, радіти,

збиратися з силами, це гнітюче відчуття безпорадності перед реаліями життя. У зв'язку з цим, особистість спрямовує свій шлях у вузьку сферу діяльності (ігроманію, вживання хімічних речовин або хворобливу емоційну прихильність) – це єдина можливість впоратися з життям для залежних особистостей [40, 41, 42].

Психологічні механізми являють собою закріплені способи дій, які формувалися протягом життя суб'єкта. Такі механізми дій зазвичай є неусвідомлюваними та є реакцією на невирішені конфліктні ситуації. Залежна поведінка є закріпленим психологічним механізмом, реакцією на невирішений внутрішній конфлікт [40, стор. 53].

Дослідники стверджують, що нейрофізіологічними механізмами формування залежності від наркотиків вважаються емоційно-позитивні реакції, які необхідні для цілеспрямованого задоволення біологічних та соціальних потреб. Вони виникають у відповідь на хімічну дію психоактивної сполуки на емоційні підкіркові структури, асоціативні та моторні ділянки кори головного мозку та об'єднуються у функціональну систему (систему підкріплення), яка визначає властивості вищої нервової діяльності та характер поведінкового реагування особистості [40, стор.53].

У нормі, як правило, психічно здорові люди легко, автоматично пристосовуються до вимог повсякденного життя і важче переносять кризові ситуації. Вони, на відміну від осіб з різноманітними адикціями, намагаються уникати криз та хвилюючих нетрадиційних подій. Залежні об'єктивно і суб'єктивно погано долають труднощі повсякденного життя, отримують постійні докори в непристосованості, відсутності життєлюбства з боку близьких та оточуючих. Це формує у них прихований комплекс неповноцінності. Такі люди страждають від того, що відрізняються від інших, що не здатні жити як інші. Однак, такий тимчасовий комплекс неповноцінності обертається гіперкомпенсаторною реакцією, починаючи від

заниженої самооцінки, що навіюється оточуючими, закінчуючи різким переходом відразу до завищеної, минаючи адекватну [40, стор.54].

Н.С.Абул-Хусн, Р.Бровн, Д.І.Зіміс, В.Джукіс виокремили ознаки залежних особистостей та їх особливості, а також окреслили процес та механізми протікання адикцій.З метою оцінки та віднесення людини до залежного типу дослідники виділяють наступні ознаки; наявність п'ятиох із них є достатньою для діагностики клінічної залежності: нездатність ухвалювати рішення без порад інших людей;готовність дозволяти іншим ухвалювати важливі для себе рішення; готовність погоджуватися з іншими через страх бути відкинутим;труднощі почати якусь справу самостійно; готовність добровільно йти на виконання принизливих або неприємних робіт із метою здобути підтримку оточуючих; неспроможність бути на самоті; відчуття спустошеності або безпорадності, коли обривається близький зв'язок; охоплення страхом бути відкинутим; легка вразливість щодо критики або несхвалення [40, стор.60].

Адиктивна поведінка являє собою безперервний процес формування і розвитку залежності. Р. Бровн запропонував шість компонентів, універсальних для всіх варіантів адикції: salience (особливість, надцінність); euphoria (ейфорія); tolerance (зростання толерантності); withdrawal symptoms (симптоми відміни); conflict (конфлікт з оточуючими і самим собою); relapse (рецидив) [40, стор.61].

Таким чином, для залежної людини характерна пасивність, готовність йти за думкою оточуючих, труднощі у висловлюванні власних почуттів, відчуття самотності, непотрібності, байдужості, депресивності. Складовими психологічного механізму формування залежності виступають: ейфорія, відміна, рецидив, що свідчить про систему змін як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях.Тому психологічнадопомога особам із хімічною адикцією повинна бути комплексною [40, стор.61].

Психологами виокремлено деякі особливості осіб з адиктивними формами поведінки:

1. Неспроможність долати труднощі у повсякденному житті, обумовлена наявністю гедоністичної установки (прагненням до негайного задоволення своїх бажань). Якщо бажання адиктів не задовольняються, вони реагують або спалахами негативних емоцій, або відходом від проблем, що виникають перед ними, що поєднується з підвищеною вразливістю, підозрілістю та спричиняє часті конфлікти.

2. Прихований комплекс неповноцінності, що поєднується з зовні демонстрованою перевагою. Він проявляється в частих змінах настрою, невпевненості, уникненні ситуацій, в яких здібності залежних осіб можуть бути об'єктивно перевірені.

3. Тривожність, яка тісно пов'язана з комплексом неповноцінності. Її особливість полягає в тому, що в кризових ситуаціях тривожність може відступати на другий план, у той час як у звичайному житті вона може виникати без видимих причин або подій, що не є дійсним приводом для переживань.

4. Зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом стійких емоційних контактів. Це явище пов'язане з прагненням справити позитивне враження на оточуючих. Тривале спілкування з залежними особами ускладнено, стосунки, як правило, поверхові, вони рідко здатні до глибоких позитивних емоційних контактів і уникають ситуацій, пов'язаних з ними.

5. Схильність до брехні.

6. Прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні.

7. Прагнення уникнути відповідальності в ухваленні рішень, а також пошук аргументів на своє виправдання в потрібний момент.

8. Стереотипність поведінки. Сформована модель поведінки легко передбачувана, але її важко змінити.

9. Залежність, яка проявляється у вигляді підпорядкування впливу інших людей

10. Дисонансі переживання. На свідомому рівні адикти оцінюють безкорисність своєї поведінки і свою власну особистісну безкорисність, а на несвідомому рівні – не бажають перервати залежність від того чи іншого об'єкта [40, стор.62].

Багатоаспектна проблема потребує комплексної психологічної допомоги. Завдання бригади фахівців, медичних психологів полягає у необхідності повернути людину в тілесну та духовну оболонку колишньої, здорової особистості, за умови її наявності. Якщо повернути людину до колишньої системи цінностей не вдається, необхідно створити її заново [40, стор.63].

### **Висновок до першого розділу**

Уданому розділі проаналізовано сучасний стан дослідження проблеми залежності від психоактивних речовин, обґрунтовано теоретико-методологічні основи її дослідження, визначено та переглянуто основні напрямки і підходи до проблеми хімічної адикції, узагальнено фактори, що сприяють формуванню адиктивної поведінки.

На підставі детального аналізу наукових джерел визначено, що на сьогоднішній день не існує загальної, всеохоплюючої психологічної теорії залежності, а жодна з існуючих моделей адикцій не є цілком задовільною для пояснень і досліджень полярності позицій здорова – не здорова особистість, конструктивна – деструктивна тенденція конкретної особистості, що зумовлює неможливість виокремлення характерологічних рис, типів і форм

поведінки, за якими можна чітко розрізнити поняття «залежні – не залежні», «звичне вживання – зловживання – залежність».

У результаті дослідження виявлено та уточнено чинники, що спричиняють залежність, це: на макрорівні – суспільна криза, втрата традиційних ідеалів та цінностей, економічні труднощі, безробіття, морально-психологічна криза сім'ї, особливості масової культури і молодіжної субкультури, зокрема; на мезорівні – чинники, пов'язані з деструктивними сімейними взаєминами, негативним впливом безпосереднього соціального оточення; на мікрорівні – індивідуально-психологічні особливості, зокрема, наявність акцентуацій характеру та ін.

З'ясовано, що в основі будь-якої залежності лежить негативне ставлення до себе, неприйняття оточуючого світу та людей.

Теоретичними основами дослідження проблеми психодіагностики та психокорекції осіб, залежних від ПАР стали: положення про психіку як складну систему взаємопов'язаних функцій, процесів та станів; наукові уявлення про адаптативність поведінки людини в природному і соціальному оточенні, принципи та засади когнітивно-поведінкового підходу та теорії мотиваційного посилення, біо-психо-соціальна концепція залежності від психоактивних речовин.

## **РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ, ОБГРУНТУВАННЯ ПСИХОДІОГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ, ІНТЕРВ'Ю**

### **2.1. Умови проведення дослідження.**

Експериментальне дослідження, яке продовжувалося на протязі півроку, проводилося в чотирьох стаціонарних відділеннях Центра психосоматичної і відновної медицини «Recovery». Це реабілітаційні центри закритого типу, де проходять реабілітацію клієнти, що страждають різними видами залежності, в основному алкоголізмом і наркоманією.

Слід зазначити, що усі реабілітаційні центри, які стали експериментальними базами в представленому дослідженні, є недержавними організаціями, що фінансуються із альтернативних джерел (спонсори, меценати, благодійні внески зацікавлених осіб (в основному батьків наркозалежних). Розташовані вони в м. Києві і Київській області. Представляють собою сучасні житлові двох – трьохповерхові комплекси, площею від 250 до 1200 кв. м., обладнані всіма необхідними для повноцінної життєдіяльності і реабілітації засобами (автономне опалення, газ, вода, каналізація) і приміщеннями (кімнати для проживання від 2 до 10 осіб, процедурна, тренінгові й навчальні кімнати, спортивні зали, харчоблок та їдальня, кімнати для проведення дозвілля і відпочинку, спортзал, сауна тощо). Розраховані центри на кількість залежних, які одночасно проходять реабілітацію, – від 25 до 35 осіб. Стан матеріально-технічної бази на момент проведення експериментального дослідження майже однаковий, суттєвих розбіжностей не виявлено, що дозволяє передбачати ймовірність результатів експериментальної роботи.

Аналіз методичної бази та досвіду організації роботи з реабілітації залежних осіб в умовах реабілітаційних центрів показав, що така робота відбувається на основі проходження повного курсу реабілітації в межах трьох умовно відокремлених ділянок:

1) карантин і діагностика наркозалежних, де протягом 14 днів наркозалежні проходять медичну детоксикацію і первинне психологічне дослідження;

2) реабілітація і соціальна адаптація, які протягом 1-3 місяців дозволяють наркозалежному пристосуватися до умов навколишнього середовища, відновити фізіологічну, психологічну сфери, отримати соціальні знання і відповідний досвід співіснування з іншими реабілітантами, досвід тверезого життя;

3) ресоціалізація та інтеграція в соціальне середовище, які тривають від півроку до року, і передбачають поступове припинення реабілітаційного процесу, відділення від середовища реабілітаційного центру, амбулаторне відвідування відділення реабілітації, відвідування груп самопомоги, соціальний супровід, пошук місця роботи, допомогу в налагодженні повноцінної життєдіяльності в суспільстві;

Дослідно-експериментальна робота проводилась під керівництвом адміністрацій центрів реабілітації, з одного боку, і безпосередньо автором дослідження як розробника і виконавця наукового дослідження – з іншого.

## **2.2. Характеристика контингенту.**

У експерименті брала участь група добровольців, які проходили довготривалу (більшість пів року і більше, але не менше 4 місяців) реабілітацію в умовах реабілітаційних центрів закритого типу.

Піддослідна група складалась із 50 осіб (10 жінок та 40 чоловіків) віком від 18 до 36 років.

Соціальний статус: тільки 8 осіб (16%) формально мали постійне місце роботи, 14 (28%) - існували на випадкові разові підробітки, 28 (56%) – ніде не працювали і існували за рахунок родичів. В шлюбі знаходилось 24 особи (48%), розлучені 12 (24%), неодружені 14 (28%). У 21 респондента (42%) є діти, одна жінка позбавлена батьківських прав. Майже у всіх випадках дітьми



опікувались родичі, тільки двоє постійно приймали участь в вихованні дітей. Приблизно половина мала проблеми з законом. Також більш половини мали великі борги та кредити ( від 1 000 до 50 000 грн.).

Всі досліджувані систематично вживали різні види ПАР на протязі від 2 до 20 років, тобто страждають на алкоголізм, наркоманію чи полінаркоманію.

Всі учасники, на момент проведення дослідження, не вживали наркотики та алкоголь на протязі 1 місяця і більше, не страждали від гострого абстинентного синдрому і фізично відчували себе добре. Ніхто не має психіатричного діагнозу.

У всіх вимальовувалися наступні актуальні психологічні проблеми: залежний характер вживання (нездатність тимчасового, кількісного, якісного та ситуаційного контролю); соціальні проблеми (на роботі, навчанні, в сім'ї); важкий емоційний стан (на тлі загальної депресії неадекватне реагування на зовнішні подразники); порушення сну (як процесу засипання так і якості сну); порушення пам'яті (всіх її видів).

Для збору анамнезу і постановки діагнозу також були підключені найближчі родственикі (батьки) залежних. Більшість з них відзначили незадоволеність рівнем психологічного здоров'я своїх дітей через підвищену тривожність і нервовість, роздратованість, зниження інтересу і мотивації на одужання.

Робота з учасниками дослідження здійснювалася відповідно до принципів біомедичної етики: тільки на добровільній основі, анонімно, при інформованій згоді учасника, що дозволяло досягти щирості і відвертості.

### **2.3. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію, інтерв'ю.**

Експериментальне дослідження психодіагностики та ефективності психокорекції наркозалежних осіб в реабілітаційних центрах було проведено

за методикою, яка включає в себе як інструменти для постановки діагнозу, так і для оцінки ефективності психокоректувальної програми.

Для оцінки психологічного стану, позначення актуальних психологічних проблем і досліджування ефективності психокоректувальної програми були проведені наступні психодіагностичні дослідження, що складаються з психодіагностичної бесіди (інтерв'ю) і батареї тестів.

У дослідженнях я використовував 2 блоки тестів. Перший, такий, що складається з тесту на наявність наркоманії і тесті на рівень реабілітаційного потенціалу, проводиться на першому місяці реабілітації і дає можливість підібрати адекватну психокоректувальну програму, враховуючи індивідуальні психологічні і соціальні особливості, а також стадію захворювання.

Другий блок показує нам рівень особистих психологічних змін, викликаних захворюванням, таких як рівень особової і соціальної фрустрації, а також діагностики структури алкогольної мотивації і загального рівня напруженості мотивації. Тестування проводилось на першому та на четвертому місяці реабілітаційного процесу і його результати дали можливість відзначити зміни цих показників як результат ефективної роботи психокоректувальної програми.

Перший етап тестування проводиться приблизно в кінці першого місяця реабілітації, коли клієнт адаптувався до умов реабілітаційного центру і інтегрувався в реабілітаційний процес, а також пройшов період гострого абстинентного синдрому.

Другий – через 3 місяці, коли видна динаміка змін психологічного стану пацієнта.

Проведення подальшого тестування (через 6 місяців) я визнав недоцільним, бо більшість досліджуваних к тому часу закінчили або перервали реабілітаційний процес.

### **2.3.1. Психодіагностика залежності.**

Для постановки діагнозу «залежність від ПАР» я використав психодіагностичне стандартизоване інтерв'ю, тест на наявність наркоманії (алкоголізму), а також тест на реабілітаційний потенціал, який, з одного боку, допомагає підібрати максимально ефективну програму психокорекції, а з другого – підтвердити діагноз та ступінь захворювання.

**Психодіагностичне стандартизоване інтерв'ю** використовувалось з метою збору та вивчення психологічного анамнезу життя чоловіків і хвороби досліджуваних.

Воно включає збір первинних даних: паспортна частина, визнання/невизнання в себе симптомів залежності, наявність заперечень і психологічних захистів, наявність мотивації на здоровий спосіб життя, актуальні психологічні проблеми. Результати заносяться в «особисту карту».

З його допомогою стає можливим більш точно поставити діагноз «залежність від ПАР», визначити ступінь захворювання.

**Тест на наявність наркоманії (алкоголізму).** За основу взята методика MAST — алкогольний скринінг-тест Мічігану, який був адаптований для наркозалежних [76].

Розроблений в 1971 році MichiganAlcoholScreeningTest (MAST) – один із старих і найбільш точних скринінгу-тестів, ефективність якого за визначенням алкогольної залежності досягає 98%. Питання MAST тесту пов'язані з оцінкою пацієнтом соціальних, професійних і родинних проблем, пов'язаних з пияцтвом. Сам тест розроблявся як спосіб швидкої оцінки зловживання алкоголем для широких мас населення, різних рас і національностей. Він пройшов широку апробацію і показав відмінні результати виявлення схильності до алкоголізму.

Є декілька варіацій тесту, але я використовував його останню, таку, що має варіанти для визначення алкоголізму, наркоманії і полінаркоманії,

найсучаснішу версію з 24 питань. Багато питань стосуються всього життя обстежуваного, а не лише останнього часу.

Тест MAST має 2 дуже яскраві особливості, що дуже сильно відрізняє його від останніх тестів. Перша особливість пов'язана з його довжиною: повний варіант складається з 24 питань і вимагає зосередження, що відрізняє його від 4-6 питань інших швидких тестів, але дає велику точність висновків.

Друга особливість: питання в тесті вимагають зосередити увагу на проблемах протягом всього життя пацієнта, а не на поточних проблемах. Це означає, що тест з меншою вірогідністю здатний виявити проблеми на ранніх стадіях алкоголізму. Відповідно він більше личить для людей, які мають цю проблему не перший рік, більш того – точність тестування з посилюванням проблеми лише збільшується. Це робить його найбільш відповідним для використання його в моєму дослідженні.

Питання MAST тесту пов'язані з оцінкою пацієнтом соціальних, професійних і родинних проблем, пов'язаних з вживанням ПАР.

**Тест на реабілітаційний потенціал** (рекомендований додатком до Протоколу ведення хворих, реабілітація хворих наркоманією) [77].

Оцінюється сукупність фізичних, психічних, соціальних і духовних можливостей пацієнта в подоланні хвороби і її наслідків, що дає можливість підібрати максимально ефективну програму психокоректувальних дій.

### **2.3.2. Перевірка ефективності психокоректувальних заходів.**

Для перевірки ефективності психокоректувальних заходів було використано наступні тести:

Методики експрес-діагности, створені Віктором Бойко є невеликі за об'ємом (не більше 12 питань) і, відповідно, короткі за часом обстеження опитувальники, направлені на виявлення ряду психоемоційних особливостей і станів випробовуваного, зокрема, дезорганізуючих емоційних станів[78].

**Методика діагностики рівня соціальної фрустрації** (Л. І. Вассермана, модифікація В.В. Бойка), опитувальник, який фіксує ступінь незадоволення соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності [79].

**Діагностика рівня особової фрустрації** (В.В.Бойко) [79]. Методика дозволяє оцінити рівень психоемоційного стану людини.

**МПА** (опитувальник по виявленню особливостей мотивації вжитку алкоголю В.Ю.Завьялова), адаптований також для наркозалежних [77]. Методика призначена для діагностики структури алкогольної мотивації, а також загального рівня напруженості мотивації. Аналіз мотивів також дозволяє підтвердити ступінь захворювання ( для кожного ступеня характерне переважання визначених мотивів).

### **Висновок до другого розділу.**

Для розв'язання завдань дослідження організаційно роботу виконано в три етапи. На першому етапі теоретично вивчено теретичні аспекти психодіагностики і психококекції осіб, залежних від психоактивних речовин в сучасній психологічній літературі, визначено мету, об'єкт, предмет, завдання, обґрунтовано психодіагностичний інструментарій.

На другому етапі здійснено аналіз умов, контингенту, проведено емпіричне дослідження.

Третій етап роботи включав обробку і аналіз отриманих результатів дослідження, формування висновків щодо психодіагностики залежності, визначення ступеня захворювання, оцінки ефективності психокоректувальних заходів.

Для правильного вибору стратегії психокоректувальної дії і оцінки ефективності психокоректувальної програми проведено психодіагностичне інтерв'ю (збір первинних даних: паспортна частина, яка каже об актуальному соціальному статусі, актуальних психологічних проблемах) і батарею тестів (MAST, тест на реабілітаційний потенціал).

Обґрунтовано ряд тестів (діагностики рівня соціальної і особової фрустрації, МПА), які показують психологічний стан, відношення до захворювання, реабілітаційний потенціал клієнта. Він гарно відображає зміни, які пройшли в результаті психокоректувальних заходів, визначаючи їх ефективність.

Досліджування проводилось на першому та четвертому місяці реабілітаційного процесу.

## **РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПЕРІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН.**

### **3.1. Психологічні особливості психодіагностичних результатів обстеження.**

#### **3.1.1. Процес постановки діагнозу в наркології.**

Для проведення ефективних реабілітаційних заходів, пов'язаних з лікуванням алкоголізму і наркоманії, перш за все необхідна оцінка індивідуально-психологічних особливостей хворого. Від цього залежать не лише терміни і методи лікування і реабілітації, але і підхід до людини і його одужання, з врахуванням особливостей його психічного стану, темпераменту, життєвого досвіду і багатьох інших чинників.

Метою психодіагностики є збір інформації про особливості людської психіки. Об'єктом психодіагностики можуть виступати навички, уміння, динамічні характеристики психічних процесів, психічні стани, мотиви, потреби, інтереси, межі особи і інше. Даний метод необхідний для того, щоб допомогти людині розібратися в собі, зрозуміти, чому у нього виникає залежність, а також труднощі в особистому житті, спілкуванні, професійній діяльності і так далі [69, стор.20].

Психодіагностика дозволяє оцінити не лише актуальний психологічний стан людини, але і прогнозувати його поведінку в самих різних ситуаціях.

Діагностика проводиться по різних напрямках: нейропсихологічна, діагностика психічних станів (рівня тривожності, агресії і так далі), діагностика психічного розвитку, меж особи, психофізіологічних особливостей (типа темпераменту, працездатності і так далі), когнітивна (пам'ять, увага) та інші.

Психологічна діагностика може проходити в групі або індивідуально, при якій завжди гарантується дотримання принципів об'єктивності і конфіденційності [69, стор. 20].

Діагноз наркотичної залежності фахівець встановлює тоді, коли є клінічні ознаки залежності. Традиційно лікарки-психіатри і наркологи визначають наркоманію таким чином. Наркоманія — це хворобливий стан, який характеризується явищами психічної і фізичної залежності, наполегливою потребою в повторному багатократному вживанні психоактивних засобів, що набуває форми непереборного потягу. У міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) наркоманія — це психічні і поведінкові розлади унаслідок вживання психоактивних речовин.

Для того, щоб розпізнати залежність людини досить звернути увагу на зміни його поведінки. Наприклад, залежний може почати пропускати роботу (якщо вона є), школу. Раптово людина може почати нехтувати своєю зовнішністю, з'являються видимі проблеми із здоров'ям, самопочуттям. Можуть виникнути заборони входити в його кімнату, скритність відносно місця свого супроводження у вільний час. З'являється раптова необхідність в грошах, без видимих на те причин. Але безпосередньо симптоми вживання психоактивних речовин можуть варіюватися залежно від речовини, що вживається. Для того, щоб точно поставити діагноз залежності наркотичною, необхідно звернутися до фахівця.

Розглянемо, на підставі чого ставиться діагноз.

Як правило, наркоманія характеризується патологічним потягом до природних або синтетичних речовин.

Клінічні ознаки захворювання мають бути наступні:

1. Регулярне вживання наркотичних засобів і непереборний потяг до них.



2. Сформований синдром зміненої реактивності організму до дії даного наркотика. Це перший симптом захворювання, що формується. Зміна форми вжитку наркотика. Систематичний прийом наркотика, при якому людина відчуває себе комфортно і психічно і фізично, свідчить про реактивність організму, що змінилася, до речовини даного вигляду.

3. Зміна толерантності до психоактивної речовини. Відбувається адаптація, звикання до наркотичних препаратів. У зв'язку з цим, для досягнення ефекту, потрібна збільшена доза препарату. Подібне наростання толерантності часто супроводжується придушенням захисних реакцій організму, втратою контролю за кількістю вживаного препарату, і отруєннями різної міри тягаря, аж до летальних результатів.

4. Обсесивний потяг або психічна залежність, характеризується постійними нав'язливими думками про наркотичний препарат. Психічний потяг зумовлює настрій людини. Це най триваліший синдром , який важко усунути.

5. Відбувається стан періодичної або хронічної інтоксикації, при якій відчуває психічний комфорт. Комфорт при інтоксикації не є ейфорією, він має на увазі не стільки стан задоволення, скільки стан відходу від незадоволення. Психічні функції наркомана при прийомі наркотика покращуються.

6. Компульсивний потяг, який характеризується бажанням збільшити дозу, приводить до втрати кількісного контролю.

7. Синдром фізичної залежності. Даний синдром з'являється на певній стадії розвитку звикання до психоактивних речовин. То, як швидко він формується, так само залежить від різновиду наркотика. Включає і компульсивний потяг. Відображає фізичну залежність, що сформувалася, – синдром абстиненції.

8. Синдром абстиненції – важкий стан, який протікає з вираженими больовими відчуттями. Похмілля при алкоголізмі, «ломка» при наркоманії. Є небезпекою для людини, оскільки може викликати судорожні випадки і гостру серцеву недостатність. Характерна м'язова гіпертензія.

9. Змінена форма сп'яніння і вживання речовини[68, стор. 175]

### **3.1.2. Визначення стадії алкогольної і наркотичної залежності.**

При психодіагностиці в наркології поважно не лише визначити наявність паталогічної залежності, але і стадію (міру) захворювання, а також причини вживання ПАР. Це необхідно при підборі методів психокорекції, позначення точок додатка психокоректувальних заходів, найближчих і довгострокових прогнозів.

Для страждаючих алкоголізмом і наркоманією ці стадії трохи відрізняються.

Вживання алкоголю так само є масовим явищем. Воно пов'язане з такими категоріями, як традиції і звичаї. Майже в кожній сім'ї жоден святковий стіл не обійдеться без алкогольної продукції. Це вже перетворилося на звичай. Найгірше в тому, що поблажливе відношення до вживання алкоголю привело до таких проблем, як алкогольна залежність, яка є вже клінічним діагнозом.

Виділяють наступні види мотивацій до вживання алкоголю:

Перша з них – гедонізм, де прийом алкоголю пов'язаний з жаданням задоволення. Присутній настрій приреченості і безвихідності.

Друга – це атарактична мотивація. Тут вживання алкоголю відбувається з метою зняття емоційної напруги. Це свідчить про афективні порушення.

Третя – субміссивна, пов'язана з підвищеною підкорюваністю, нездатністю протистояти оточенню.

Четверта – це мотивація з гіперактивацією поведінки. В цьому випадку спиртне уживається як допінг.

П'ятий вигляд - це мотивація традиційна. Полягає у вживанні алкоголю по стандартних, для суспільства, приводам (свята, банкети, банні дні). [27,57]

Аналізуючи мотиви вживання алкоголю, можна отримати інформацію про особу пацієнта і його відхилення. Частенько часте вживання спиртних напоїв викликає психічну залежність, посилене прагнення до сп'яніння. Згодом це веде до хронічного алкоголізму, яке описується як прогредієнтне захворювання, характеризується патологічним потягом до спиртних напоїв (психічна і фізична залежність), розвитком дисфункціонального стану, при припиненні вживання алкоголю, а у випадках, що далеко зайшли, – стійким соматоневрологічними розладами і психічною деградацією.

Найбільш популярною класифікацією алкогольної залежності служить класифікація, яка запропонована Іванцом Н.Н.

1. Темп прогредієнтності захворювання (швидкість формування фізичної залежності з моменту початку систематичного вживання алкоголю): низький (більше 8 років); середній (від 5 до 8 років); високий (до 5 років).

2. Стадія захворювання — тягар клінічної картини: перша I; перехідна I—II; перехідна II—III; кінцева, III.

3. Форма зловживання алкоголем: окремі алкогольні ексцеси; псевдозапої; постійне пияцтво на фоні високої толерантності; перемежаюче пияцтво; постійне пияцтво на фоні низької толерантності; істинні запої.

4. Соціальні наслідки алкоголізму: легкі; середньої тяжкості; тяжкі.

5. Соматоневрологічні наслідки алкоголізму:

соматоневрологічний діагноз (артеріальна гіпертензія; патологія серцевої діяльності; патологія печінки; ознаки поразки ЦНС; полінейропатія).

6. Ремісія: повна з вказівкою тривалості; неповна з вказівкою кількості випивок в місяць, тиждень; середня тривалість ремісії: < 6 мес > 9 мес > 12 міс. [40, 41, 42]

Розглянемо уважніше три стадії розвитку алкогольної залежності, які послідовно змінюють один одного [19, стор. 24].

Перша стадія – початкова або неврастенічна. Її формування починається з різкого посилення потягу до алкоголю. З'являються нав'язливі думки йому. Потяг визначається не просто бажанням випити, а саме приведенню себе в стан сп'яніння. Поза сп'янінням чоловік випробовує психологічний дискомфорт, що знову веде його до вживання алкоголю. Одночасно із зростанням потягу зростає толерантність до алкоголю. [19, стор. 24]

Толерантність зростає в два або три рази, колишні невеликі дози вже не викликають ейфорії. Зникає блювотний рефлекс, при вживанні великої кількості спиртного. Повністю зникає відчуття насичення алкоголем, у зв'язку з чим зменшується етап ейфорії, а етап дисфорії зростає. Нерідко відбувається забування деяких подій і своєї поведінки під час сп'яніння. Епізодичні випивки, що мають раніше якийсь привід, тепер носять постійний характер. Однією з ознак цього етапу є втрата ситуаційного контролю. Пияцтво стає систематичним, виникають запої. Алкоголізм за рахунок хронічної токсичної дії алкоголю на центральну нервову систему спотворює особу людини і привносить нові межі, раніше йому невластиві: підвищена дратівливість, виснажуваність, нестійкість настрою, невпевненість в собі, втрата колишніх інтересів. Тривалість даної стадії залежить від прогресивності захворювання і може скласти від одного до шести років. В деяких випадках може скласти до десяти років [13, стор. 56].

Друга стадія спостерігається в 90% хворих, які знаходяться на обліку в наркологічних диспансерах. При цій стадії значно наростає симптоматика, властива першій стадії. До того ж, окрім цього, виникає цілий ряд інших

проявів. Толерантність до алкоголю максимально зростає і тримається протягом декількох років. Істотно міняється картина самого сп'яніння. Значно зменшується вираженість ейфорії, виникає розгальмованість, агресивність. Починають переважати амнестичні форми сп'яніння. Особливістю другої стадії алкоголізму стає те, що алкоголь стає складовою частиною обміну речовин хворого, відсутність якого відчувається як хворобливий стан. Це стан і називається похміллям. З часом починає формуватися алкогольний синдром абстиненції. Що і дозволяє діагностувати другу стадію алкогольної залежності. Спочатку тривалість синдрому абстиненції складає 1-2 діб, деколи може досягати максимуму від 6-10 днів. Настає він в період протверезування, а знімається черговим вживанням спиртного. У хворого на даній стадії виразно формується алкогольна деградація особи. Виразні ознаки морально-етичного зниження особи. Все частіше можуть виникати фізичні захворювання, пов'язані з впливом спиртного, такі як хвороби печінки, шлунку, центральної нервової системи і серця. Вірогідний розвиток алкогольного психозу. Ця стадія може спостерігатися у хворого впродовж багатьох років, приблизно 10-12 років. У деяких випадках, при лікуванні, тривалість стадії збільшується до 15-20 років. Але ця стадія може так і не перейти в третю до кінця життя хворого.

Кардинальною ознакою третьої стадії є стійке зниження толерантності до алкоголю. Алкоголь стає лише засобом для пом'якшення синдромів абстиненції. Частіше виникають епілептиформні випадки, виявляються неврологічні ознаки алкогольної енцефалопатії. Тому третю стадію інколи позначають як енцефалопатичну. Психози розвиваються в два рази частіше, ніж в другій стадії. Сп'яніння протікає з агресивністю і відсутністю ейфорії. Все частіше виникають тотальні амнезії, в станах сп'яніння швидко настає оглушення або сопорозні явища. Відбувається перехід до слабкіших напоїв. Тому що міцні починають погано переноситися. Виникнення блювоти спочатку в кінці запою, а потім вже після вжитку невеликих доз. Хворі перестають переживати радість і втрачають порожниною ситуаційний

контроль. Пияцтво є постійним, на тлі пониженої толерантності і носить запійних характер. Синдром абстиненції виникає навіть після невеликих доз спиртного і носить важкий характер, оскільки на фоні абстиненції часто виникають судорожні припадки. Відбувається повна алкогольна деградація особи, людина не здібна до праці, до нормальної взаємодії з оточенням, усі інтереси і думки зосереджені на спиртному. Що приводить по підсумку до алкогольного слабоумства. Третя стадія формується через 10-20 років з моменту початку зловживання алкоголем. Середній вік даної стадії 45 років [19, стор. 33].

У наркології прийнято виділяти три стадії формування наркотичної залежності:

Перша стадія характеризується психічним потягом до психоактивної речовини і зменшенням ейфорії при повторному її вживанні. Формується потреба у вживанні речовини, для зняття психічної напруги або для досягнення психічного комфорту. Приймається наркотик або для позитивного ефекту (ейфорії, бадьорості, підвищення настрою), або як позбавлення від поганого настрою. Спостерігається підвищення толерантності, що приводить до збільшення дозування речовини, що приймається. Чинники зовнішньої ситуації починають оцінюватися з точки зору сприяючих або перешкоджаючих наркотизації можливостей.

Друга стадія характеризується формуванням фізичної залежності і синдрому абстиненції.

Третя стадія характеризується розвитком соматичної патології. На цій стадії вживання наркотика не викликає ейфорії і необхідно лише для зняття синдрому абстиненції [61, стор. 85].

Психологічна діагностика займається розпізнаванням психологічного стану людини і його індивідуально-особових особливостей.

Важливість психологічного обстеження в процесі реабілітації визначається істотним впливом особливостей психічної діяльності людини і її особових характеристик на міру порушень життєдіяльності, що виникають при захворюванні, і на ефективність реабілітаційної допомоги. Психоемоційне перенапруження утрудняє соціальну адаптацію клієнта, оскільки такі супутні йому явища, як підвищена дратівливість, запальність, забудькуватість, метушливість, неухважність, відчуття тривоги або стійке зниження настрою, знижують ефективність будь-якої діяльності і заважають нормальному людському спілкуванню.

Крім того, для одужання і для подолання пов'язаних із захворюванням соціальних обмежень, що перешкоджають поверненню хворого в суспільство і до праці, дуже важливими виявляються його установки і переконання, а також преморбідні загальні і інтелектуальні здібності.

До тих, що основним перешкоджають одужанню і обліште адаптації хворого психологічним чинникам відносяться: тривога, депресія; відсутність установки на лікування; загальне зниження пізнавальних здібностей; мала інформованість відносно природи захворювання і можливостей лікування; неадекватна внутрішня картина хвороби; неадекватні переконання, що стосуються власної ролі і ролі реабілітологів в процесі одужання і реадaptaції пацієнта; низька самооцінка; пасивність на поведінковому рівні в плані виконання рекомендацій.

Зрозуміло, що приведені розділення вельми умовно, оскільки всі вище перераховані феномени, як правило, взаємопов'язані [80, стор. 1].

### **3.1.3. Аналіз результатів психодіагностичного обстеження.**

Психодіагностичне стандартизоване інтерв'ю (спираючись на критерії, які приведені вище) у всіх випадках підтвердило діагноз, також дало можливість встановити ступінь захворювання – друга, у всіх досліджуваних, що є типовим для клієнтів реабілітаційних центрів закритого типу. Воно дало

можливість визначити актуальні психологічні проблеми, такі як підвищений рівень тривожності, порушення сну, пам'яті, важкий емоційний стан, депресія, апатія і так далі, які є характерними для захворювання, і допомогло спланувати психокоректувальні дії.

Результат тестування на наявність залежності у всіх респондентів був позитивний (додаток 1, табл.1), тобто було діагностовано наявність алко-, наркозалежності, полінаркоманії. Це тестування також допомагає підібрати адекватну індивідуальну програму психокорекції, визначити «мішені» психокоректувальних дій.

## **3.2. Зміст і перевірка психокоректувальних заходів осіб, страждаючих на залежність.**

### **3.2.1. Особливості проведення психокорекції.**

Термін «корекція» буквально означає «виправлення». Психокорекція - це система заходів, направлених на виправлення недоліків психіки або поведінки людини за допомогою спеціальних засобів психологічної дії. Психокорекції підлягають недоліки, що не мають органічної основи і що не є такими стійкими якостями, які формуються досить рано і надалі практично не змінюються[46,64].

Виділяють специфічні межі психокоректувального процесу. Психокорекція орієнтована на клінічно здорову особу, що має в повсякденному житті психологічні труднощі, проблеми, а також на людину, що відчуває себе добре, проте бажає змінити своє життя або що ставить перед собою мету розвитку особистості. Психокорекція має справу з вже сформованими якостями особи або видами поведінки і направлена на їх переробку, також її основне завдання полягає в тому, щоб за відсутності або недостатньому розвитку сформувати у людини потрібні психологічні якості.

Психокоректувальні заходи можна класифікувати[46,64]:



1. По характеру спрямованості виділяють корекцію: симптоматичну; каузальну.

Симптоматична корекція (корекція симптомів), як правило, передбачає короткочасну дію з метою зняття гострих симптомів, які заважають перейти до корекції каузального типу.

Каузальна (причинна) корекція направлена на джерела і причини відхилень. Даний вигляд корекції триваліший за часом, вимагає значних зусиль, проте ефективніший в порівнянні з симптоматичною корекцією, оскільки одні і ті ж симптоми можуть мати абсолютно різну природу, причини і психологічну структуру порушень.

2. За змістом розрізняють корекцію: пізнавальної сфери; афективно-вольової сфери; поведінкових аспектів; міжособових стосунків; внутрішньогрупових взаємин (родинних, подружніх, колективних); дитячо-батьківських стосунків.

3. За формою роботи з клієнтом розрізняють корекцію: індивідуальну; групову: у закритій природній групі (сім'я, клас, співробітники і так далі); у відкритій групі для клієнтів з схожими проблемами; змішану форму (індивідуально-групову).

4. По наявності програм: програмовану; імпровізовану.

5. По характеру управління коригуючими діями: директивну; недирективну.

6. За тривалістю: надкоротку (надшвидко); коротку (швидко); тривалу; надтривалу.

Надкоротка психокорекція триває хвилини або годинник і направлена на дозвіл актуальних ізольованих проблем і конфліктів. Її ефект може бути нестійким.

Коротка психокорекція триває декілька годин і днів. Застосовується для вирішення актуальної проблеми, як би "запускає" процес зміни, який продовжується і після завершення зустрічей.

Тривала психокорекція продовжується місяці, в центрі уваги особистісний зміст проблем. Під час корекції опрацьовується безліч деталей, ефект розвивається повільно і носить стійкий характер.

Надтривала психокорекція може продовжуватися роки і зачіпає сфери свідомого і несвідомого. Багато часу приділяється досягненню розуміння суті переживань. Ефект розвивається поступово, носить тривалий характер.

7.3а масштабом вирішуваних завдань розрізняють психокорекцію: загальну; часткову; спеціальну.

Під загальною корекцією маються на увазі заходи загальнокоректувального порядку, нормалізуючі психофізичне, емоційне навантаження відповідно до вікових і індивідуальних можливостей, що оптимізують процеси дозрівання психічних властивостей в особі, що само по собі може сприяти ліквідації психічних порушень і гармонізації особи в ході подальшого розвитку.

Під частковою психокорекцією розуміють набір спеціально розроблених систем психокоректувальних заходів, заснованих на ведучих для певного віку онтогенетичних формах діяльності, рівнях спілкування, способах мислення і саморегуляції. Кожен прийом має, як правило, декілька напрямів психокоректувальної дії. Часткова психокорекція озброює фахівця арсеналом засобів психологічної дії, якими він насичує програму групової або індивідуальної роботи.

Спеціальна психокорекція - це комплекс прийомів, методик і організаційних форм роботи з клієнтом або групою клієнтів з аналогічною проблемою, що є найбільш ефективними для досягнення конкретних завдань

формування особистості, окремих її властивостей або психічних функцій, що виявляються в поведінці, що відхиляється, і утрудненій адаптації. Спеціальна психокорекція покликана виправляти наслідки адиктивної поведінки, що порушило гармонійний розвиток, соціалізацію особистості. Негативні аспекти можуть бути обумовлені як суб'єктивними, так і об'єктивними чинниками.

Коректувальна ситуація включає 5 основних елементів[46,64]:

1. Людина, яка страждає і шукає полегшення своєї проблеми. Людина, яка має цілий ряд проблем різного роду і потребує психологічної допомоги, в психокорекції, - це клієнт.
2. Людина, яка допомагає і завдяки вченню або досвіду сприймається як здатний надавати допомогу, - це психолог, психокоректор
3. Теорія яка використовується для пояснення проблем клієнта. Психологічна теорія включає психодинаміку, принципи навчання і інші психологічні чинники.
4. Набор процедур (технік, методів), використовуваних для вирішення проблем клієнта. Ці процедури безпосередньо пов'язані з теорією.
5. Спеціальні соціальні стосунки між клієнтом і психологом, які допомагають полегшити проблеми клієнта.

Психолог повинен прагнути до створення такої атмосфери, яка дозволяє клієнтові з оптимізмом дивитися на вирішення своїх проблем. Таке спеціальне відношення є чинником, характерним для всіх форм взаємодії.

Одним з основних напрямів діяльності психологів реабілітаційного центру є психокоректувальна робота із залежними, яка направлена на зміну негативних особистих якостей, а також на їх виправлення, формування шанобливого відношення до людини, суспільства, праці, норм, правил і традицій людського гуртожитку. Поведінку, пов'язану з вживанням психоактивних речовин, зараховують до адиктивної поведінки.

В період проходження реабілітації залежні позбавляються можливості вживання психоактивних речовин. Цим знімається фізіологічна залежність, але залишається психологічна залежність, тобто у клієнта залишаються психологічні зміни, властиві адиктивному процесу. Цим змінам часто не приділяється належної уваги, вважається, що якщо людина припинила зловживання, то це вистачає для його повного лікування. Що насправді психічні порушення, що утворилися в результаті адикції, зберігаються і виявляються в ряді психологічних механізмів, лежачих в основі адиктивного процесу. Клінічно це виражається в дратівливості, тривозі, депресії, різко пониженому рівні протистояти будь-якій скруті. На цьому фоні постійно присутні підвищений ризик виникнення рецидиву старої форми адиктивності або виникнення нових форм з різним вмістом.

У зв'язку з цим сучасні методи корекції хімічної адикції направлені не лише на припинення самої адиктивної реалізації, але і на усунення психологічних механізмів, лежачих в основі виникнення і формування адиктивного процесу. Отже, які ж психологічні механізми виявляються при формуванні адиктивної поведінки? Аналізуючи психологічні механізми, що перебувають в основі адикції, Ц.П. Короленко приходять до висновку про те, що початок формування адиктивного процесу відбувається завжди на емоційному рівні. Вихідна точка - переживання інтенсивної гострої зміни психічного стану у вигляді підвищеного настрою, відчуття радості, екстазу, незвичайного підйому. Результатом є фіксація в свідомості у людини, що випробувала подібні емоції, розуміння того, що, існують доступні способи досить швидко і без особливих зусиль змінити свій психічний стан. Групою ризику стають люди з низькими адаптивними можливостями, нестійкі перед різного роду стрессорами, ті, що виражають постійну незадоволеність собою, життям і оточенням, в якому в скрутну хвилину не знаходять підтримки.

Наступний етап адиктивної поведінки характеризується формуванням адикції. Встановлюється певна частота реалізації адиктивної поведінки. Вона

залежить від багатьох чинників: особливостей особистості до виникнення адикції, попередніх установок, особливостей виховання, культурного рівня, соціального довкілля, значимих подій в житті, змін звичного стереотипу і ін. Просліджується кореляція ритму адикції з життєвою скрутою: чим нижче поріг стійкості до фрустрацій, тим швидше ритм. З почастішанням випадків адиктивної реалізації міжособові стосунки поступово відступають на другий план. Провокувати адикцію починають будь-які події, що викликають душевне занепокоєння, тривогу, відчуття психологічного дискомфорту.

На третьому етапі адиктивний ритм стає стереотипним, звичним типом реагування, методом вибору при зустрічі з вимогами реального життя, інтегральною частиною особи. Це робить адиктивні несприйнятливими до спроб їх критики, переконання на рівні здорового глузду. Формально-логічні висновки адикта підпорядковані емоційному стану і є по суті справи оформленням алогічної форми мислення за бажанням, направленому в даному випадку на витіснення зі свідомості реальної ситуації, на блокування можливості критичного відношення до себе. Мотивація штучної зміни свого психічного стану стає настільки інтенсивною, що відношення до проблем навколишніх людей, включаючи найбільш близьких, втрачає яке-небудь значення.

Четвертий етап – повна домінація адиктивної поведінки. Відбувається повне занурення в адиктивний процес, остаточне відчуження і ізоляція від суспільства. Аддикт нічого не залишає від свого внутрішнього світу. Залишається лише зовнішня оболонка. Самі адиктивні реалізації не приносять колишнього задоволення, контакти з людьми у край утруднені вже не лише на завглибшки-психологічному, але і на соціальному рівні. Втрачається навіть здібність до маніпуляції іншими людьми. На цій стадії довіра до адиктивних вже втрачена, їх починають сприймати як кінчених, ні на що хороше не здібних людей.

П'ятий етап носить вже характер катастрофи. Адиктивна поведінка руйнує і психіку, і біологічні процеси. Дуже тяжкі наслідки розвиваються в осіб з наркотичною залежністю: інтоксикація приголомшує органи і системи в цілому, викликає виснаження всіх життєво важливих ресурсів. Нефармакологічні адикції також порушують фізичний стан у зв'язку з постійним стресом, що спричиняє за собою захворювання серцево-судинної і нервової систем[46,64].

Оскільки адиктивна реалізація вже не приносить колишнього задоволення і не відбувається бажаної зміни настрою, стан адикта в цілому відрізняється апатією і пригніченістю. Колишнє до адиктивне Я зруйновано, повернення до нього неможливе, з такими людьми майже не удається налагодити емоційний контакт. Настає період загальної кризи, духовного спустошення, що значною мірою може ускладнити корекцію або зробити її повністю безсилою[46,64]. Для того, щоб допомогти здолати психологічну залежність від психоактивних речовин, необхідне проведення психокоректувальної роботи.

### **3.2.2. Методи психокорекції алко- та наркозалежних.**

Важливим принципом терапії алко- та наркозалежних людей, є комплексність підходу.

Комплексний підхід включає такі стадії[46,64]:

- Медична стадія реабілітації, що включає проведення детоксикації і курсу ліків, які купірують патологічний потяг до ПАР .
- Психологічний аспект реабілітації, що включає тестування і ретестування, індивідуальну і групову психокорекцію, творчість, інтелектуальний розвиток, психологічну підтримку сім'ї залежного.

- Соціотерапевтичний аспект направлений на ресоціалізацію і реадаптацію, включає придбання соціальних компетенцій і навиків, професії, навчання, працевлаштування, надання юридичної допомоги.

- Духовний аспект, направлений на збагнення морально етичних принципів міжособових стосунків, формування нових ціннісних і смисложиттєвих орієнтацій.

- Працетерапевтичний аспект включає участь залежних в постійних трудових процесах, мешкання в режимі обов'язкового побутового самообслуговування, забезпечення змістовного дозвілля. Направлений на формування і розвиток таких якостей, як цілеспрямованість, дисциплінованість, відповідальність, уміння вирішувати поставлені завдання.

Більшість фахівців сходяться в тому, що лікування повинне здійснюватися в умовах закритої установи і при повній відмові від вживання ПАР. У даній роботі мені б хотілося детальніше розглянути психологічні методи реабілітації. [27, стор. 34]

Психологічні методи реабілітації, представлені в даній роботі, розглянуті на основі програми Центру відновної і психосоматичної медицини «Recovery», який працює по авторській методиці Хижняка В.С.

Виділяють наступні напрями роботи:

1. Фізичне здоров'я, під ним мають на увазі повне фізичне благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів.

2. Психічне здоров'я. Основа даного напрямку – допомога в розвитку необхідних життєвих навиків, таких як ухвалення рішень, ефективно спілкування, сприяючих задоволенню базових особових і соціальних потреб. Даний напрям реалізується за рахунок використання психологічного консультування, методів індивідуальної і групової психокорекції.

3. Соціальне здоров'я. Вчення методам ефективної комунікації, способам конструктивних вирішень конфліктних ситуацій, життєвих проблем, вихід з ізоляції залежності. Формування навичок самостійно визначати свої життєві перспективи і дороги їх досягнення, відновлення здатності по перейняттю на себе відповідальності за свої вибори і життя в цілому. Організація занять і тренінгів, направлених на розвиток особового зростання, розвитку в групах взаємодопомоги. Консультування і допомога у забезпеченні соціальної і медичної підтримки (в разі ВІЛ-позитивних пацієнтів; в разі виявлення вагітності на етапі реабілітації)[46,64].

Психологічний етап реабілітації є найважливіша складова процесу реабілітації. Розглянемо деякі психологічні методи, які використовуються в програмі.

Індивідуальне і групове психологічне консультування. Ця технологія використовується на різних етапах реабілітації. Найбільша ефективність виявлена при поєднанні індивідуальних і групових форм консультування. Індивідуальна терапія включає виявлення прихованих психологічних проблем, допомогу в усвідомленні хвороби, готовність до зміни життя, психокоректувальну роботу, пошук доріг подолання проблеми реабілітанта. Групова терапія учить будувати стосунки в колективі, сім'ї, розкриває творчий потенціал залежного[46,64].

Когнітивно – поведінкова терапія, направлена на зняття емоційної напруги, корекцію настрою, на формування соціально - комунікативних навичок, на вироблення стрессостійкості. Метод заснований на корекції думок, відчуттів, емоцій і поведінки[46,64].

Гештальт – терапевтичний підхід. Метою цього методу є вчення людини жити в певних умовах, приймаючи себе зі своїми достоїнствами і недоліками. Цілями такої терапії є – допомога хворому у виявленні незавершених гештальтів, які заважають йому в реальному житті. Наступна мета – розвиток в залежному відчуття віри в себе і свої бажання. Допомогти



людині зрозуміти, як він реагує на різні життєві ситуації, розширити його розуміння життя[46,64].

Психодрама, один з часто використовуваних методів. Це метод психотерапії, в якому залежні продовжують і завершують свої дії за допомогою театральної імпровізації, ролевої гри, драматичного самовираження. Використовується вербальна і невербальна комунікація. Психодрама буває сконцентрована на індивідові, який в процесі гри змальовує реальну або уявну ситуацію, а буває центрована на темі. Завжди знаходиться тема, що зачіпає всіх членів групи, яка має бути проілюстрована кожним членом групи, через зображення відповідних подій. Третій вигляд – психодрама, направлена на групу. Характерною особливістю є терапевтична робота з проблемою, що зачіпає всіх членів групи[46,64].

Трансперсональна терапія – психотерапевтична практика, направлена на саморозвиток особи і досягнення психічного здоров'я. Методи, які застосовує трансперсональна психологія, всілякі: психосинтез, самоаналіз і техніка особового зростання, медитація, візуалізація і ін. Така психотерапія заснована на ритмічній музиці і певному ритмі дихання. Трансперсональна терапія – цікавий досвід, що дозволяє зрозуміти себе і позбавитися від шкідливих залежностей[46,64].

Тілесно-орієнтована психотерапія – метод, який дозволяє встановити зв'язок між відчуттями і тілесним станом. Зазвичай залежні люди покріпачили у фізичному плані, а дія на тіло дозволяє мінімізувати психологічні розлади і активізувати життєво важливу енергію[46,64].

Транзактний аналіз. В цілому подібний аналіз направлений на глибоке розуміння власної особи, на пізнання раціональної взаємодії з тими, що оточують, а, головне, на руйнування і зміну неприйняттого життєвого сценарію, пов'язаного з якою-небудь згубною пристрастю на зразок наркозалежності або алкоголізму. Використання в терапії залежностей транзактного аналізу дозволяє виявити і усунути перешкоди, що заважають

повноцінному і тверезому життю. Суть полягає в тому, що людина формує нові поведінкові моделі і передивляється свій життєвий сценарій. Пацієнт краще розуміє свій внутрішній світ і себе, що спонукає його знайти певний вихід з труднощів, що склалися, і зробити спроби для їх рішення[46,64].

Арттерапія є вельми ефективним психотерапевтичним засобом. Вона, через різні види мистецтв, сприяє відчуженню негативних емоцій. Підвищує самооцінку і сприяє самовираженню залежної людини. Люди переживають почуття радості від того, що можуть своєю творчістю викликати позитивні емоції в близьких, даруючи їм дарунки зроблені своїми руками [46,64].

Широке поширення мають різні тренінги, направлені на допомогу залежній особі. Наприклад, мотиваційний, соціально-психологічний.

Процес психокорекції хворих із залежністю складається з декількох етапів і виглядає таким чином:

1 етап - встановлення і підтримка контакту з клієнтом.

2 етап - усвідомлення того, що з ним відбувається в даний момент.

3 етап - підтвердження, визнання клієнтом факту існування проблеми.

4 етап - прийняття себе без критики, без оцінки: "Так, я такий зараз".

Робота з уявленням клієнта про себе йде на всіх етапах, але саме на цьому етапі найчастіше уявлення про себе міняється.

5 етап — пошук альтернатив. Психолог разом з клієнтом шукає інші можливості вирішення проблеми. Поступово в процесі психотерапії і підтримки тверезості можна переходити до вирішення складніших проблем. Якщо на перших етапах в центрі психотерапевтичної роботи стоїть “Я” хворого, то надалі можна переходити до роботи з проблемами взаємин з іншими людьми і, нарешті, на завершальних етапах — до духовних проблем[46,64].

Тобтореабілітація алко- та наркозалежних повинна бути основана за принципом комплексного підходу, проходити поетапно, йти в напрямках відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я. Психокорекційний напрямок реабілітації є найважливішим і реалізується за допомогою наступних психологічних методів: індивідуальне і групове психологічне консультування; когнітивно – поведінкова терапія; гештальт – терапевтичний підхід; психодрама; трансперсональна терапія; тілесно-орієнтована психотерапія; транзактний аналіз; арттерапія; різні тренінги.

### **3.2.3. Порівняльний аналіз результатів психокорекції.**

Після трьох місяців проходження медичної, психологічної, соціальної реабілітації, зокрема психокорекції я отримав наступні результати.

В результаті роботи психокоректувальної програми рівень соціальної фрустрації у всіх респондентів змінився з підвищеного у 18 респондентів (36%) і дуже високого у 32 респондентів (64%) (додаток 3, табл.3) на дуже низький у 44 респондентів (88%) і відсутність фрустрації у 6 респондентів (12%) (додаток 3, табл.4). Наявні значні позитивні зміни соціальної адаптованості досліджуваних.

Рівень особистої фрустрації з дуже високого (додаток 4, табл.5) у всіх респондентів змінився на низький (додаток 4, табл.6). Це свідчить про яскраві позитивні зміни в психологічному, емоційному стані досліджуваних.

В тестуванні МПА результат від «хвороблива пристрасть, зловживання» в 100% (додаток 5, табл.7) остався незмінним у 8 респондентів (16%), у 25 респондентів (50%) залишились «прояви зловживання», у 17 (34%) «прояви зловживання відсутні» (доаток 5, табл.8). У більшості досліджуваних визначається зниження рівня напруженості мотивації на вживання ПАР, наявні позитивні особистісні зміни. Також при аналізі

мотивів (переважають особистісні мотиви з прагнення до ейфорії) підтверджується друга ступінь захворювання.

У цілому спостерігалися позитивні зміни в психологічному та соціальному стані досліджуваних, що говорить про ефективність психокоректувальних дій та програми реабілітації в цілому.

### **Висновок до третього розділу.**

Спираючись на критерії постановки діагнозу в наркології і визначення стадії захворювання, на підставі психодіагностичного інтерв'ю і психодіагностичного тестування, встановлено, що всі піддослідні мають однозначну наявність наркоманії і алкоголізму, ступінь захворювання – другу і низький рівень реабілітаційного потенціалу.

На підставі результатів експериментального дослідження встановлено, що, маючи не дуже сприятливі початкові показники (низький рівень реабілітаційного потенціалу і наявність наркоманії і алкоголізму), а також негативні психологічні та соціальні особистісні зміни (високий рівень особової і соціальної фрустрації, наявність хворобливої пристрасті, зловживання), наявна позитивна динаміка внаслідок дії психокоректувальної програми і реабілітаційних заходів в цілому.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

В цій роботі здійснено психологічний аналіз і ступінь розробки проблеми психодіагностики і психокорекції осіб, страждаючих на залежність від психоактивних речовин та ступінь розробки її в сучасній науковій літературі. Визначено та переглянуто основні напрямки і підходи до проблеми, узагальнено фактори, що сприяють формуванню залежної поведінки, виявлено чинники, що спричиняють залежність.

Визначино сутність і структуру процесу реабілітації алко- та наркозалежних осіб в умовах реабілітаційного центру, охарактеризован контингент, науково обгрунтован психодіагностичний інструментарій, інтерв'ю, також науково обгрунтовано та розроблено методику контролю ефективності психокоректувальної програми наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів.

Для правильного вибору стратегії психокоректувальної дії проведено всебічну психодіагностику, яка дає уявлення про актуальні психологічні проблеми пацієнта. Вона включає психодіагностичне інтерв'ю (збір первинних даних: паспортна частина, визнання/невизнання у себе симптомів залежності, наявність заперечень і психологічних захистів, наявність мотивації на здоровий спосіб життя, актуальні психологічні проблеми) і батарею тестів (MAST, тест на реабілітаційний потенціал). Також визначино ступінь розвитку захворювання.

Обгрунтовано ряд тестів (діагностики рівня соціальної і особової фрустрації, МПА), які показують психологічний стан, відношення до захворювання, реабілітаційний потенціал клієнта. Він гарно відображає зміни, які пройшли в результаті психокоректувальних заходів, визначаючи їх ефективність.

В процесі психодіагностичного дослідження встановлено діагноз «залежність від ПАР, друга ступінь» у всіх респондентів.

Результатами експериментального дослідження підтверджена ефективність психокорекційної програми і реабілітаційних заходів в цілому, про що говорить позитивна динаміка змін психологічних та соціальних особистісних якостей досліджуваних.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бандурка О. М. Наркотики: особлива небезпека : [навч. посіб.] / О. М. Бандурка. – Х.: Нац. ун-т внутр. справ, 2002. – 172 с.
2. Бандурка О. М. Організація виховної та соціально-психологічної роботи в учбових закладах МВС України : [наук.–практ. Посібник] / О. М. Бандурка. – Х.: Нац. ун-т внутр. справ, 1996. – 83 с
3. Барвінський А. О. Соціологія : [курс лекцій для студ. вищ. навч. закл.] / А. О. Барвінський. – К.: Центр навч. літ-ри, 2005. – 328 с
4. Бартків О. С. Особливості ресоціалізації неповнолітніх правопорушниць / О. С. Бартків, Є. А. Дурманенко // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. – С. 108.
5. Белавіна Т. І. Соціальна дезадаптація молоді :чинники та умови / Т. І. Белавіна. – К.: ППНВ, 2004. – С. 113.
6. Белая Н. Э. Роль программ «АА» и «АЛ-Анон» в комплексном лечении алкогольной зависимости в КУ «ДНД» ДООС / Н. Э.Белая, О. Ламбракіс, Т. Гавриленко // Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні за потребою: [мат. XV Української наук. -практ. конф. з міжнар. уч. «Довженківські читання»]. – Х.: Вид-во «Плеяда». – 2014. – С. 32-34.
7. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров. – М.: МПА, 2001. –192 с.
8. Березін С. В. Наркоманія очима сімейного психолога / С. В. Березін, К. С. Лисецкий. – СПб.: Речь, 2005. – 240 с.
9. Березовська Л. І. Самовиховання і саморегуляція особистості: [навч. посіб.] / Л. І. Березовська. – К.: Вид. дім «Слово», 2011. – 168 с
10. Беспалько В. В. Профілактика опійної наркоманії серед учнів навчальних закладів: [метод. реком.] / В. В. Беспалько. – Кам'янець Подільський :Абетка-НОВА, 2003. – 31 с.: табл

11. Бірюкова М. Адиктивна поведінка учнів : форми та профілактика / М. Бірюкова // Соціальний педагог. – 2012. – №7 (67). – С. 4-21.
12. Боярин Л. В. Теоретичний аналіз вивчення проблеми соціальної адаптації у психологічній літературі / Л. В. Боярин // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – №3 (32). – 2001. – С. 56-61.
13. Бурыкин М.М., Горанская С.В., Основы наркологии. - Петрозаводск: Карелия, 2002. — 104 с.
14. Вживання наркотиків: заняття з елементами тренінгу / Т. Вербицька // Соціальний педагог. – 2013. – №11. – С. 45-47.
15. Відпочиваючи, я вчусь: [навч. посібник] / [упоряд.: С. Максименко, О. Главник]. – К.: Главник, 2006. – 111 с. – (Бібліотека соціального працівника).
16. Вінтюк Ю. В. Структура та організація руху за тверезий спосіб життя (на прикладі досвіду Львівщини) / Ю. В. Вінтюк // Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві : доповіді II Наук.-практ. конф., 14 липня 2013 р. – Біла Церква, 2013. – С. 31-33.
17. Гвишиани Д. М. Избранные труды по философии, социологии и системному анализу / Д. М. Гвишиани. – М.: Канон + РООИ «Реабилитация», 2007. – 672 с
18. Горбань А. Є. Комплексний динамічний метод лікування опійної наркоманії : дис. канд. мед. наук: спец. 14.01.17 «Наркологія» / А. Є. Горбань. – Київ, 2002. – 187 с
19. Гофман А.Г. Клиническая наркология. – М.: Миклош, 2003. – 215 с
20. Гусак П. М. Відповідальне ставлення до здоров'я : теорія та технології : [монографія] / П. М. Гусак; Волинський національний ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк : Волинська обласна друкарня, 2009. – 219 с. 431
21. Гусак П. М. Профілактика вживання психоактивних речовин підлітками: [монографія] / Петро Гусак, Тетяна Мартинюк, Ірина Сидорук; [за ред. Петра Гусака]; Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк : Захарчук В. М. [вид.], 2013. – 483 с.



22. Дмитренко Т. О. Методологічні основи соціальної педагогіки / Т. О. Дмитренко, К. В. Яресько. – Харків :Крок, 2003. – 32 с.
23. Дубич К. В. Вступ до соціальної допомоги : [навч. посібник] / К. В. Дубич. – К. :Видавничий дім «Слово», 2015. – 224 с.
24. Євтух М. Б. Соціальна педагогіка : [підручник] / М. Б. Євтух, О. П. Сердюк. – К. : МАУП, 2003. – 232 с.
25. Жуковський В. М. Модель реабілітації осіб з адитивною поведінкою на основі християнської психології / В. М. Жуковський, С. М. Загородній, С. С. Якушенко // Вісник Київського інституту бізнесу та технологій :зб. наук. пр. – Київ, 2012. – №3 (19). – С. 125-126
26. Заварова Н. В. Використання корекційних технологій у соціально педагогічній діяльності / Н. В.Заварова // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. – Вежа, 2011. – С. 108-115.
27. Зенцова, Н.И. Системная модель психологического этапа реабилитации больных наркоманией: дис. д-ра наук. – М. – 2015. - 621 с.
28. Зільберблат Г. Примусове лікування хронічних алкоголіків і наркоманів / Г. Зільберблат, О. Ревенюк, С. Жабокрицький // Вісник прокуратури. – 2002. – №5 (17). – С. 89-94.
29. Інтегровані соціальні і служби : теорія, практика, інновації : [навч.-метод. комплекс] / [за заг. ред. І. Д. Звереві, Ж. В. Петрочко]. – К. :Фенікс, 2007. – 528 с.
30. Кавалеров А. І. Соціальна адаптація : феномен і прояви / А. І. Кавалеров, А. М. Бондаренко. – О. :Астропринт. – 2005. – 112 с.
31. Каспрік Н. М. Психологічні засоби діагностики та профілактики схильності до наркотичної залежності в учнів професійно-технічних навчальних закладів : [метод. посіб. для пед. працівників закл. проф.-техн. освіти] /Наталя Миколаївна Каспрік. – Хмельницький : ХНУ, 2005. – 58 с.

32. Козляковський П. А. Соціальнопсихологія : [курс лекцій] Практикум. Хрестоматія / П. А. Козляковський, А. П. Козляковський – Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. Петра Могили. – 2005. – 424 с
33. Копытин А. И. Арт-терапия наркоманий : лечение, реабилитация, постреабилитация / А. И. Копытин, О. В. Богачев. – М. : Психотерапия, 2008. – 172 с.
34. Краснова Н. П Соціалізація особистості : [навч.-метод. посіб.] / Н. П. Краснова, Л. П. Харченко, В. М. Пігіда. – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2010. – 178 с.
35. Кульчицкий В. Психологические аспекты наркоманов в период ресоциализации до ремиссии : [Пилотное исследование] / В. Кульчицкий // Studiapsychologica. – 2000. – 42 с
36. Кутянова И. П. Ресоциализация наркозависимых: социальнопсихологические аспекты : дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.05 «Социальная психология; психология социальной работы» / Ирина Петровна Кутянова. – СПб., 2007. – 249 с.
37. Левчук Н. М. Соціально-демографічні наслідки наркоманії у контексті епідемії ВІЛ/СНІДУ в Україні / Н. М. Левчук // Демографія та соціальна економіка. – 2006. – №1. – С. 55-65.
38. Лесечко М. Д. Основи системного підходу : теорія, методологія, практика : [навч. посіб]. / М. Д. Лесечко. – Львів : ЛРІДУ УАДУ, 2002. – 300 с.
39. Лисенко І. П. Динаміка і корекція патопсихологічних симптомів комплексів у осіб, залежних від алкоголю та наркотиків : дис. ... д-ра психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицина психологія» / Ірина Павлівна Лисенко. – К., 2003. – 558 с.
40. Литвинчук Л.М. До проблеми психологічних механізмів адиктивного процесу / Л.М. Литвинчук // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН

- України – 2016. – 77 Том.ІХ: Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. – Випуск 8. – К.: ПП Лисенко М.М. – С. 296-305.
41. Литвинчук Л. М. Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб: дис. д-ра наук. - Київ – 2018 р.
42. Литвинчук Л.М. Сучасні погляди на проблему психологічної залежності наркоманів / Л.М. Литвинчук // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2017. – Том VII: Екологічна психологія. – Випуск 43. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка». – С. 84-94.
43. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : [навч. посібник] / Н. Ю. Максимова. – К. : ВПЦ «Київський університет», 2002. – 308 с.
44. Медична та соціальна реабілітація : [навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл.] / І. Р. Мисула, Л. О. Вакуленко, М. І. Швед та ін. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 402 с.
45. Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних. – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. – 200 с.
46. Методические указания для сотрудников НРЦ “Ренессанс” 1,2,3 части. Киев, 2015.
47. Мурашкевич О. А. Профілактика психоактивних впливів / Олексій Мурашкевич. – К.: Шк. світ, 2011. – С. 39-41
48. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [підруч. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту] / В. М. Мухін. – 2-е вид., перероб. та доп. – К.: Олімп. лра, 2005. – 472 с.
49. Мысько Г. Н. Наркологические проблемы в семье: (Рекомендации по преодолению) / Г. Н. Мысько, В. В. Долгий. – Х: Коллегиум, 2006. – 139 с.
50. Нагорна А. М. Наркоманія: адаптація молоді до праці та життя : [монографія] / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2005. – 383 с.

51. Нагорна А. М. Профілактика наркоманії серед підлітків : [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.] / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – 2-е вид., допов. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2003. – 183 с.
52. Общество анонимных алкоголиков // Вестник международной благотворительной организации «Клубный дом». – 2012. – №4 (17). – С. 14-17.
53. Огляд програм ресоціалізації для споживачів наркотиків серед молоді та підлітків. – К.: ПЦ «Фоліант», 2010. – 88 с.
54. Основи громадського здоров'я : теорія та практика. [навч.-метод. посібник] / [за заг. ред. О. В. Беспалько.] – Ужгород : ВАТ «Патент», 2008. – 322 с.
55. Основні напрямки роботи, навички та уміння волонтера програми «Зменшення шкоди серед осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом». – Київ : [б. и.] – 2002. – 74 с.
56. Пазенко Д. Організаційно-правові заходи протидії і профілактики наркоманії / Д. Пазенко // Юридична Україна. – 2006. – №10. – С. 80-85.
57. Парфенович І. Соціальна діагностика (лекції) [Електронний ресурс] <http://studentam.net.ua/content/category/35/208/114/>
58. С. Н. Патхак, С. К. Пандей. Лечение и реабилитация наркоманов / – Нью Дели : Серіали публікацій, 2006. – 105 с.
59. Подмазін С. І. Збагачене освітнє середовище / С. І. Подмазін // Школа життєтворчості особистості : [наук.-метод. зб.] / [редкол. : В. М. Доній, Г. М. Несен, І. Г. Єрмаков та ін.] ; ІСДО. – К., 1995. – С. 43-51.
60. Психологічний словник / [за ред. В. П. Зінченка, Б. Г. Мещерякова]. – М.: АСТ, 2007. – 480 с.
61. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. [Електронний ресурс] <https://www.twirpx.com/file/173041/>

62. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи: [навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл.] / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 290 с.
63. Самойлова О. С. Внесок генетичних і середовищних факторів у формування станів залежності / О. С. Самойлова, В. В. Голощатов, Л. К. Азарова // Матеріали XV Української науково-практичної конференції з міжнародною участю : «Довженківські читання : Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою». – Х., 2014. – С. 222-225.
64. Синіцка Т.В., Сисоєнко А.С., Терлецький О.О., Панченко І.Г. Програма психологічної реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. – Центр відновлювальної та психосоматичної медицини «Recovery». – Київ-2017
65. Фурман А. В. Психодіагностика особистісної адаптованості : [наукове видання] / А. В. Фурман. – 2. вид., скор. – Тернопіль : Економічна думка, 2003. – 64 с.
66. Чернецька Ю. І. Вплив чинників десоціалізації на формування наркозалежної особистості / Ю. І. Чернецька // Актуальні питання гуманітарних наук : [міжвуз. зб. наук. праць мол. вч. Дрогобицького держ. пед. ун-ту ім. І. Франка]. – Дрогобич : Посвіт, 2015. – Вип. 14. – С. 330-337.
67. Чернецька Ю. І. Діяльність спеціалізованих реабілітаційних центрів у сфері ресоціалізації наркозалежних осіб в Україні / Ю. І. Чернецька // «Фактори розвитку психологічних і педагогічних наук в ХХІ столітті» [Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (12-13 вересня 2014 року)]. – Х.: Центр педагогічних досліджень, 2014. – С. 95-97.
68. Чернецька Ю.І Теорія і практика соціально- педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів: дис. д-ра наук: – Луганськ 2016 Р.

69. Щербина Л.Ф. Методичні підходи до психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. - № 8.
70. [Електронний ресурс] [http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/dis\\_litvinchuk\\_1\\_1518969241.pdf](http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/dis_litvinchuk_1_1518969241.pdf)
71. [Електронний ресурс] <http://tvoya-peremoga.com.ua>.
72. [Електронний ресурс] [http://grinvald.com/biblioteka/psihatriya/\\_uchebniki-spravochniki-slovari/dmitrieva-t.b.-psihatriya.-natsionalnoe-rukovodstvo.html](http://grinvald.com/biblioteka/psihatriya/_uchebniki-spravochniki-slovari/dmitrieva-t.b.-psihatriya.-natsionalnoe-rukovodstvo.html)
73. [Електронний ресурс] <http://lib.iitta.gov.ua/>
74. [Електронний ресурс] <https://docplayer.net/89815159-Nacionalna-akademiya-pedagogichnih-nauk-ukrayini-institut-psihologiyi-imeni-g-s-kostyuka-litvinchuk-lesya-mihaylivna.html>
75. [Електронний ресурс] [http://www.psycdigest.ru/articles/pdf/dissertation/Zentsova\\_NI\\_ref.pdf](http://www.psycdigest.ru/articles/pdf/dissertation/Zentsova_NI_ref.pdf)
76. [Електронний ресурс] <https://sodalitas.lt/ru/>
77. [Електронний ресурс] <http://psylab.info/>
78. [Електронний ресурс] <https://sites.google.com/site/test300m/mpa>
79. [Електронний ресурс] <https://studfiles.net/preview/5082709/page:43/>
80. [Електронний ресурс] <https://xreferat.com/55/8520-1-celi-i-zadachi-reabilitacii-psihologicheskaya-diagnostika.html>