

УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

*«Соціально-психологічна реабілітація
наркозалежних осіб засобами гештальт-
терапії»*

Виконав: здобувач 2 курсу,
групи ПС-23-2м
Спеціальності 053 «Психологія»
Шафран Е.І.
Керівник: Лебідь О.В.,
д-р пед.н., проф.

м. Дніпро
2025

АНОТАЦІЯ
кваліфікаційної роботи
Шафран Ернеста Ігоровича
на тему:
«Соціально-психологічна реабілітація наркозалежних осіб засобами
гештальт-терапії»

Кваліфікаційна робота здобувача 2-го курсу, спеціальності «Психологія» (у форматі Магістр) (Університет імені Альфреда Нобеля, м. Дніпро, кафедра психології та педагогіки) присвячена актуальній проблемі дослідження та вдосконалення методів соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб.

У роботі детально розкрито теоретичні засади соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб із використанням методів гештальт-терапії. Зазначено, що гештальт-терапія є одним із перспективних психотерапевтичних підходів, спрямованих на інтеграцію емоційного досвіду, усвідомлення особистісних потреб і поведінкових тригерів. Це дозволяє формувати навички конструктивного вирішення особистісних та соціальних проблем, що сприяє успішній ресоціалізації осіб із залежностями та покращує їхній психологічний стан. Гештальт-терапія також допомагає клієнтам усвідомити причини своїх залежностей, знайти внутрішні ресурси для подолання труднощів та побудови нового життєвого шляху.

Обґрунтовано необхідність застосування психодіагностичних методик для якісної оцінки ефективності реабілітаційних заходів. У дослідженні використано стандартизовані тести, зокрема „Рівень самооцінки”, „Рівень суб’єктивного контролю” та „Самооцінка настрою і самопочуття”. Ці методики дозволили оцінити зміни у психоемоційному стані учасників після проходження тренінгів з гештальт-терапії. Учасники також пройшли комплексну діагностику, що дало змогу відслідковувати зміни в їхньому соціальному функціонуванні та рівні задоволеності життям.

Теоретичний аналіз підтвердив, що гештальт-терапія є дієвим методом реабілітації наркозалежних осіб. Зокрема, цей підхід ефективно спрямований на інтеграцію емоційного, когнітивного та соціального досвіду клієнтів. У рамках дослідження розроблено програму соціально-психологічної реабілітації, яка була апробована та показала значний позитивний вплив на рівень самооцінки, адаптацію та усвідомлення емоцій учасників. Методика була спеціально адаптована до особливостей наркозалежних осіб, що забезпечило її високу ефективність.

Емпіричне дослідження встановило, що інтеграція методів гештальт-терапії дозволяє не лише знижувати рівень тривожності, але й підвищувати суб’єктивний контроль над власним життям. Учасники програми тренінгів показали покращення соціальної адаптації та зменшення ризику рецидивів. Внаслідок проведення тренінгу з гештальт терапії в учасників групі підвищилося почуття власного контролю, що можна спостерігати за результатами методик особистісного диференціалу, локусу контролю. Також можна спостерігати зростання рівня самооцінки, а також емоційного сприйняття себе та своїх невдач. Внаслідок цього

можна стверджувати, що в середньому в групі рівень самоефективності збільшився.

Основним висновком, який можна зробити з даного дослідження є те, що саме метод когнітивного реструктурування, який лежить в основі тренінгу з гештальт терапії, підвищує самоефективність осіб з наркотичною залежністю. Це можна пояснити тим, що зміна установок людини стосовно своїх можливостей, своєї поведінки, як когнітивний компонент, значно збільшують самооцінку клієнтів. З іншого боку, поведінкові методи, які використовуються разом із цим, дозволяють людині на практиці переконалися у своїй спроможності ставати агентом змін. Можна припустити, що досліджувані мають певні очікування щодо ситуації реабілітації, оскільки заклад є авторитетним для них – вони вірять, що реабілітація надасть бажаний результат. Це підкреслює доцільність застосування гештальт-підходу для роботи з наркозалежними особами. Водночас підвищився рівень самомотивації учасників, що стало важливим фактором їхнього подальшого саморозвитку.

Практичні рекомендації, засновані на результатах дослідження, мають широкий спектр застосування. Вони можуть бути корисними для психологів, психотерапевтів і соціальних працівників, які працюють із залежними особами. Рекомендації включають конкретні інструменти для роботи з самооцінкою, розвитком самоконтролю та емоційного інтелекту клієнтів. Отримані дані дозволяють вдосконалити існуючі програми реабілітації, орієнтуючи їх на глибшу інтеграцію особистісного досвіду, розвиток самомотивації та усвідомлення відповідальності.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до оцінки ефективності гештальт-терапії як засобу реабілітації. Це розширює теоретичну базу психології залежностей, сприяючи розробці інноваційних підходів у соціально-психологічній реабілітації наркозалежних осіб. Результати дослідження підтвердили важливість адаптації гештальт-терапевтичних підходів до культурних та соціальних умов, у яких перебувають клієнти. Цей підхід також сприяє формуванню стабільного позитивного ставлення до себе та розуміння власної цінності у суспільстві.

Дослідження дозволяє зробити висновок, що інтеграція гештальт-терапії у програми реабілітації є перспективним напрямом для підвищення ефективності соціально-психологічної допомоги.

Ключові слова: *гештальт-терапія, наркозалежність, самооцінка, тривожність, соціально-психологічна реабілітація, ресоціалізація, психологічна допомога.*

SUMMARY
qualification work
Shafran Ernest
on the topic:
**« Socio-psychological rehabilitation of individuals with substance
dependence through gestalt therapy »**

The qualification work of the candidate of the 2nd year, specialty «Psychology» (in Master's format) (Alfred Nobel University, Dnipro, Department of Psychology and Pedagogy) is devoted to the current problem of research and improvement of methods of social and psychological rehabilitation of drug addicts.

The theoretical principles of socio-psychological rehabilitation of drug addicts using Gestalt therapy methods are detailed in the work. It is noted that Gestalt therapy is one of the promising psychotherapeutic approaches aimed at integrating emotional experience, awareness of personal needs and behavioral triggers. This allows for the formation of skills in the constructive solution of personal and social problems, which contributes to the successful resocialization of persons with addictions and improves their psychological state. Gestalt therapy also helps clients to understand the causes of their addictions, find internal resources to overcome difficulties and build a new life path.

The necessity of using psychodiagnostic techniques for qualitative assessment of the effectiveness of rehabilitation measures is substantiated. The study used standardized tests, in particular «Level of self-esteem», «Level of subjective control» and «Self-assessment of mood and well-being». These techniques made it possible to assess changes in the psycho-emotional state of the participants after training in Gestalt therapy. The participants also underwent comprehensive diagnostics, which made it possible to track changes in their social functioning and level of life satisfaction.

Theoretical analysis confirmed that Gestalt therapy is an effective method of rehabilitation of drug addicts. In particular, this approach is effectively aimed at integrating the emotional, cognitive and social experience of clients. As part of the study, a social-psychological rehabilitation program was developed, which was tested and showed a significant positive effect on the level of self-esteem, adaptation and awareness of the participants' emotions. The technique was specially adapted to the characteristics of drug addicts, which ensured its high efficiency.

Empirical research has established that the integration of Gestalt therapy methods allows not only to reduce the level of anxiety, but also to increase subjective control over one's life. Participants in the training program showed improvement in social adaptation and reduced risk of relapse. As a result of training in Gestalt therapy, the group participants' sense of self-control increased, which can be observed by the results of the methods of personal differential, locus of control. It is also possible to observe an increase in the level of self-esteem, as well as emotional perception of oneself and one's failures. As a result, it can be claimed that the level of self-efficacy increased on average in the group.

The main conclusion that can be drawn from this study is that the method of cognitive restructuring, which is the basis of Gestalt therapy training, increases the self-

efficacy of people with drug addiction. This can be explained by the fact that changing a person's attitudes about their capabilities, their behavior, as a cognitive component, significantly increases the self-esteem of clients. On the other hand, the behavioral methods used in conjunction with this allow a person to verify in practice his ability to become an agent of change. It can be assumed that the subjects have certain expectations regarding the rehabilitation situation, since the institution is authoritative for them - they believe that the rehabilitation will provide the desired result. This emphasizes the expediency of using the Gestalt approach to work with drug addicts. At the same time, the level of self-motivation of the participants increased, which became an important factor in their further self-development.

Practical recommendations based on research results have a wide range of applications. They can be useful for psychologists, psychotherapists and social workers who work with addicts. Recommendations include specific tools for working with self-esteem, development of self-control and emotional intelligence of clients. The obtained data make it possible to improve the existing rehabilitation programs, orienting them to a deeper integration of personal experience, development of self-motivation and awareness of responsibility.

The scientific novelty of the research lies in the comprehensive approach to assessing the effectiveness of Gestalt therapy as a means of rehabilitation. This expands the theoretical basis of addiction psychology, contributing to the development of innovative approaches in the social and psychological rehabilitation of drug addicts. The results of the study confirmed the importance of adapting Gestalt therapeutic approaches to the cultural and social conditions in which the clients are located. This approach also contributes to the formation of a stable positive attitude towards oneself and an understanding of one's own value in society.

The research allows us to conclude that the integration of Gestalt therapy into rehabilitation programs is a promising direction for increasing the effectiveness of social and psychological care.

Key words: *gestalt therapy, drug addiction, self-esteem, anxiety, social-psychological rehabilitation, resocialization, psychological assistance.*

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ ЗАСОБАМИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ	12
1.1. Сутність та складові наркозалежності	12
1.2. Соціально-психологічна реабілітація наркозалежних осіб: поняття, форми та види	21
1.3. Характеристика психологічних засобів реабілітації наркозалежних осіб	36
1.4. Гештальт-терапія як перспективний напрямок реабілітації наркозалежних осіб	27
Висновки до першого розділу	39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ	42
2.1. Загальна характеристика дослідження	42
2.2. Характеристика психодіагностичного інструментарію дослідження	43
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних емпіричного дослідження	46
2.4. Опис проходження тренінгу з гештальт-терапії. Практичні рекомендації щодо підвищення самоефективності наркозалежної молоді	46
Висновки до другого розділу	58
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66
ДОДАТКИ	68
	72
	77

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Соціально-психологічна реабілітація наркозалежних осіб є актуальною темою в сучасних умовах, оскільки залежність від психоактивних речовин залишається однією з найгостріших соціальних проблем. Наркозалежність не лише руйнує життя окремих людей, але й має негативний вплив на їхні сім'ї, соціальне оточення та суспільство загалом. Одним із ефективних підходів до вирішення цієї проблеми є гештальт-терапія, яка сприяє відновленню внутрішнього балансу та покращенню самосвідомості особистості. Актуальність теми полягає в необхідності пошуку ефективних методів психотерапії для допомоги залежним особам у їхній реабілітації та ресоціалізації.

Гештальт-терапія пропонує інтегративний підхід до психічного та соціального відновлення, що робить її особливо цінною для людей із залежністю. Вона допомагає людям усвідомити свої почуття, потреби та досвід, що може бути корисним для подолання наркозалежності. Соціально-психологічна реабілітація спрямована на повернення осіб до нормального життя в суспільстві, надаючи їм необхідні інструменти для боротьби зі стресом і уникнення рецидивів. Використання гештальт-терапії у цьому процесі дозволяє людині краще зрозуміти причини своєї залежності та знайти способи її подолання.

Також важливо зазначити, що гештальт-терапія сприяє розвитку відповідальності за власне життя, що є ключовим моментом у реабілітаційному процесі. Актуальність даного дослідження підкреслюється тим, що існує гостра потреба в індивідуалізованих підходах до лікування наркозалежних осіб, де гештальт-терапія може відіграти важливу роль. Розуміння взаємозв'язку між соціально-психологічними чинниками та гештальт-підходом дозволить підвищити ефективність реабілітації.

Загалом, проблема залежності тісно пов'язана з порушенням емоційних реакцій клієнтів. Так, одним з головних наслідків розвитку психодинамічних уявлень виявилось зростаюче розуміння того, що основною мотивацією хворих до зберігання своєї хімічної залежності є використання наркотичного ефекту для

трансформації або полегшення почуттів, що переживаються як хворобливі або нестерпні. Особи з наркотичною залежністю не можуть конкретизувати поняття «хорошого» життя на відміну від чіткої деталізації «поганого життя», пов'язаного із невживанням психоактивних речовин. Можна зробити висновок, що такі клієнти не мають уявлення про життя без наркотичних речовин. Крім того, в них присутня установка на невдачі у вирішенні власних проблем, що є причиною вкрай низької самооцінки. Саме тому одним із завдань в процесі реабілітації є формування позитивного образу майбутнього в осіб з наркотичною залежністю [17].

Метою – обґрунтування та експериментальна перевірка ефективності програми соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб із використанням методів гештальт-терапії.

Об'єкт дослідження – соціально-психологічна реабілітація наркозалежних осіб.

Предмет дослідження – соціально-психологічна реабілітація наркозалежних осіб засобами гештальт-терапії

Концептуальна гіпотеза. Соціально-психологічна реабілітація наркозалежних осіб буде більш ефективною, якщо використовувати гештальт-терапію, оскільки цей підхід сприяє інтеграції особистісного досвіду та розвитку самосвідомості, що дозволяє глибше усвідомлювати власні потреби, почуття та поведінкові патерни. Застосування методів гештальт-терапії в процесі соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб сприятиме інтеграції особистісного досвіду, усвідомленню власних емоцій, потреб і поведінкових тригерів, що, своєю чергою, дозволить знизити ризик рецидивів, покращити соціальні взаємодії та адаптацію, а також забезпечить ефективніше вирішення психологічних проблем, пов'язаних із залежністю.

Емпіричні гіпотези:

1. Наркозалежні особи, які проходять реабілітацію із застосуванням гештальт-терапії, демонструють вищий рівень усвідомлення своїх емоцій і поведінкових тригерів у порівнянні з тими, хто проходить реабілітацію без цього методу.

2. Наркозалежні, які отримують гештальт-терапію, мають демонструють відмінності щодо показників сенсожиттєвих орієнтацій.

3. Учасники, які беруть участь у гештальт-терапії, демонструють покращення в соціальних взаємодіях та адаптації після завершення програми реабілітації.

4. Наркозалежні особи, які проходять реабілітацію із застосуванням гештальт-терапії демонструють кращі показники вольового самоконтролю.

Досягнення мети та перевірка гіпотези передбачали вирішення низки завдань:

1. Здійснити теоретичний аналіз стану дослідженості проблеми соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб засобами гештальт-терапії.

2. Підібрати діагностичний інструментарій дослідження.

3. Теоретично розробити та обґрунтувати програму соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб засобами гештальт-терапії й експериментально перевірити її вплив на рівень самоефективності, самооцінки, усвідомлення емоцій та поведінкових тригерів, а також на покращення соціальної адаптації клієнтів.

4. Розробити рекомендації для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників стосовно ефективного використання засобів гештальт-терапії в соціально-психологічній реабілітації наркозалежних осіб.

Методи дослідження. Для перевірки гіпотез дослідження застосовано емпіричні методи: квазіексперимент для нееквівалентних груп, спостереження. Для з'ясування ефективності соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб засобами гештальт-терапії використано методики: теоретичний аналіз літератури; тестування; інтерв'ювання; спостереження; психодіагностичні методики (стандартизовані тести: «Рівень самооцінки» (розробка Дембо-Рубінштейна), «Особистісний диференціал» (розробка Ч. Осгуда, адаптація С. Будассі), «Рівень суб'єктивного контролю» (розробка Дж. Роттера), «Самооцінка настрою та самопочуття» (автор — Б. Пономарьов)) [10, 19, 25].

Статистичні методи обробки експериментальних даних – розрахунки мір варіативності результатів, кореляційний аналіз (χ^2 Пірсона, кореляційний аналіз за

Ч. Спірменом), критерій розбіжностей Манна-Уїтні та t-критерій Стьюдента. Для статистичного опрацювання було використано пакет 8 комп'ютерної програми «SPSS 17.0». Всі малюнки виконано в Excell; узагальнення результатів здійснено з використанням інтерпретаційних методів: класифікація й узагальнення.

Емпірична база дослідження. Дослідження проведено на базі Центра психологічної допомоги «Наша справа». Кількість респондентів становила 20 осіб.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Теоретичною основою дослідження є положення сучасної психології про наркозалежність як складний психосоціальний феномен, який потребує комплексного підходу в реабілітації. У дослідженні використовуються теорії гештальт-терапії (Ф. Перлз, Л. Гудман), які базуються на принципах цілісності, усвідомлення та відповідальності. Також враховано соціально-психологічні моделі реабілітації залежних осіб, які підкреслюють важливість інтеграції психотерапії, соціальної підтримки та розвитку самосвідомості для успішного подолання залежності. Методологічною основою є системний підхід, що передбачає вивчення впливу гештальт-терапії на психологічний стан та соціальну адаптацію наркозалежних осіб через поєднання кількісних і якісних методів дослідження.

Теоретична значущість та наукова новизна. Теоретична значущість полягає в розширенні наукових знань про процес соціально-психологічної реабілітації наркозалежних осіб засобами гештальт-терапії. Дослідження робить внесок у розуміння механізмів впливу гештальт-підходу на психічне здоров'я та соціальну поведінку осіб із залежністю. Наукова новизна полягає у тому, що в роботі вперше здійснено комплексний аналіз ефективності гештальт-терапії в реабілітації наркозалежних у контексті їхньої соціалізації та психоемоційного стану. Результати можуть сприяти розробці нових теоретичних моделей реабілітації на основі гештальт-підходу.

Практична значущість дослідження полягає в можливості застосування отриманих результатів для підвищення ефективності програм реабілітації наркозалежних осіб. Впровадження гештальт-терапії у реабілітаційні програми може сприяти кращій соціальній адаптації та зниженню ризику рецидивів. Також

результати дослідження можуть бути корисними для психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та організацій, що займаються реабілітацією залежних, для оптимізації терапевтичних підходів і підвищення якості допомоги клієнтам.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, списку використаної літератури (45), додатків (3). Зміст роботи висвітлено на 76 сторінках тексту і містить 4 таблиці і 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ ЗАСОБАМИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ

1.1. Сутність та складові наркозалежності

Наркозалежність – це складний біопсихосоціальний феномен, який включає фізичну, психологічну та соціальну залежність. Цей стан характеризується стійким прагненням до вживання психоактивних речовин, незважаючи на їх шкідливі наслідки для фізичного, психічного здоров'я та соціального життя.

Фізична залежність виникає через пристосування організму до регулярного вживання наркотичних речовин. Психоактивні речовини починають виконувати функції, які зазвичай забезпечуються природними процесами організму. У результаті припинення вживання призводить до синдрому абстиненції, який може включати болісні фізичні симптоми, такі як ломота в тілі, нудота, пітливість, безсоння та тривога. Це фізіологічне пристосування підсилює потребу у постійному вживанні речовини [27].

Психологічна залежність - цей аспект наркозалежності стосується емоційної та когнітивної прив'язаності до наркотиків. Людина використовує речовину як спосіб уникнення негативних емоцій, стресу або болючих спогадів. Залежність формується на рівні мозкових систем винагороди, що закріплює прагнення до повторного досвіду ейфорії. Також наркозалежні можуть втрачати мотивацію до природних джерел задоволення, таких як спілкування, хобі чи досягнення цілей.

З'ясовано, що соціальна складова наркозалежності пов'язана з втратою або деформацією соціальних зв'язків. Людина часто опиняється в середовищі, яке підтримує або навіть заохочує вживання наркотиків. Через це відбувається ізоляція від здорових соціальних контактів, руйнування сімейних та дружніх стосунків, зниження професійної активності або повна її втрата.

Таким чином, для розуміння наркозалежності важливо враховувати всі її аспекти. Біологічні чинники включають генетичну схильність і хімічні зміни в

мозку. Психологічні чинники – це травматичний досвід, низька самооцінка, емоційна нестабільність або відсутність навичок стресостійкості. Соціальні чинники охоплюють несприятливе середовище, знижений соціальний статус, конфлікти в сім'ї та культурні особливості, які впливають на сприйняття наркотиків у суспільстві.

Психологічно залежність веде до депресії, тривожності, розладів особистості, суїцидальних тенденцій. Соціально людина стає виключеною із суспільного життя, часто стикається з криміналізацією своєї поведінки та стигматизацією. Наркозалежність має глибокий негативний вплив на всі аспекти життя людини. До фізичних наслідків належать серйозні захворювання, такі як гепатити, ВІЛ, ураження печінки та серцево-судинні хвороби.

Ефективна профілактика наркозалежності повинна охоплювати освітні програми, які спрямовані на розвиток стресостійкості та здорових звичок. Реабілітація передбачає комплексний підхід, що включає медичну допомогу (детоксикація), психотерапію (наприклад, гештальт-терапію), соціальну підтримку та програми ресоціалізації.

Розуміння складності наркозалежності як багатофакторного явища є ключем до розробки ефективних стратегій її профілактики та лікування.

Таким чином, на даний момент існує достатньо багато визначень наркоманії. Традиційно лікарі психіатри й наркологи зазначають, що наркоманія — це хворобливий стан, що характеризується явищами психічної й фізичної залежності, стійкою потребою в повторному багаторазовому вживанні психоактивних речовин (ПАР), що приймає форму непереборного потягу [12]. На думку С. В. Березина наркоманією «називається група захворювань, які проявляють себе потягом до постійного прийому в зростаючих кількостях наркотичних засобів внаслідок стійкої психічної й фізичної залежності від них з розвитком абстиненції в разі припинення їх прийому» [6].

Фізична залежність більшою мірою стосується таких видів наркотиків, як опіати (героїн, екстракт макової соломки, морфін, трамадол), барбітурати, алкоголь. Є деякі види наркотиків, які майже не викликають фізичної залежності.

Таким чином, виходячи із наведених визначень, «всередині» наркотичної залежності існують два окремі механізми – фізичної і психічної залежності. Фізична залежність розвивається в результаті того, що організм «настроюється» на прийом наркотиків і включає їх у свої біохімічні процеси. Головний принцип такий: наркотики - кожен препарат по-своєму - починають виконувати функції, які раніше забезпечувалися речовинами, що виробляються самим організмом. Тіло хворого, щоб заощадити внутрішні ресурси, припиняє або скорочує синтез цих речовин. Якщо процес «перенастроювання» фізіології організму «під наркотики» зайшов досить далеко, то при їхній відсутності починається абстиненція або «ломка»[2].

В результаті фізична залежність примушує вживати наркотики регулярно, не даючи ніякого перепочинку. Суб'єктивно, тобто самим хворим на наркоманію, це сприймається дуже важко [23]. Відома ще одна особливість: самі наркотики постійно руйнуються ферментними системами та виводяться через нирки, кишечник і легені. Тому «запас наркотиків» в організмі необхідно регулярно «поповнювати».

Абстиненція, як правило, супроводжується вираженою тривогою з більш-менш вираженим (але не менше 7-10 діб при опіатній або барбітуровій залежності) безсонням [34]. Таким чином, пропустивши час прийому чергової дози, наркоман прирікає себе на болісні страждання. Це не тільки загальний біль, але ще й холодний піт, болі в животі з багаторазовим проносом, нудота й блювота, що не припиняється, нежить, слабкість, ломота в суглобах.

Часто доводиться чути, як, приходячи на лікування, вони просять «тільки переламати» (полегшити абстиненцію) - вважаючи, що після цього легко відмовляться від вживання наркотиків без додаткових зусиль. Багато лікарів-наркологів вважають психічну залежність похідною від спогадів про пережиту в сп'янінні ейфорію. Мабуть, це вірно, принаймні - для «молодих» наркоманів, для яких така ейфорія ще можлива. Але, скоріше, в основі головного механізму формування психічної залежності лежить саме небажання зіштовхнутися із життєвими проблемами, приймати на себе відповідальність за свої дії і своє життя. Як описано в літературі та відомо ї інших джерел, крім фізичної, є ще й психічна

залежність. Складність в тому, що вона не відчувається під час постійної наркотизації й «молоді» наркомани відмовляються в неї вірити. Якщо раніше така особа могла «піти» у внутрішній світ приємних мрій або хоча б не так гостро відчувати необхідність суттєвих і невідкладних, але не завжди легких рішень (які, до того ж, часто змушують жертвувати тією або іншою особистою цінністю), то тепер уже вона не захищена. Саме тому більшість хворих зі стажем відновляє прийом наркотиків після лікування. Вони прекрасно усвідомлюють своє «порочне коло» і були б раді вирватися з нього, якби знову змогли навчитися не боятися жити без наркотиків [3].

У випадку, якщо після декількох років вживання наркотиків, залежний раптом намагається припинити вживання, то це означає, що йому доведеться зіштовхнутися з необхідністю вирішення всіх тих життєвих питань, від яких він „ховався” протягом всіх цих років [15].

Навіть в умовах реабілітаційного центру, коли наркозалежний працює над собою і користується допомогою фахівців, таке відновлення потребує великих зусиль і часу. А головне лихо в тому, що, починаючи вживати наркотики, ніхто в це не вірить і вважає, що його це не торкнеться. Але ж ніяких навичок вирішення цих проблем у нього немає, а ті, які були – втрачені. Тож, припинення вживання є найтяжчим стресом, єдиною альтернативою якому для наркомана є продовження вживання. Трагедія в тім, що найчастіше це вміння губиться назавжди і дуже нечастими є випадки, коли особа може за рахунок власних зусиль відновитися настільки, щоб знову повернутися до повноцінного життя.

Сьогодні не викликають заперечення ті факти, що, по-перше, поведінка наркозалежної людини істотно відрізняється від поведінки звичайної людини, а, по-друге, в кожному випадку маємо справу з індивідуальними особливостями розвитку наркотичної залежності, які не є “об’єктивними”. Сукупність цих особливостей істотно залежить від поглядів суспільства на вживання наркотичних речовин [36]. В світі існує значна кількість теорій, які намагаються пояснити феномен наркотичної залежності. Чисельність цих спроб підкреслює актуальність проблеми пояснення природи зловживання наркотиками

Протягом останніх років дедалі більше говорять про комплексний характер наркозалежності, основними складовими якого є не лише властивості наркотику, ставлення людини до споживання наркотиків, а також соціальне оточення людини – від найближчого кола друзів, родичів, до соціуму в цілому [37].

Виокремлюють три основні групи факторів, що призводять до вживання наркотичних речовин: - конституціональні/особистісні (можливий вплив особливостей біологічного функціонування та особистісних рис); - інтерперсональні (вплив сім'ї, однолітків та інших значимих осіб); - соціальні (більш загальні культурні фактори і фактори середовища) [17]. Однією із небагатьох спільних рис переважної більшості теорій наркотичної залежності є визнання аномальності зловживання наркотиками. Зловживання є противагою “нормальній”, звичній соціальній поведінці.

Згідно біопсихосоціального підходу ”(The Bio-Psycho-Social Concept), споживання наркотиків розглядається як універсальна характеристика людської поведінки [17].

Оскільки біопсихосоціальний підхід є одним з основних у реабілітаційній програмі, на базі якої проводилося дане дослідження, він заслуговує на більш детальне висвітлення. Біопсихосоціальний підхід стверджує, що залежність має свої біологічні, психологічні та соціальні причини. Тому «ми маємо працювати з цією проблемою в кількох вимірах. Ми не можемо працювати тільки з чийось питтям чи вживанням. Ми не можемо працювати тільки з емоціями. Ми не можемо розглядати тільки стосунки. Ми маємо розглянути всі ці основні аспекти життя людини для того, щоб знайти відповіді на наші запитання, чи вони будуть в сфері вживання чи в інших життєвих проблемах» [17].

Біологічне. На сьогоднішній день залишається відкритим питання наявності окремих генів, які визначають, буде індивід мати проблеми залежності чи ні. Існує певна схожість у хімічному складі крові людей з адикцією. Біологічні пояснення не варто ідеалізувати, проте не можна їх ігнорувати теж [2].

Психологічне. . Багато людей приховують свої емоції чи знайшли шляхи заблокувати власний біль. Можливо допускати, що ці індивіди підсвідомо

звернулися до наркотиків та алкоголю, щоб впоратися чи пристосуватися до свого внутрішнього болю. Ці люди також розвивають ірраціональні переконання щодо травм чи дисфункцій, оскільки вони були дітьми і не бачили іншої реальності. «Якщо вони краще розуміють себе, вони можуть краще працювати з можливими причинами свого вживання» [12]. Протягом довгого часу застосування психологічних принципів до лікування залежності було мінімальним, якщо не рідкісним. Багато хто вважав залежність за хворобу, опускаючи той факт, що наші психологічні конструкти можуть докладатися до цієї проблеми. Велика частка клієнтів, зазнавала серйозних чи жорстких травм в своєму дитинстві, або принаймні походить з дисфункціональної сім'ї.

Соціальне. Споживання наркотиків пов'язане з експериментальним характером людської діяльності, особливо у підлітковому віці. Поряд з тим, поведінка людини закріплюється шляхом отримання винагород і покарань під час випробування нею різних шляхів функціонування у соціумі. Але для закріплених способів функціонування у суспільстві характерна ригідність: людина всіляко протидіє спробам змінити сталі стереотипи взаємодії з оточуючим світом. Цим пояснюються труднощі у лікуванні і реабілітації наркозалежної людини [2]. Одним з найбільш вагомих факторів фрустрації чи стресу для людей з проблемами залежності є їхні стосунки. Сварка чи стосунки в цілому призводять до того, що залежний, фрустрований та змучений, знов наступає на ті самі граблі і повертається до вживання. Цей підхід народився як альтернатива відомій 12-кроковій програмі (вона відома у світі на прикладі програм „Анонімні наркомани”, „Анонімні алкоголіки” та ін.). Залежність є складною проблемою, яка стала потребувати ширшого та більш цілісного підходу. Саме це і дає біопсихосоціальна модель залежності – мультидисциплінарний підхід до лікування цієї хвороби.

Отже, передумовами виникнення наркотичної залежності є властивості функціонування людського організму, вплив суспільства, найближчого соціального оточення та внутрішня система саморегуляції. Концепція внутрішньо-особистісного конфлікту або дефіциту дозволяє зробити акцент на порушеннях в індивідуальному розвитку, і дає можливість розуміти і враховувати особливості

формування наркотичної залежності в кожному конкретному випадку, її історичні причини. Під залежністю розуміються випадки, коли присутнє стійке внутрішнє спонукання, прагнення вжити наркотик, не зважаючи на його шкідливі наслідки, а іноді навіть свідомо чи підсвідомо погоджуючись з ними. Вживання наркотику в значній кількості випадків має захисну і адаптивну функцію, може тимчасово підсилити внутрішню рівновагу для утримання інтенсивних афектів (передусім таких як гнів, сором, вина) [8]. Також в процесі психосоціального розвитку у людини формуються не тільки бажання, але й розуміння існуючих обмежень, норм тощо. Під впливом ставлень індивіда, що виникають протягом психосоціального розвитку, і ставлень його оточення формується досвід [31]. В нормі досвід має бути позитивним і цінним [30]. Але нерідко, під час вказаного вище процесу, досвід набуває негативного забарвлення.

Таким чином, наркотична залежність - це поведінковий синдром з домінуванням потягу до отримання наркотиків та їх споживання в мотивації особистості, що зумовлений значними порушеннями у психосоціальному розвитку людини. Брак внутрішньої саморегуляції пов'язується із ранніми порушеннями у психічному розвитку. Мова йде про нерозвиненість функції адекватного самозахисту. Отже, залежність від наркотиків стає адаптивною поведінкою, що спрямована на полегшення болю, викликаного афектами, і на те, щоб на деякий час підвищити спроможність володіти собою і функціонувати. Вживання наркотику стає відчайдушною спробою "вилікувати себе", подолати базові труднощі в сфері саморегуляції, що включають в себе якнайменш чотири основних аспекти психологічного життя: почуття, самооцінку, міжособистісні стосунки та турботу про себе. Наркотична залежність характеризується:

- втратою контролю над вживанням;
- амбівалентним ставленням до наркотиків;
- труднощами в емоційній саморегуляції (непереносимість почуттів, крайність проявів, переважання негативних почуттів);
- нестійкою самооцінкою, уявленням про себе, інших людей і загалом оточуючий світ;

- стійкістю до реабілітаційних втручань, частих рецидивах;
- негативними соціальними наслідками.

Відповідно в питаннях профілактики наркотичної залежності виділяються також два основних напрямки: по-перше, робота із середовищем (виділення факторів ризику і їхня нейтралізація), по-друге, робота з особистістю: виховання й розвиток стійкості до несприятливих соціально-психологічних факторів і впливів [1]. Із психолого-педагогічної точки зору всі фактори наркоманії розподіляються на фактори середовища (об'єктивні) - соціально-психологічні й фактори особистості (суб'єктивні) - психологічні.

Розглянемо ще наркотичну залежність як адиктивну поведінку. Відомо, що адиктивна поведінка (addiction - схильність) одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийомудеяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Цей процес настільки захоплює людину, що починає керувати його життям. Людина стає безпорадним перед своєю пристрастю. Вольові зусилля слабшають і не дають можливості протистояти адикції. Умовно можна виділити чотири основних групи факторів, що сприяють розвитку адиктивної поведінки у цілому й наркотизації, зокрема:

1. Моральна незрілість особистості - негативне відношення до навчання, відсутність соціально схвалюваної активності й установок; вузьке коло й нестійкість інтересів, відсутність захоплень і духовних запитів; невизначеність у питаннях професійної орієнтації, відсутність установки на трудову діяльність, дефіцит мотивації досягнень, відхід від відповідальних ситуацій і рішень; втрата «перспективи життя», бачення шляхів розвитку своєї особистості; терпимість до пияцтва, наркотиків.

2. Порухене соціальне мікросередовище - неповна родина; сильна зайнятість батьків; відсутність братів і сестер; перекручені сімейні відносини, що призводять до невірною засвоєння соціальних ролей, неправильне виховання; ранній (12-13 років) початок самостійного життя й передчасне звільнення від опіки батьків;

легкий і неконтрольований доступ до грошей і незрозуміння того, як вони дістаються; алкоголізм або наркоманія в кого-небудь із близьких родичів або близьких людей; низький освітній рівень батьків.

3. Індивідуально-біологічні особливості особистості - спадкоємна обтяженість відносно психологічних захворювань й алкоголізму, важкі соматичні захворювання й нейроінфекції в ранньому дитинстві; органічні ураження мозку, розумове недорозвинення й психологічний інфантилізм.

4. Індивідуально-психологічні особливості й нервово-психічні аномалії особистості - низька стійкість до емоційних навантажень, підвищена тривожність, імпульсивність, схильність до ризикованого поведіння, недостатня соціальна адаптація, особливо в складних умовах, різної виразності акцентуації характеру, переважно конформного, гіпертимного, нестійкого типів, неврози й психопатії [41].

1.2. Соціально-психологічна реабілітація наркозалежних осіб: поняття, форми та види

На основі наведених даних можна зробити висновок, що споживання психоактивних речовин призводить до широкого спектру негативних наслідків, які охоплюють біологічні (ослаблення імунної системи, розвиток таких захворювань, як гепатити та ВІЛ-інфекція), психологічні (порушення психічного розвитку, поява коморбідних психічних розладів, патологічні зміни особистості) та соціальні аспекти (руйнування міжособистісних стосунків, співзалежність, кримінальне минуле, низький рівень професійної реалізації) [2].

Отже, підхід до проблеми має бути комплексним, спрямованим на усунення біологічного, психологічного та соціального компоненту залежності. з роботою щодо створення мотивації до здорового способу життя [28]. Термін «реабілітація» означає націленість підходу, спрямованого на покращення функціонування в умовах конкретного оточення; реабілітаційні втручання можуть проходити без обґрунтування їх теорією причинності; реабілітаційне втручання спрямоване не на

причини хвороби, а на функціонування особистості в теперішньому та задачі на майбутнє; реабілітація фокусується на можливостях клієнта та підтримці їх з зовні. Не зважаючи на особливості реабілітації різних груп клієнтів, в цілому вся реабілітаційна сфера сповідує спільну ідеологію [10].

Реабілітація відрізняється від лікування, хоча практика лікування та реабілітації перекривають одна одну. Власне, терапевтичні та реабілітаційні заходи в ідеалі проводяться одночасно або один за одним. Реабілітація первинно була спрямована на розвиток якостей особистості зі спиранням на позитивні риси, що збереглись, для відновлення її здатності жити в суспільстві.

Всупереч затвердженим Державним стандартам наркологічної практики більша частина наркологічних установ має жорстку біомедичну орієнтацію. Основу існуючої системи допомоги особам із залежністю від наркотичних речовин складають наркологічні медичні заклади [7]. Лікування ж, зазвичай, спрямовується на зменшення симптоматики та пом'якшення клінічної картини. Такі ідеологічні відмінності не завжди втілюються на практиці [10], і для України це також є проблемою. Як ми вже зазначали, фахівці відзначають, що, хоча соціально-психологічна реабілітація є важливою складовою комплексу заходів, спрямованих на повернення до способу життя, прийняттого для суспільства і особисто для людини з наркологічними проблемами, в Україні усталеним є дещо інше сприйняття реабілітації

Такий медичний підхід відбивається і в браку соціально-психологічних реабілітаційних підрозділів, і в знаннях та навичках персоналу. Для світового досвіду характерним є утворення реабілітаційних закладів за межами медичних установ, в яких особи проходять детоксикацію [7].

В світовій практиці існують декілька типів установ, які здійснюють реабілітацію наркозалежних, кожна з яких відповідає на конкретні потреби клієнтів. Найбільш поширеними серед них є:

- центри детоксикації,
- стаціонарні реабілітаційні програми,
- терапевтичні спільноти,

- програми замісної терапії,
- амбулаторні та консультативні агенції
- програми допомоги з працевлаштуванням [11].

Детоксикація – це короткотермінове втручання для того, щоб провести безпечно відлучення клієнта від наркотиків. Такі центри можуть мати медичне спрямування, що включає лише очищення організму від речовини, якою клієнт зловживав, або соціальне, яке передбачає консультування, підтримку та супервізію за межами лікарні. Стаціонарні реабілітаційні програми не обов'язково передбачають безперервне перебування клієнтів, часто використовується часткова госпіталізація, яка передбачає повноцінну реабілітаційну програму в денний час та можливість для клієнтів ночувати вдома. Такі структуровані денні програми надають інтенсивну підтримку та допомогу і являються відносно новим видом реабілітації наркоспоживачів. На відміну від звичайних денних програм для наркоспоживачів, які існують протягом досить тривалого часу, структуровані денні програми забезпечують суворіші умови реабілітації та інтенсивне втручання.

Структурована денна програма зазвичай відповідає наступним критеріям [12]:

- клієнти повинні відвідувати програмні заходи щонайменше 4-5 днів на тиждень у робочі години;
- структурований підхід забезпечується певними передбаченими програмою активностями та індивідуально складеним для клієнта графіком;
- програма має обмежену тривалість.
- структуровані денні програми можуть переслідувати різні цілі, але включають переважно:
 - допомогу в реабілітації до життя в суспільстві;
 - навчання певним соціальним, трудовим, освітнім навичкам;
 - зосередження на особистій відповідальності клієнта.

Взагалі денні програми суттєво відрізняються як цільовими групами, так і перебігом самої реабілітації. Структуровані денні програми надають клієнтам можливість перебудувати уклад свого життя не відриваючись від життя у

суспільстві і підтримуючи соціальні і родинні стосунки. Спільна риса усіх денних програм – вони підтримують клієнтів, які живуть у суспільстві, в звичних для них умовах, де ризик зриву значно вищий. До переваг денних структурованих програм можемо віднести [32]:

- різноманітність моделей допомоги – це дає змогу застосовувати різні підходи і методи роботи;
- «гнучкі» контракти з клієнтами – це дозволяє врахувати життєву ситуацію і потреби кожної людини, що звертається за допомогою;
- існування чітких процедур і чітко організовані реабілітаційні заходи дозволяють легко оцінювати прогрес клієнта;
- зосередження на включенні клієнта до повсякденного життя в родині і суспільстві;
- активна робота з клієнтами, що мали зриви;
- партнерство з органами пробації та іншими сервісами;
- робота із правопорушниками, що вживають наркотики, участь у денній програмі може бути альтернативою ув'язненню;
- економічність програми порівняно із вартістю перебування у стаціонарі.

В більшості випадків денні програми потребують в 2-3 менше коштів для функціонування, порівняно зі стаціонаром. Одночасно, результати у довгостроковій перспективі можна порівняти із результатами стаціонарної реабілітації [12].

Одночасно, вартість денної структурованої програми значною мірою залежить від її тривалості, насиченості реабілітаційними заходами кількістю і професійним рівнем залучених фахівців. Внаслідок зворотного зв'язку із клієнтами денних програм, було виявлено, що в середньому половина клієнтів визнає позитивні зміни у ході програми, більше 2/3 зазначають зменшення кримінальної поведінки [12].

Серед недоліків денних структурованих програм можемо назвати:

- функціонування переважно у містах - це пов'язано із необхідністю досить високої концентрації наркоспоживачів у місті/районі, можливостей для розміщення організації та забезпечення нормальних робочих умов;
- потреба у залученні висококваліфікованих спеціалістів, придбанні спеціального устаткування для деякі видів реабілітаційних активностей;
- достатньо високі вимоги для клієнтів – соціальна стабільність, постійне місце проживання, повна відмова від вживання наркотиків.

Денні програми є неприйнятними для споживачів наркотиків, котрі не можуть припинити вживання без того, щоб покинути місце проживання, розірвати зв'язки з колишніми друзями, можливо, на деякий час віддалитися від сім'ї; відносно коротку тривалість програм, по завершенні яких клієнти потребують участі у більш тривалій і менш інтенсивній програмі після догляду (або залучення до діяльності різноманітних груп само- та взаємодопомоги).

Терапевтичні спільноти передбачають тривале перебування клієнтів, поєднане з високим рівнем відданості спільноті. Фахівці відзначають, що терапевтична спільнота – це форма об'єднання людей, структурована таким чином, що вона набуває терапевтичного значення, та що терапія середовищем ґрунтується на психологічній атмосфері, утворюваній всіма учасниками спільноти [8].

Кожен підсумовує характеристики, спільні для терапевтичних спільнот: наголос на особистій відповідальності, допомога одне одному, структурованість та дисципліна, система нагород та покарань, схожість із родиною, відокремлення від суспільства, члени персоналу не сприймаються як владні фігури, заохочення щирості та відсутності насильства, наголос на роботі [8].

Отже, у терапевтичній спільноті лікування розглядають не лише як застосування фахівцями певних медичних засобів, але й як взаємодію членів спільноти, тобто лікує сама атмосфера [13].

Амбулаторне консультування та споріднені реабілітаційні програми (напівстаціонарні) забезпечують високий рівень уваги до особистих потреб клієнта, це дуже індивідуалізований підхід. Для нього характерно складання індивідуального плану лікування із коротко- та довгостроковими цілями, наголос

на вивченні та тренуванні нових моделей поведінки. Кінцевою метою участі у таких напістаціонарних реабілітаційних програмах є досягнення стійких поведінкових змін в конкретних сферах життєдіяльності клієнта внаслідок вирішення його нагальних проблем. Основними завданнями таких програм є свідоме утримання від вживання наркотичних речовин, покращення психоемоційного стану та соціального функціонування клієнта [13]. Програми підтримки метадоном мають на меті, використовуючи синтетичний опіат, сфокусуватися на реабілітації, а не абстиненції, та допомогти залежним жити продуктивним, хоча і не позбавленим наркотиків, життям. Ця програма вважається способом відділити клієнта від небезпеки та нестабільності стилю життя, присвяченого здобуванню та вживанню нелегального наркотика.

В фокусі консультування наркозалежних завжди знаходиться залежна поведінка та її наслідки, майже не торкаючись особистісних причин виникнення залежності та не ставлячи на меті особистісні зміни та довготривалі зміни стилю життя. Акцент робиться на вирішенні поточних (теперішніх) проблем (концентрування на тут-і-зараз.), та наслідків вживання через поведінкові зміни та усвідомлення неконструктивних стратегій мислення та поведінки [34].

Завданнями індивідуального та групового консультування завжди є надання інформації про залежність, надання допомоги в формулювання та досягнення чітких цілей відносно невживання. Інтервенції спрямовані не на усвідомлення причин та впливу минулих подій на формування залежності, а на корекцію поведінки. Хоча таке консультування вважається одним з основних підходів, воно підходить не всім клієнтам, оскільки вимагає від них здатності незалежно функціонувати на щоденній основі, наявності ефективної соціальної підтримки та здатності та мотивації підтримувати абстиненцію, поки новий стиль життя не буде встановлено [25].

Оскільки часто є необхідним розмежовувати консультування та психотерапію у роботі із залежними, коротко зупинимось на цьому розмежуванні. Поняття „психотерапія” ми використовуємо для опису психологічного лікування, направленного на зміни проблемних емоцій, думок та поведінки шляхом

формування нового розуміння на основі аналізу власного досвіду, історії розвитку та причин виникнення залежної поведінки. Короткотривала психотерапія залежної поведінки фокусується лише на тих видах залежної поведінки, мислення та емоцій, які власне сприяють або являються наслідком залежності як такої. Поряд із завданням припинити вживання психотерапія ставить собі на меті також вирішення питань, пов'язаних і з іншими проблемними сферами життя наркозалежних, але фокусується на тут-і-зараз клієнта. Таким чином, метою короткотривалої терапії є корекція неадаптивної поведінки шляхом самомоніторингу та когнітивноповедінкових змін. Довготривала психотерапія окрім попередніх цілей має на меті також аналіз причин виникнення залежної поведінки та особистісні зміни, навчання клієнтів іншим способам звільнення від страждань крім наркотиків [16].

1.3. Характеристика психологічних засобів реабілітації наркозалежних осіб

Проблеми залежностей потребують комплексної психологічної реабілітації, яку в Україні можуть надати багато установ, що працюють за різними моделями. Так, наприклад метою біхевіоральної моделі реабілітації є навчання розпізнавати ситуації підвищеного ризику, через які може відбутися повернення до вживання наркотичної речовини, а також керування такими ситуаціями [17].

Більш загальні цілі реабілітації полягають у формуванні усвідомленої мотивації залежного на включення у реабілітаційний процес, кінцеву відмову від вживання психоактивних речовин, відновлення та формування суспільно-прийнятних особистісних та поведінкових навичок, які сприяють реадaptaції та ресоціалізації людини. Також до процесу реабілітації входять корекція та розвиток позитивної особистості залежного, дезактуалізація потягу до психоактивних речовин, попередження рецидивів, налагодження стосунків у сім'ї залежного, формування реальної життєвої перспективи. Т.Н. Дудко, В.А. Пузенко, А.А. Котельникова [11] виокремлюють в реабілітації людей з проблемами залежностей

таке поняття, як рівень реабілітаційного потенціалу – показник, що включає оцінку усіх етапів формування залежності, індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні, морально-етичні особливості та основний напрямок особистісного та соціального розвитку людини, її ціннісні установки.

Реабілітаційний потенціал не залишається сталим – він збільшується або зменшується в залежності від вибору тої чи іншої стратегії, яку спрямовано на відмову або поновлення вживання наркотичних речовин. Основними завданнями практичного психолога в реабілітаційному центрі є через психокорекційну роботу сприяння адаптації людей до умов реабілітаційного центру, залучення їх до діяльності центру, виявлення та допомога у вирішенні конфліктних ситуацій. Щодо психокорекційної роботи, то вважається за необхідне використовувати методи, які сприяють особистісному зростанню клієнтів, їхньому розвитку. Проблема залежності може вирішуватись тільки за умови бажання людини, тобто необхідний мінімальний рівень її мотивації. Таким чином, однією з найголовніших задач реабілітації є створення умов для посилення мотивації залежного до змін [19].

Виділяють два різновиди реабілітації наркозалежних — фізичну та психологічну. Методи фізичного впливу - це використання медикаментів, трудотерапії, спрямованих на детоксикацію та відновлення роботи внутрішніх органів. Психологічна реабілітація здійснюється за допомогою групових сеансів, арт-терапії, індивідуальних та колективних занять із психотерапевтом [33].

Етапи реабілітації наркозалежних. Мета системи реабілітації наркозалежних — відновлення особистості хворого, щоб він міг взяти під контроль свою поведінку та розпочати життя з чистого листа. Для цього на першому етапі потрібна детоксикація, а на другому — реабілітація при безпосередній роботі лікарів-психотерапевтів, психіатрів-наркологів, психологів, соціальних працівників, консультантів з числа наркоманів, що вилікувалися. Створюється соціальне оточення, яке забезпечуватиме хворому всю можливу підтримку медикаментозними та психологічними методами. Психологічна реабілітація наркозалежних передбачає застосування лікарських засобів для корекції

залишкових розладів, наприклад, депресії. У середньому перший етап триває три місяці.

Другий етап - застосування отриманих знань у реальному житті після виходу з реабілітаційного центру. На цьому етапі хворому необхідна підтримка в амбулаторних групах психологічної допомоги, а також сприяння працевлаштуванню. Дуже важливо, щоб одужуючий вірив у свої сили, а проблеми, що виникають, оцінював як розв'язувані і неунікальні.

Психологічні методи реабілітації наркозалежних різноманітні і включають:

- гіпноз;
- арт-терапію;
- аутогенну релаксацію;
- колективні сеанси психотерапії;
- працетерапію.

За допомогою гіпнозу фахівець вселяє хворому огиду до наркотику, зміцнює його волю і дає установку на тверезість та відновлення. Аутогенна релаксація використовується на додаток до основного методу і є самонавіюванням. За допомогою арт-терапії хворий розкриває свої здібності для відволікання від думок про наркотик, заспокоєння. Важливу роль процесі соціальної реабілітації грають групові сеанси психотерапії. Пацієнти об'єднуються, щоб відчутти себе частиною одного колективу та навчитися вибудовувати стосунки з оточуючими [34].

Працетерапія зараз є одним із найважливіших аспектів реабілітації наркозалежних. Спосіб у тому, що під керівництвом інструктора хворий кілька годин на день працює на свіжому повітрі або займається домашнім господарством. Поступово відбувається перехід на повний робочий день. Працетерапія спрямовано відновлення функцій пошкоджених органів, підвищення тонуусу організму. Відбувається стимуляція фізіологічних процесів в організмі хворого, він привчається до дисципліни, відволікається від думок про наркотик. На основі різних методів розроблено спеціальні програми реабілітації наркозалежних.

З них найбільш поширені такі:

- 12 кроків.

- Міннесота модель.
- Спосіб Маршака.

12 кроків Більшість відомих програм реабілітації розробляються на основі ідеології «12 кроків». За ними зараз лікуються десятки мільйонів наркозалежних у всьому світі. Ця програма соціальної реабілітації орієнтована на духовне зростання пацієнта та складається з 12 етапів. Хворі вчаться визнавати свої помилки, контролювати емоції, брати він відповідальність. Після проходження програми 12 кроків хворі починають займатися з реабілітологом. У цей час відбувається відновлення втрачених соціальних навичок, формування шаблонів поведінки, які допомагають налагоджувати контакти з іншими людьми. В результаті люди повністю адаптуються до реального Ця програма була створена в США ще в 1930-х роках, вона швидко поширилася в інших країнах. Зараз «12 кроків» — це ідеологія, на якій побудовані інші програми, — послідовний шлях від визнання нездатності людини самотійно впоратися з наркозалежністю до прийняття допомоги та усвідомленого початку змін у житті. За програмами з ідеологією «12 кроків» лікуються десятки мільйонів людей у всьому світі [35].

Метод Маршака. Курс реабілітації за методом Маршака складається із трьох етапів:

- Зняття ламання.
- Навчання медитації.
- Ресоціалізація.

Автор методики просить хворих приходити до клініки після того, як у них пройде абстинентний синдром. Він вважає, що якщо людина здатна перебороти абстинентний синдром, вона дійсно мотивована на лікування. У крайніх випадках симптоми ламання знімаються медикаментами у клініці. На другому етапі замість звичайних психотерапевтичних процедур для лікування використовують технології медитації та контролю тонкої енергії «кундаліні». Під час занять хворих просять згадувати стан ейфорії, що викликається наркотиками. В результаті пацієнти позбавляються залежності, замінюючи її медитативними практиками. На

заключному етапі хворому рекомендують відвідувати групи анонімних наркоманів. Такі заняття сприяють відновленню соціальних навичок людини [36].

Терапевтичні спільноти Реабілітація наркозалежних проходить ефективніше при розміщенні в терапевтичне співтовариство (therapeutic communities), де хворі з діагнозом «наркозалежність» спільно готуються до життя без наркотиків у зовнішньому світі. Життя в такому співтоваристві, підпорядковане загальному розпорядку і рухається загальними моральними цінностями, запускає неусвідомлений процес адаптивного пристосування. Старі цінності трансформуються і набувають здорового відтінку. Терапевтичною спільнотою формуються чіткі норми та стандарти, у яких немає місця наркотикам. Це модель соціуму, за якою, хворий може відновити і відпрацювати втрачені навички, знайти опору у вирішенні своїх проблем. Міннесотська модель Цей варіант реабілітації було розроблено на рубежі 1940–1950-х років шляхом переосмислення та доповнення ідеології «12 кроків». Це системний підхід до одужання наркозалежного, що передбачає активну участь близьких та рідних хворого, а також психологів – фахівців із хімічних залежностей [37].

Хімічна залежність у Міннесотській моделі розглядається як невиліковне захворювання, яке має властивість трансформуватися, загасаючи чи спалахуючи, а також «переходячи» з одних речовин на інші. Під час реабілітаційної роботи з наркозалежними може виникати ціла низка проблем, які пов'язані із реальною зміною поведінки осіб, які мають залежність від наркотичних речовин. Серед таких проблем виступає фрустрація щодо повсякденних життєвих труднощів, сумніви особистості у здатності до змін. Так, почуття безрадісного життя може викликати в осіб депресію або інші симптоми емоційних розладів. Такі явищами називаються гострими симптомами поствідмови. Вони є характерними для перших етапів відмови від вживання, так і в період реабілітації, і є симптомами зриву. Доречним у таких випадках виступає звернення до мотиваційних процесів людини, які відіграють неабияку роль у реабілітації наркозалежних. Зокрема, мотивація до самозмін є достатньою, коли індивід має бажання, здатність та готовність змінюватися. Відмінним від цього виступає поняття здатності до змін, яке означає

реальне володіння певними ресурсами до змін. Наркозалежні особи знаходяться в очікуванні результатів, вони мають бажання побачити позитивні ефекти саме від запропонованих змін. Наприклад, така особа має розуміти, що після припинення вживання наркотичних речовин у неї покращиться стан здоров'я, вона має бути переконана у позитивних наслідках змін. Іншим параметром мотиваційних процесів виступає самоефективність – віра у власну спроможність здійснити та виконати ці зміни. Саме цей параметр є головним та вирішальним. Таким чином, для того, щоб особа отримала впевненості у своїй спроможності до змін, ефективним виступає тренінг з гештальт терапії [38].

Ефективність даного тренінгу визначається створенням сприятливих умов для того, щоб у наркозалежної людини виникли позитивні судження про власні можливості організувати та виконувати власні дії, які необхідні для досягнення необхідних результатів. Тобто даний тренінг дає змогу визначити поведінку людей їхніми переконаннями щодо здатності до таких дій. Висока оцінка власних можливостей спонукає особу урізноманітнювати свої позитивні очікування, докладати зусилля, завдяки чому відбувається досягнення поставленої мети. Врешті, людина навчається самоконтролю та вибудовує своє майбутнє. Таким чином можуть створюватися як позитивні, так і негативні прогнози щодо себе, тобто люди з низькою самоефективністю не докладають зусиль до досягнення мети, оскільки не вірять у власні можливості [39].

Конструкт самоефективності, який покладений в основу тренінгу гештальт терапії, використовується для вирішення проблеми наркозалежності, оскільки він дає змогу контролювати вживання психоактивних речовин або утримуватися від їх вживання, тобто позитивне очікування щодо власної ефективності допомагає долати зриви. У процесі реабілітації значення самоефективності збільшується на стадіях дій та підтримування результатів реабілітації, коли людина постає перед багатьма труднощами, подолання яких потребує часу та певних зусиль. Конструкт самоефективності тісно пов'язаний із самооцінкою. Вона базується на когнітивних уявленнях людини про себе, локусі контролю, впевненості щодо власної участі у подіях свого життя, а також толерантності до фрустрацій, що відображає здатність

сприймати певне емоційне навантаження. Саме ці процеси викликають великі труднощі в осіб із залежностями, оскільки неадекватна самооцінка, екстернальний локус контролю та потреба у полегшенні неприємних, травмуючих почуттів належить до передумов вживання психоактивних речовин та розвитку залежностей [39].

Саме тому ефективним методом виступає тренінг з гештальт терапії, який був розроблений у 2003 році. Він базується на концепції гештальт терапії, метою якої є навчити людину отримувати задоволення від життя, на протипагу невиправданому стражданню. Спочатку цей метод використовувався у роботі з людьми, які страждають на депресію. Під час тренінгу людей навчають отримувати задоволення від того життя, яке вони мають, фокусувати увагу на тих об'єктах та переживаннях, що викликають задоволення. Такий тренінг підвищує толерантність до фрустрацій, оскільки наркозалежна людина навчається сприймати ситуацію та змінювати її без штучної зміни свого стану, що сприяє припиненню пошуку задоволення від наркотичних речовин [40].

Тренінг з гештальт терапії складається з п'яти блоків:

1) Самооцінка. Даний блок спрямований на підвищення самооцінки шляхом визначення позитивних рис у своєму характері, вчинках. На даному етапі учасники навчаються методам самопідкріплення, фокусуванню уваги на позитивних аспектах свого життя, а саме – самостереженню, самозвітуванню.

2) Стресостійкість. Блок спрямований на підвищення толерантності учасників до стресових ситуацій шляхом пошуку альтернативних реакцій. Фокусування на позитивних аспектах стресових ситуацій шляхом тренування конструктивних реакцій на стресові ситуації.

3) Цілепокладання. Блок спрямований на вироблення позитивного цілепокладання шляхом визначення власних цілей, ідентифікації почуттів щодо цілей, розрізнення цілей та засобів.

4) Я та інші. Блок спрямований на те, щоб навчити створювати позитивний зворотній зв'язок щодо інших людей шляхом ідентифікації почуттів до них, а також повідомляти про своє ставлення до інших людей.

5) Задоволення в роботі. Блок спрямований на визначення видів діяльності, цікавих для учасників тренінгу, визначення власної психологічної відповідності певній роботі порівняно з іншими видами діяльності, визначення часу та місця виконання справ, які приносять задоволення, визначення ресурсів для виконання справ, що є обов'язковими, але не приносять задоволення.

Експериментальна програма з гештальт-терапії для осіб з наркозалежністю спрямована на підвищення самосвідомості та самоефективності шляхом когнітивного реструктурування. За допомогою 10-ти модулів, що включають роботу з емоціями, незавершеними ситуаціями та розвитком соціальних навичок, учасники набувають інструментів для управління стресом та профілактики рецидивів. Ключовими елементами є техніка «порожнього стільця» та фокус на особистій відповідальності. Експериментальний тренінг з гештальт-терапії спеціально розроблений для осіб, які зіштовхнулися з проблемою наркозалежності. Програма спрямована на глибоку трансформацію особистості, сприяючи підвищенню самосвідомості та самоефективності. За допомогою когнітивного реструктурування учасники навчаються виявляти та змінювати негативні шаблони мислення, які підтримують залежну поведінку [45].

Постреабілітаційний супровід Ця частина реабілітації не в останню чергу залежить від наявності громадських та державних ініціатив підтримки колишніх наркоманів у їхньому прагненні повернутися до нормального життя, працевлаштуватися, знайти різні хобі. У нашій країні цей напрямок соціальної роботи розвинений слабо, тому розраховувати доводиться переважно на організовані при реабілітаційних центрах амбулаторні програми та допомогу рідних та близьких. Можна звернутися до підтримки церковних організацій. Духовна сторона питання дуже важлива, проте слід виявляти обережність при зустрічі з релігійними спільнотами, які під виглядом допомоги можуть переслідувати власні цілі, а саме пошук нових adeptів [39].

Робота з родичами (співзалежними) Якщо наркозалежний має сім'ю, вона зазвичай є співзалежною. Це проявляється спочатку у запереченні самої проблеми, а потім у бажанні вирішити її у стінах будинку, незграбними методами. Скандали,

загрози, заборони, придумана поспіхом система заохочень і покарань зазвичай обертаються посиленням наркозалежності та важкими наслідками як хворого та її психіки, так сім'ї загалом. Замість того, щоб зміцнитися, сімейні зв'язки слабшають, а іноді й зовсім перериваються [40].

Реабілітація наркоманів у зв'язку з цим обов'язково має включати роботу з родичами — надання їм психологічної допомоги, проведення освітніх заходів у вигляді лекцій, групової роботи. Можливості проведення реабілітації амбулаторно досить стійкою і вже апробованою є практика, що дозволяє проводити реабілітаційні заходи амбулаторно лише на другому етапі, коли йдеться про працевлаштування хворого та його повернення до соціуму [41].

Перший етап повинен проходити в стаціонарі або в реабілітаційному центрі, і пропускати його в жодному разі не можна. Прихильники цієї позиції вважають, що пацієнту необхідно постійно залишатися зайнятим, його день повинен бути розписаний по хвиликах, щоб не залишалася пауза, здатних спровокувати думки про вживання наркотиків. У цей період людина усвідомлює свою хворобу, визнає, що вона безсила перед нею, що залежність не лікується, і тому їй все життя доведеться жити із захворюванням і усвідомлено дотримуватися деяких основних правил. Саме тому важливо помістити хворого до реабілітаційного центру для наркозалежних. Різке повернення в колишнє соціальне середовище, повне спокус, без чітко усвідомлюваних нових установок, загрожує зривами і виходом хвороби на новий виток розвитку. Паралельно в таких реабілітаційних центрах одужуючі контактують із колишніми наркоманами-волонтерами, які перебувають у ремісії кілька років, які своїм прикладом доводять, що розпочати нове життя реально.

1.4. Гештальт-терапія як перспективний напрямок реабілітації наркозалежних осіб

Гештальт-терапія - це гуманістичний і екзистенціальний підхід у психології, розроблений Фріцом Перлзом, Лаурою Перлз і Полом Гудманом у середині ХХ століття. Основна увага в гештальт-терапії зосереджена на усвідомленні того, що

відбувається тут і зараз, а також на наданні можливості клієнту брати відповідальність за своє життя та вибір. У контексті наркозалежності гештальт-терапія допомагає людям краще зрозуміти власні потреби та емоції, що може знижувати ризик рецидиву.

Основні принципи гештальт-терапії [42].

- Усвідомлення. У рамках реабілітації наркозалежних гештальт-терапія допомагає клієнту розвивати усвідомлення своїх думок, емоцій, тілесних відчуттів і поведінкових реакцій на залежність. Терапевт працює з клієнтом, аби він усвідомлював, як його внутрішній стан впливає на взаємодію із зовнішнім середовищем та залежністю.

- Цілісність особистості. Гештальт-терапія розглядає наркозалежну людину як цілісну істоту, де всі аспекти (емоції, думки, фізичні відчуття та середовище) взаємопов'язані. Реабілітація через гештальт-підхід допомагає клієнту відновити внутрішню гармонію та інтегрувати свій досвід у новий спосіб життя без наркотиків.

- Зосередженість на теперішньому моменті. Для наркозалежних важливо зосередитися на тому, що вони можуть змінити в даний момент свого життя. Гештальт-терапія підкреслює значення проживання кожного моменту «тут і зараз», що допомагає уникнути заглиблення в минулі травми або страхи за майбутнє, пов'язані з залежністю [43].

- Феноменологічний підхід. Терапевт працює з тим, як клієнт сприймає свою залежність і реабілітацію. Це допомагає клієнту знайти унікальні шляхи розв'язання проблеми, враховуючи його індивідуальний спосіб бачення світу.

- Контакт і межі. Гештальт-терапія допомагає наркозалежним особам краще розуміти свої особисті межі у взаємодії з іншими людьми та середовищем. Це важливо для запобігання рецидивам, адже встановлення здорових меж допомагає уникати негативних впливів і ситуацій, що можуть спричинити повернення до залежності.

Переваги гештальт-терапії для наркозалежних [44]:

- Фокус на теперішньому моменті: Допомагає клієнтам зосереджуватися на реальних кроках для зміни життя зараз, а не занурюватися в минулі помилки чи тривожитися за майбутнє.

- Цілісний підхід: Ураховує всі аспекти особистості — думки, емоції, фізичні відчуття та соціальні зв'язки, сприяючи гармонізації внутрішнього світу.

- Акцент на самовизначенні: Допомагає клієнтам усвідомити свою відповідальність за життя та зробити свідомий вибір на користь одужання.

Обмеження гештальт-терапії для наркозалежних [45]:

- Може бути менш ефективною для тих, хто потребує більш структурованого підходу або має серйозні психічні розлади, пов'язані із залежністю.

- Процес самовиявлення та усвідомлення може бути емоційно важким і вимагати значних внутрішніх ресурсів від клієнта, що може бути викликом для деяких наркозалежних осіб [45].

Тренінг з гештальт-терапії для наркозалежних осіб спрямований на підвищення рівня самосвідомості, розвиток відповідальності та покращення емоційної регуляції. Саме цей метод, завдяки його технологічності, покладено в основу розробки програми проведення експериментальної дослідницько-корекційної роботи із залежними з метою підвищення їхньої самоефективності. Очікуваними результатами даного тренінгу є те, що підвищиться самоефективність наркозалежних за допомогою когнітивного реструктурування методом тренінгу з гештальт-терапії.

Програма складається з 10 сесій, кожна з яких має свою специфічну тему, спрямовану на інтеграцію особистого досвіду, роботу з емоціями та розвиток соціальних навичок. Учасники вивчають техніки усвідомлення своїх почуттів і потреб, а також навчаються ефективно взаємодіяти з іншими через здорову комунікацію.

Ключовим елементом тренінгу є робота з незавершеними емоційними ситуаціями, яка допомагає учасникам звільнитися від внутрішніх конфліктів. За допомогою технік, таких як «порожній стілець», учасники працюють над

особистими переживаннями та незавершеними справами, що сприяє зниженню стресу та емоційної напруги. Особлива увага приділяється розвитку навичок прийняття відповідальності за свої дії та життя, що є важливим у процесі реабілітації.

Тренінг також сприяє покращенню соціальної адаптації учасників, допомагаючи їм будувати здорові взаємини та розвивати стратегії профілактики рецидивів. Наприкінці програми учасники отримують практичні інструменти для управління стресом та підтримки свого психічного здоров'я після завершення терапії.

Висновки до першого розділу

Залежність від наркотиків є адаптивною поведінкою, що спрямована на полегшення болю, викликаного афектами, і на те, щоб на деякий час підвищити спроможність володіти собою і функціонувати. Вживання наркотику є відчайдушною спробою «вилікувати себе», подолати базові труднощі в сфері саморегуляції, що включають в себе якнайменш чотири основних аспекти психологічного життя: почуття, самооцінку, міжособистісні стосунки та турботу про себе. Таким чином, наркотична залежність – це поведінковий синдром з домінуванням потягу до отримання наркотиків та їх споживання в мотивації особистості, що зумовлений значними порушеннями у психосоціальному розвитку людини.

2. Наркотична залежність характеризується: - втратою контролю над вживанням; - амбівалентним ставленням до наркотиків; - труднощами в емоційній саморегуляції (непереносимість почуттів, крайність проявів, переважання негативних почуттів); - нестійкою самооцінкою, уявленням про себе, інших людей і загалом оточуючій світ; - стійкістю до реабілітаційних втручань, частих рецидивах; - негативними соціальними наслідками.

3. Основними групами факторів, що сприяють розвитку адиктивної поведінки у цілому й наркотизації зокрема, є моральна незрілість особистості,

порушене соціальне мікросередовище, індивідуально-біологічні особливості особистості та індивідуально-психологічні особливості й нервово-психічні аномалії особистості.

4. Психологічні чинники, які можуть призводити до наркозалежності, це підвищена тривожність, неадекватна самооцінка, слабка стресостійкість, залежність від слів та поведінки інших (зовнішній локус контролю), підвищена конфліктність та невміння знаходити конструктивні виходи з конфліктних ситуацій, невміння усвідомлювати і виражати почуття, слабкі адаптаційні здібності, неможливість більш-менш тривалого докладання вольових зусиль, схильність до інфантильної (дитячої) поведінки тощо. За наявності перелічених рис, наркозалежний не може адаптуватися до оточуючого соціального середовища і тому знаходить у наркотику можливість «втечі» від необхідності адаптації взагалі. Коли ж наркотизація почалася, то ці ж особистісні риси (до яких додаються ще й проблеми, пов'язані безпосередньо з дією наркотику) стають на шляху, заважаючи позбавленню від наркозалежності, навіть, якщо наркоман і розуміє, що його поведінка є саморуйнівною.

5. Проблема залежності може вирішуватись тільки за умови бажання людини, тобто необхідний мінімальний рівень її мотивації. Таким чином, однією з найголовніших задач реабілітації є створення умов для посилення мотивації залежного до змін. Особистісні характеристики осіб, що є залежними значно впливають на мотиваційні процеси щодо змін, адже такі конструкти як самооцінка, впевненість у собі, локус контролю визначають, якими будуть установки людини не тільки щодо реабілітації, але й до своєї спроможності змінюватися. Отже, для того, щоб дійсно впливати на такі процеси як готовність людини до змін, а не тільки на технічну спроможність справлятися з небезпечними ситуаціями, необхідно більш детально дослідити саме процеси, які впливають на впевненість людини щодо власного вміння досягати певних цілей, що складає поняття самоефективності.

6. Тренінг з гештальт-терапії для наркозалежних осіб має на меті підвищення самосвідомості, розвиток відповідальності та покращення емоційної регуляції.

Програма включає 10 сесій, кожна з яких присвячена різним аспектам психотерапії, що допомагають інтегрувати особистий досвід і розвивати соціальні навички. Учасники вчаться усвідомлювати свої почуття, потреби та практикують здорову комунікацію, що сприяє ефективній взаємодії з іншими. Важливим елементом тренінгу є робота з незавершеними емоційними ситуаціями, що допомагає знижувати внутрішні конфлікти та стрес. Техніки, такі як «порожній стілець», сприяють звільненню від емоційної напруги та розв'язанню особистих переживань. Учасники тренінгу розвивають навички прийняття відповідальності за свої дії та рішення, що є критичним у процесі реабілітації. Тренінг спрямований на покращення соціальної адаптації та навичок побудови здорових взаємин. Значна увага приділяється профілактиці рецидивів та розвитку стратегій управління стресом. Наприкінці програми учасники отримують практичні інструменти для підтримки психічного здоров'я після завершення терапії.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

2.1. Загальна характеристика дослідження

Базою проведення дослідження з впливу тренінгу гештальт терапії на самоефективність осіб з наркотичною залежністю обрано Центр психологічної допомоги «Наша справа», метою якого є соціально-психологічна реабілітація осіб з проблемами залежностей. Саме через основні методи роботи, які визначаються як соціально-психологічні було обрано цей заклад.

Для проведення дослідження було обговорено з керівництвом центру надання 2 тижнів для проведення тренінгу з гештальт терапії, що є частиною даного дослідження. Такий час було визначено за критеріями відповідності суттєвої частини тренінгу іншим видам діяльності реабілітаційного центру. Час проведення сесій тренінгу визначався внутрішнім розкладом установи. Загальний час проведення дослідження склав 4 тижні, що пов'язано з діагностичними етапами дослідження. Дослідження впливу тренінгу з гештальт терапії на самоефективність осіб із залежністю є поетапним, що впливає із його діагностичних та корекційних завдань.

Відповідними етапами є:

1. Проведення попереднього анкетування та тестування клієнтів за методиками: «Рівень самооцінки», «Особистісний диференціал», «Локус контролю» [10, 19, 25]. Тривалість цього етапу – два дні.

2. Проведення тренінгу з гештальт терапії із паралельним тестуванням клієнтів за методиками: «Самооцінка настрою та самопочуття» – щоденно, «Особистісний диференціал» – 4 рази, включно з початковим та кінцевим опитуванням. Тривалість - 10 днів.

3. Кінцеве анкетування та опитування клієнтів за методиками: «Рівень самооцінки», «Особистісний диференціал», «Локус контролю», «Незавершені речення». Тривалість - один день.

4. Відстрочене анкетування клієнтів. Тривалість – два дні. До участі в тренінгу з гештальт терапії залучені всі клієнти відділення, які перебували в програмі на час проведення дослідження, і строк абстиненції яких складав більш ніж 2 тижні. Це означає, що всі клієнти пройшли попередній мотиваційний етап реабілітації терміном два тижні і розпочали проходження основного етапу.

Такий вибір зумовлений наступними факторами:

- для клієнтів, що знаходяться в програмі менше двох тижнів необхідною є мотиваційна програма, що не є безпосередньою метою тренінгу з гештальт терапії;
- за правилами внутрішнього розпорядку установи, в якій відбувається дослідження, клієнти, що знаходяться в програмі менше 2 тижнів, не мають права участі в тематичних групах.

Особливостями дослідження є те, що клієнтам було запропоновано проходження тренінгу з гештальт терапії як додаткової активності, тобто у клієнтів була можливість обирати, приймати участь у цьому тренінгу чи ні. Також перед проведенням тренінгу клієнтів було попереджено про дослідження внаслідок чого кожен міг обрати собі кодове ім'я для збереження конфіденційності

2.2.Характеристика психодіагностичного інструментарію дослідження

Для досягнення мети дослідження — визначення впливу засобів гештальт-терапії на соціально-психологічну реабілітацію наркозалежних осіб, було використано низку психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити зміни в рівні самооцінки, усвідомлення емоцій, поведінкових тригерів та соціальної адаптації учасників.

Вибір інструментарію. Вибір методик базувався на необхідності оцінки як кількісних, так і якісних змін у психоемоційному стані учасників дослідження. Основними критеріями підбору були: валідність, надійність, адаптованість до умов дослідження та можливість виявлення змін під впливом терапевтичних заходів.

У дослідженні застосовувались наступні стандартизовані методики:

- Тест «Рівень самооцінки» (розробка Дембо-Рубінштейна) (додаток А).
- Особистісний диференціал (розробка Ч. Осгуда, адаптація С. Будассі).
- Рівень суб'єктивного контролю (розробка Дж. Роттера) (додаток Б)
- Методика «Самооцінка настрою та самопочуття» (автор — Б. Пономарьов) (додаток В).

Опис психодіагностичних методик

1. Тест «Рівень самооцінки». Методика Дембо-Рубінштейна дозволяє оцінити загальний рівень самооцінки досліджуваних та ідентифікувати його динаміку під впливом реабілітаційних заходів. У дослідженні тест застосовувався для визначення початкового рівня самооцінки наркозалежних осіб та змін після проходження тренінгів. Результати інтерпретувались у контексті самооцінювання учасниками своїх особистісних якостей, життєвих цілей та успішності [19].

2. Особистісний диференціал. Ця методика використовувалась для виявлення суб'єктивного ставлення респондентів до себе. Основною перевагою тесту є його здатність виявляти зміни в емоційному сприйнятті досліджуваних. Учасники оцінювали себе за трьома основними параметрами: «оцінка», «сила» та «активність». Методика допомогла відобразити позитивні зміни в самосприйнятті під впливом гештальт-терапії.

3. Рівень суб'єктивного контролю [10]. Ця методика дозволяє визначити ступінь відповідальності, яку респондент відчуває за події у своєму житті. Високий рівень суб'єктивного контролю свідчить про впевненість учасників у здатності впливати на своє життя, що є важливим критерієм ефективності реабілітації. У дослідженні за допомогою цієї методики оцінювалась динаміка розвитку відповідальності респондентів.

4. Самооцінка настрою та самопочуття [19]. Дана методика використовувалась для визначення поточного емоційного стану учасників. Респонденти оцінювали свій настрій, самопочуття та рівень тривожності.

Результати тесту дозволили простежити вплив гештальт-терапії на зниження тривожності та підвищення загальної задоволеності життям.

Процедура використання методик

Дослідження проводилось у два етапи: до початку тренінгів з гештальт-терапії та після їх завершення. Учасники виконували всі тести у спеціально підготовленому приміщенні Центру психологічної допомоги «Наша справа».

- На першому етапі дослідження тестування дозволило визначити початковий стан учасників за всіма показниками, що діагностувались.
- Після завершення курсу реабілітації учасники повторно пройшли тестування, що дозволило оцінити динаміку змін.

Обробка даних

Зібрані дані були оброблені за допомогою програми SPSS, що дозволило провести статистичний аналіз результатів. Для порівняння початкових та підсумкових показників використовувались методи описової статистики, тест Стьюдента для залежних вибірок та кореляційний аналіз.

Значущість інструментарію

Обраний психодіагностичний інструментарій забезпечив отримання об'єктивних даних про стан досліджуваних, дозволив виявити позитивну динаміку самооцінки, зниження рівня тривожності та підвищення рівня суб'єктивного контролю. Це підтвердило ефективність використання гештальт-терапії у соціально-психологічній реабілітації наркозалежних осіб.

Оскільки дослідження є якісним та діагностично-корекційним, то в ньому використовуються діагностичні методики, які дозволяють вимірювати показники самоефективності. Такими показниками відповідно до першого розділу даного дослідження, є рівень самооцінки респондентів, суб'єктивного локусу контролю. Важливим є врахувати всі складові самоефективності – когнітивну, емоційну діяльнісну. Саме тому основними діагностичними методами дослідження було обрано анкетування та тестування клієнтів денного центру, при чому тестування використовується як за стандартизованими методиками, так і за проективною, що

в сукупності з результатами розробленої анкети дозволяє зібрати якісний матеріал дослідження.

Для здійснення корекційної мети дослідження, а саме підвищення самоефективності, було модифіковано модель тренінгу з гештальт терапії, в основі якого лежать поведінкові методи, метою яких є розвиток когнітивних та поведінкових прийомів отримання задоволення та досягнення позитивного самопочуття [72].

Таким чином, у тренінгу використовуються такі методи когнітивного реструктурування як позитивний фокус уваги, моделювання, позитивне самопідкріплення. Серед поведінкових методів можна виокремити самоспостереження, тренування навичок шляхом участі в рольових вправах, іграх. Метою застосування цього методу є підвищення самоефективності учасників тренінгу шляхом навчання позитивному мисленню.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних емпіричного дослідження

Було сформовано тренінгову групу із 20 досліджуваних, з яких 60% – наркозалежні, 25 – алкозалежні, 15% – люди залежні від наркотичних речовин та алкоголю. Медіана віку – 26,5 років, наймолодшим учасникам – 23 роки, найстаршому – 28 років. Серед учасників 80% чоловіків і 20% жінок, медіанний вік початку споживання опіоїдів склав 16,5 років. На момент надходження в реабілітаційний центр 70 % досліджуваних не мали власної сім'ї, 20 % – одружені, 10 % – розлучені. Клінічну оцінку хворих згідно критеріїв МКХ-11 відповідного діагнозу проводив керівник відділу реабілітації, лікар вищої категорії зі спеціальності «Наркологія». В окремих випадках верифікований діагноз ставився прикріпленими до реабілітаційного центру лікарями психіатрами-наркологами України. Перебування досліджуваних в програмі сягає від 2 тижнів до 3 місяців, при чому більшість за цей період брали участь в тренінгових заняттях, що стосуються самопізнання, стосунків в сім'ї, ставлення до роботи

Оцінювання самоефективності досліджуваних із залежністю відбувалося за декількома методиками: оцінювання рівня самооцінки, особистісний диференціал, тестування з локусу контролю, «незавершені речення». Як було вказано в попередньому розділі, самооцінка людини має вплив на самоефективність, як і інтернальний локус контролю. Саме тому для оцінки самоефективності було обрано такі методики. Анкета, за якою відбувалося попереднє опитування учасників, включала в себе оцінку задоволеності собою у декількох сферах: ставлення до себе, цілепокладання, ставлення до роботи, інших людей, поведінка в стресових та конфліктних ситуаціях. В результаті опитування виявилось, що досліджувані найменш задоволені ставленням до себе – респонденти пояснюють таке ставлення виразами «не вмію себе любити», часто вживають слова «правильний», «неправильний» у відношенні до себе, що може свідчити про неприйняття себе, бажання відповідати певній „нормі”, яка вважається правильною (Рис.2.1).

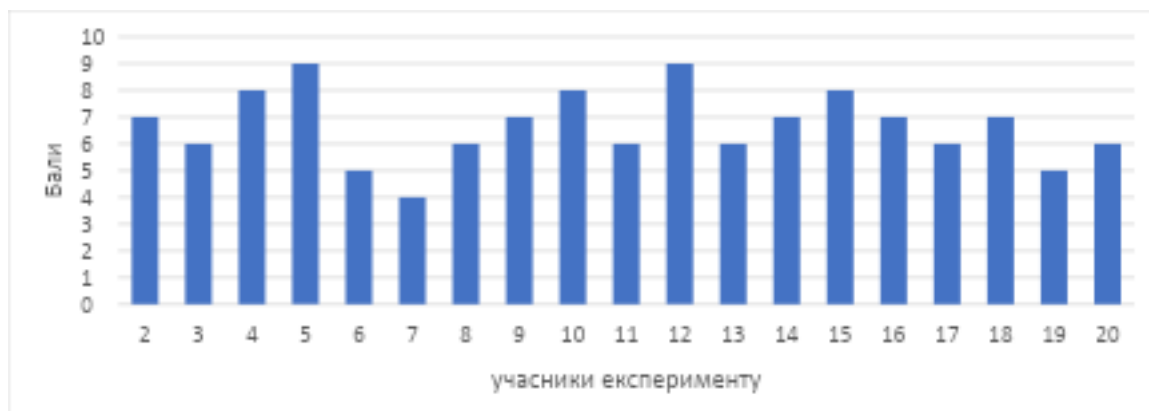


Рис.2.1. Задоволеність пацієнтів у параметрі «ставлення до себе», балів по десятибальній шкалі

Результати дослідження за тестом «Рівень самооцінки» частково співпадають з цими визначеннями, хоча такі дані є дещо суперечливими – жоден з учасників не продемонстрував рівня самооцінки, який можна кваліфікувати як „низький”, але середні результати наближаються скоріше до «низького», ніж до «високого». Середній бал з «рівня самооцінки» до тренінгу складав 65, що відповідає середній самооцінці, при чому крайні результати коливались від 84 та 45 (Рис.2.2).



Рис. 2.2. Рівень самооцінки учасників на початку тренінгу з гештальт терапії

Результати 0-43 відповідають високій самооцінці, 43-86 – середній, 86-128 – низькій.

Методика особистісного диференціалу дозволяє проаналізувати складові самооцінки респондентів – що саме не задовольняє їх у собі. Так, показники «оцінки» за цією методикою в середньому є досить високими – 10 балів з найнижчим результатом «-3» та найвищим – «20» (табл.2.1). Такі значення можуть свідчити про те, що в групі існує тенденція до високої оцінки своєї «хорошості». Набагато нижчі результати отримані з показників «сили» – 4,25 бали (з найнижчим «-2» та найвищим «9») та «активності» – 2,53 бали. Можна припустити, що не зважаючи на прийняття клієнтами себе, у них існує проблема залежності від оцінок інших, невпевненість у собі.

Результати попереднього тестування учасників тренінгу з методики «Особистісний диференціал» представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати попереднього тестування учасників тренінгу з методики
«Особистісний диференціал» (шкала від «-21» до «21» балів).

	Оцінка	Сила	Активність
1	12	7	7
2	-3	5	-9
3	11	6	-4
4	14	2	4
5	18	9	6
6	11	7	10
7	2	6	2
8	20	4	4
9	1	-2	1
10	12	7	-2
11	5	4	2
12	14	1	-2
13	19	-2	14
14	11	3	4
15	12	1	-1
16	9	4	2
17	7	-1	2
18	13	-2	-2
19	19	6	3
20	1	1	-2
Середнє значення	10,46	4,25	2,53

Методика особистісного диференціала відображає уявлення, що сформувалися в нашій культурі, про структуру особистості. Метою її розробки було створення компактного та валідного інструменту вивчення певних властивостей особистості, її самосвідомості, міжособистісних відносин, який міг би бути застосований у клініко-психологічній та психодіагностичній роботі, а також у соціально-психологічній практиці. Випадковим чином вихідний набір характеристик було розбито на 6 списків по 20 характеристик. Застосовувалися три паралельних способу класифікації характеристик усередині кожного з цих списків.

Ці результати відповідають також показникам рівня суб'єктивного контролю, який у даній групі має переважно середні значення, крім показників контролю досягнень та міжособистісних стосунків (Таблиця 2.2). Потрібно зазначити, що 5,5 балів – середній рівень інтернальності 5-10 балів – інтернальний локус контролю 0-5балів – екстернальний.

Таблиця 2. 2

Рівень суб'єктивного контролю учасників до та після тренінгу

	Інтернальність						
	загальна	досягнень	невдач	в сімейних стосунках	В роботі	в міжособистісних стосунках	у ставленні до здоров'я
Середнє першого показника (КГ)	5,692433	5,769412	5,952731	5,61135	5,72041	6,574553	6,581813
Середнє другого показника (КГ)	5,911745	5,817420	5,942227	5,550129	5,88894	6,544729	6,439207
Різниця показників (КГ)	0,220512	0,048008	-0,010504	-0,062021	0,16853	0,029824	0,142606
Середнє першого показника (ТГ)	5,769231	6,576923	5,5	5,269231	5,307692	6,576923	5,815385
Середнє другого показника (ТГ)	6,115385	7,238462	6,230769	5,923077	5,730769	7,423077	5,153846
Різниця показників (ТГ)	0,346154	0,661538	0,730769	0,653846	0,423077	0,846154	-0,66154
Різниця змін показників (КГ порівняно із ТГ)	0,125558	0,613530	0,741273	0,715870	0,254546	0,875978	0,518934

Опитування осіб, залежних від опіоїдів на предмет суб'єктивної оцінки впливу наркотику показало, що: 80 % обстежуваних вважають вживання опіоїдів проблемою, 65 % реабілітантів повідомили, що вживання наркотику було зумовлене певними обставинами; 60 % вказали на наявність проблем із законом; 95 % вважають, що вживання опіоїдів вплинуло на їхнє соціальне життя.

Значна частина реабілітантів (70 %) шукають когось, щоб розповісти про свою проблему. 45 % респондентів опитаних повідомили, що продовжують зберігати контакт із попереднім колом спілкування та впевнені в своїх силах протистояти негативному впливу друзів, що вживають ПАР. За результатами опитування з'ясовано, що більшість досліджуваних (70 %) мали періоди ремісії, чверть (25 %) намагалися раніше пройти реабілітацію.

Виходячи з отриманих результатів та порівняння з результатами дослідження контрольної групи складено типовий портрет осіб, залежних від опіоїдів. Виявлено, що залежні особи схильні до регулювання своїх почуттів та поведінкових зусиль, що спрямовані на втечу або уникнення невдач, а також мають занижений показник фізичного та психологічного компонентів здоров'я відносно групи умовно здорових людей.

Виявлено значущі відмінності щодо показників сенсожиттєвих орієнтацій осіб, залежних від опіоїдів. З'ясовано, що показники сенсожиттєвих орієнтацій мають нижчі рівні, ніж у групі здорових досліджуваних:

цілі ($U = 891, Z = 3,4$ при $p = 0,0006$),

процес ($U = 993, Z = 2,9$ при $p = 0,003$),

результат ($U = 750,5, Z = 4,1$ при $p = 0,00004$),

локус контроль-Я ($U = 825,5, Z = 3,1$ при $p = 0,0002$),

локус контроль-життя ($U = 927,5, Z = 3,3$ при $p = 0,001$),

загальна усвідомленість в цілому ($U = 745, Z = 4,2$ при $p = 0,00003$).

Таким чином, у залежних осіб значно частіше спостерігалось:

- відсутність в житті цілей на майбутнє, які надають життю сенсу, спрямованість та часову перспективу;

- незадоволеність теперішнім життям;

- незадоволеність прожитим життям;

- уявлення про себе як про досить слабку особистість, низький самоконтроль;

- зневіра в можливість впливати на своє майбутнє.

Поряд із низькими показниками сенсожиттєвих орієнтацій залежних осіб характеризували, також, нижчі показники за шкалою емпатії ($U = 815, Z = 2,4$ при

$p = 0,01$), що свідчить про те, що наркозалежні з першої групи мали значні труднощі у встановленні контактів з оточуючими, некомфортно почували себе у великій компанії, не розуміли емоційних проявів та вчинків, часто не знаходили взаєморозуміння з оточуючими.

Порівняння рівнів розвитку вольового самоконтролю показало, що у другій групі

рівень розвитку самовладання ($U = 682, Z = 2,3$ при $p = 0,002$),

наполегливості ($U = 505, Z = 3,4$ при $p = 0,0007$)

загальний показник вольового самоконтролю ($U = 692, Z = 2,2$ при $p = 0,03$) вищий, ніж у осіб залежних, тобто досліджувані наркозалежні від опіоїдів проявляють імпульсивність, образливість, невпевненість, що може призводити до зниженого фону активності та працездатності, непослідовності поведінки, а також зумовлювати тенденції до вільного трактування соціальних норм. До того ж, останні частіше, ніж представники другої групи, є емоційно нестійкими та мають низьку рефлексивність і самоконтроль.

В результаті порівняння параметрів міжособистісних відносин груп наркозалежних та здорових досліджуваних виявлено, що особи, залежні від опіоїдів, виявляють вищу егоїстичність, агресивність, підозрілість, а також тенденцію до вищого рівня домінування ($p = 0,08$) (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Результати порівняння особливостей міжособистісних відносин у групах (за методикою Т. Лірі)

<i>Параметри міжособистісних відносин</i>	<i>U-критерій</i>	<i>Z-коефіцієнт</i>	<i>P-рівень значущості</i>
Домінуючий	1147,5	-1,7	0,085
Дружелюбний	1293,5	1,0	0,338
Авторитарний	1289,5	1,0	0,328
Егоїстичний	1074,5*	-2,1	0,035
Агресивний	1085,5*	-2	0,042
Підозрілий	988*	-2,6	0,010
Підпорядкований	1196,5	-1,5	0,142
Залежний	1279	-1,0	0,301
Доброзичливий	1405	0,4	0,709
Альтруїстичний	1083,5*	-2,1	0,039

Примітка. * – відмічені значущі U-критерії.

З'ясовано також, що реакція на захворювання є важливим чинником, що впливає на перебіг патологічних процесів. Крім того, реакція на хворобу, ставлення до неї значною мірою визначають реабілітаційний потенціал хворого. З'ясування ступеню соціальної значущості захворювання для конкретної особи дозволяє обрати напрямки, які слід розглядати як «мішені» психотерапевтичного впливу в процесі реабілітації. Подальша соціальна адаптація залежної особи від опіоїдів значною мірою залежить від внутрішньої картини хвороби: в ході емпіричного дослідження було з'ясовано, що на мотиваційну та емоційну складові внутрішньої картини хвороби впливає рівень самооцінки соціальної значущості хвороби. Для детального аналізу вираженості тривоги і депресії споживачів наркотиків за шкалою HADS нами було проведено частотний аналіз, результати якого представлено у табл.2.4.

Таблиця 2.4

Показники тривоги і депресії осіб, залежних від опіоїдів (за Госпітальною шкалою тривоги і депресії)

Рівень вираженості	Тривога	Депресія
Норма	5%	10%
Субклінічно виражена тривога/депресія	10%	5%
Помірно виражена тривога/депресія	25%	65%
Важка форма тривоги/депресії	60%	20%

Відповідно до даних, отриманих за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (далі HADS), досліджуваним властива важка форма тривоги (понад 15 балів) і помірно виражена депресія (результат у діапазоні 11–15 балів). За результатами діагностики встановлено, що більшості залежним від опіоїдів властива важка форма тривоги (60 %) і помірно виражена депресія (65 %), у 5% діагностовано невираженість тривоги, а у 10 % – депресії за шкалою HADS.

Тобто у досліджуваних спостерігається більша вираженість тривоги ніж депресії, за критерієм Мана-Уїтні, дані відмінності статистично значущі ($U=373,0$, $Z=-4,633$, при $p=0,003$). Нами виокремлено групу споживачів наркотиків із вираженими як тривогою, так і депресією, яких виявилось 70 % від усієї кількості досліджуваних цієї категорії. Варто зазначити, що в осіб із клінічно вираженою тривогою і депресією спостерігалася найвища середня добова доза наркотику. Крім того, високі показники тривоги та депресії характерні на початкових стадіях утримання від вживання опіоїдів.

Для вивчення психологічних ознак у осіб, залежних від опіоїдів, нами було використано Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R). У споживачів наркотиків практично усі показники вищі за нормативні, найбільше у них виражені такі симптоми, як тривожність (1,69), депресія (1,50), obsесивно-компульсивні розлади (1,35) і агресивність (1,31).

За результатами статистичного аналізу з використанням t-критерію для одновибіркових статистик виявлено значущі відмінності у результатах залежних

осіб і нормативних даних за наступними шкалами: Обсесивно-компульсивні розлади ($t=10,811$, $p=0,001$), Депресія ($t=9,290$, $p=0,002$), Тривожність ($t=9,381$, $p=0,001$), Агресивність ($t=10,003$, $p=0,001$), Параноїдність ($t=3,420$, $p=0,05$), Психотизм ($t=3,395$, $p=0,05$) і Загальний індекс важкості симптомів ($t=8,731$, $p=0,003$). Такі дані свідчать про значну специфіку особистісних розладів осіб, залежних від опіоїдів.

Опитування наприкінці тренінгу відбувалося за анкетною методикою: «рівень самооцінки», «локус контролю», «особистісний диференціал». Так, за анкетною визначаються сфери задоволеності собою. Порівняно з першим опитуванням, значно підвищився рівень «ставлення до себе», тобто клієнти більше задоволені собою у цій сфері. Середній бал за цим параметром складає 6,75 з 10 з діапазоном від 3 до 9 балів. Серед коментарів клієнтів щодо суджень про себе переважають такі, як «Став більше себе поважати», «Більше ціную свої досягнення» (рис 2.3).

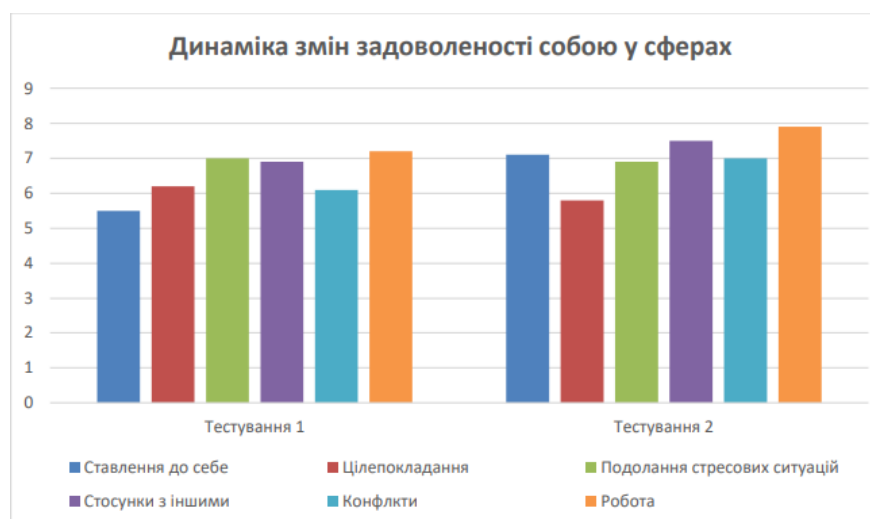


Рис. 2.3. Динаміка змін у задоволеності собою щодо різних сфер життя

Таким результатам відповідає і рівень самооцінки клієнтів, який в середньому піднявся на 9 балів, при чому в двох клієнтів піднявся на 25 балів та досяг рівня «високої самооцінки». Тільки в двох учасників знизився рівень самооцінки, при чому незначно (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Різниця відносно первинного опитування у рівні самооцінки клієнтів внаслідок тренінгу

Для того, щоб підтвердити наше припущення про те, що самооцінка включає не тільки когнітивні судження про себе, а й впевненість у своїх діях, необхідно порівняти попередні результати із даними методик вимірювання локусу контролю та особистісного диференціалу. Так, за показниками особистісного диференціалу, параметр «оцінки» порівняно з початком тренінгу трохи знизився з незначними коливаннями протягом тренінгу. Таким чином, у клієнтів або не змінилося або зменшилося відчуття себе особистістю, позитивне визначення своїх якостей. Здається, що стрімке зростання результатів за методикою «Рівень самооцінки» не співпадає з результатами особистісного диференціалу. Але, якщо звернути увагу на параметр «сили», то порівняно з першими результатами він дуже підвищився, тобто клієнти відчувають більше контролю за своїм життям, більш впевнені у собі (рис.2.5).

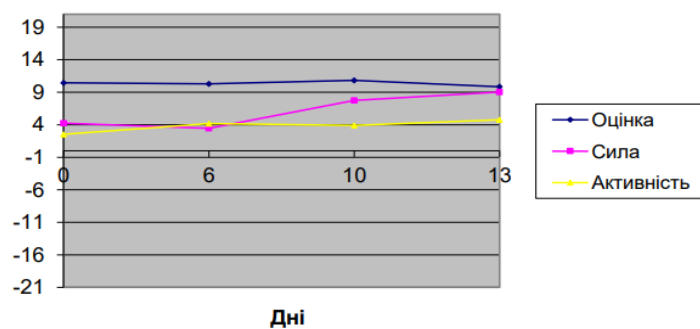


Рис. 2.5. Середній рівень змін у таких параметрах «особистісного диференціалу»

Крім опитування клієнтів за певними методиками, наприкінці тренінгу відбулося обговорення того, наскільки сподобався тренінг, чи був він корисним, що у клієнтів виходить робити, а що – ні. Більшість з клієнтів говорять про те, що в них вдається реагувати на критику та шукати позитиви у негативних ситуаціях. Найбільш проблематичним вважають кількість учасників – дуже багато інформації, яку важко „переварити” за довгий час усім учасникам. Важливим для себе клієнти визначають можливість спілкуватися на групі, легкість подання матеріалу. Усі клієнти вважають, що тренінг з гештальт терапії є необхідним не тільки для людей із залежністю, а і для всіх інших.

За зворотнім зв'язком ко-тренера, тренінг має логічну структуру, є досить інформаційно наповненим. Але у роботі не вистачає активізуючих вправ, на що зауважують і клієнти – група досить сильно втомлюється через наповненість занять. Також варто змінювати методи групової роботи – робити меншу кількість дискусій у випадку багаточисельної групи. Тренінг з гештальт терапії включав у себе 8 сесій та тривав 9 днів. Щодня клієнти оцінювали своє самопочуття та настрої, а також тричі протягом тренінгу було повторно проведено опитування з методики особистісного диференціалу. Таким чином, можна відслідковувати настрої, сприйняття клієнтами окремих тем, ефект, який відбувався протягом тренінгу. Варто зауважити про організаційні передумови тренінгу тому, що вони могли значно вплинути на результати. Такими чинниками, по-перше, можна назвати часті простудні захворювання, внаслідок чого частина учасників початок тренінгу відвідували епізодично, інші здавалися стомленими, адже не всі, хто хворів не ходили на заняття.

2.4. Опис проходження тренінгу з гештальт-терапії. Практичні рекомендації щодо підвищення самоефективності наркозалежної молоді.

Тренінг з гештальт-терапії для наркозалежних осіб

Мета тренінгу: Допомогти наркозалежним особам підвищити рівень самосвідомості, навчити їх ефективно виражати свої емоції та потреби, а також

розвинути відповідальність за власні рішення і вчинки. Тренінг спрямований на зміцнення психологічного здоров'я та соціальної адаптації через методи гештальт-терапії.

Структура тренінгу

1. Тривалість: 10 тижнів, 1 раз на тиждень (2-3 години на сесію).
2. Кількість учасників: 8-12 осіб.
3. Ведучі: гештальт-терапевти.

Теми та зміст сесій

Сесія 1: Знайомство і встановлення безпечної атмосфери

- Мета: Створити довірливу атмосферу та познайомити учасників один з одним.

- Техніки:

- Вправа «Коло імен» – кожен учасник представляється та називає свої очікування від тренінгу.

- Обговорення правил групової роботи (конфіденційність, активна участь, взаємопідтримка).

- Створення «контракту» на роботу в групі (письмова угода про зобов'язання на тренінгу).

Сесія 2: Усвідомлення своїх почуттів і потреб

- Мета: Навчити учасників розпізнавати і усвідомлювати свої почуття та потреби.

- Техніки:

- Вправа «Контакт з тілом» – кожен учасник звертається увагу на свої тілесні відчуття (напруження, розслаблення) і ділиться спостереженнями.

- Техніка «Я-повідомлення» – учасники вчаться говорити про свої почуття, використовуючи форму: «Я відчуваю... коли...».

- Обговорення ситуацій, коли учасники не усвідомлюють своїх потреб, і як це впливає на їхню поведінку.

Сесія 3: Взаємодія з іншими через діалог

- Мета: Сприяти розвитку навичок здорової комунікації та побудови діалогу.

- Техніки:

- Вправа «Діалог у парі» – кожен учасник спілкується з іншим про свої відчуття під час певної ситуації, використовуючи техніки активного слухання.

- Техніка «Присутність у моменті» – фокусування на тому, як учасники взаємодіють один з одним у теперішньому моменті.

Сесія 4: Відповідальність за вибір

- Мета: Розуміння власної відповідальності за прийняті рішення.

- Техніки:

- Вправа «Вибір і наслідки» – кожен учасник ділиться прикладом ситуації зі свого життя, де він зробив вибір, і аналізує, як це вплинуло на його подальші дії.

- Обговорення теми відповідальності за свої дії та життя в контексті залежності.

Сесія 5: Робота з незавершеними справами (гештальтами)

- Мета: Допомогти учасникам зрозуміти і завершити свої внутрішні конфлікти або емоційно незавершені ситуації.

- Техніки:

- Техніка «Порожній стілець» – учасники уявляють людину або ситуацію, яка викликає в них незавершені почуття, і «розмовляють» з нею через порожній стілець.

- Обговорення, як незавершені ситуації можуть сприяти виникненню залежності.

Сесія 6: Конфронтація з реальністю

- Мета: Навчити учасників справлятися з реальністю без вживання наркотиків.

- Техніки:

- Вправа «Театр життя» – учасники розігрують сцени з їхнього життя, де виникають труднощі, і обговорюють альтернативні варіанти реагування на виклики.

- Обговорення реальних життєвих проблем і способів їх вирішення.

Сесія 7: Відносини та взаємодія з оточенням

- Мета: Покращення навичок встановлення здорових міжособистісних стосунків.

- Техніки:

- Вправа «Побудова стосунків» – учасники обговорюють свої труднощі у взаєминах та працюють над стратегіями покращення.

- Техніка «Зворотній зв'язок» – кожен учасник отримує від групи зворотній зв'язок про свої сильні та слабкі сторони у взаємодії.

Сесія 8: Прийняття себе та інтеграція досвіду

- Мета: Підвищити рівень самоприйняття і інтеграцію нових знань у повсякденне життя.

- Техніки:

- Вправа «Я-дзеркало» – кожен учасник пише та озвучує свої позитивні якості.

- Медитація «Інтеграція досвіду» – учасники уявляють, як вони використовують нові знання в житті після завершення тренінгу.

Сесія 9: Профілактика рецидивів і стабілізація досягнутого

- Мета: Ознайомити учасників з методами профілактики рецидивів.

- Техніки:

- Вправа «План на майбутнє» – учасники складають план дій для запобігання рецидивам і підтримки здорового способу життя.

- Обговорення можливих викликів і як їх долати.

Сесія 10: Завершення тренінгу і прощання

- Мета: Підсумувати отримані знання і досвід, закріпити позитивні зміни.

- Техніки:

- Вправа «Коло підтримки» – учасники діляться своїми враженнями від тренінгу і тим, як вони відчують зміни у своєму житті.

- Техніка «Прощання» – символічна вправа для завершення терапевтичного процесу і прощання з групою.

Очікувані результати

1. Психологічні: підвищення рівня самосвідомості, емоційної стабільності та відповідальності.

2. Соціальні: покращення міжособистісних стосунків та інтеграції в суспільство.

3. Практичні: розвиток навичок саморегуляції, управління стресом і профілактики рецидивів.

Тренінг сприяє формуванню здорового, відповідального та усвідомленого способу життя, що є важливим етапом у процесі реабілітації наркозалежних осіб.

Для підвищення самоефективності людей із залежністю в умовах реабілітаційних установ необхідно:

1. Враховувати у реабілітаційному процесі конструкт самоефективності та використовувати методи його підвищення, а саме:

- використання наснажуючого та підкріплюючого стилю консультування та спілкування з клієнтами, що відповідає такому джерелу самоефективності, як вербальне переконання.

- надання частини контролю клієнту – цьому може сприяти як стиль консультанта, так і звернення до минулого успішного досвіду клієнта.

- залучення до роботи в агенції людей із залежністю, що відповідає такому джерелу самоефективності, як замісний досвід.

- використання у груповій та індивідуальній роботі методів когнітивного реструктурування, а саме зміни фокусу з негативних на позитивні емоції, навчання самопідкріпленню.

Психокорекційна робота має бути спрямована на відновлення емоційної адекватності, вміння диференціювати позитивні та негативні емоції з акцентом на пріоритет позитивних при вирішенні особистих та соціальних задач.

2. Дослідити довгостроковий вплив таких втручань після закінчення реабілітації клієнтом з використанням додаткових оцінкових методик, які визначають самоефективність.

Для оптимізації проведення тренінгу з гештальт терапії, необхідно:

1. Бажано використовувати гнучкі та швидкі самооцінки настрою, самопочуття.

2. Необхідно зважати на такі явища як захворювання, епідемії, оскільки хворобливий стан дуже впливає на результати оцінювання.

3. Тренінг з гештальт терапії варто продовжити з таких тем, як “Спілкування в родині”, “задоволення в роботі”, оскільки ці теми зачіпають досить проблематичні сфери в житті людей із залежністю – варто звернути більше уваги на групові дискусії з цих тем, включити більше рольових вправ щодо відігравання почуттів.

4. Не варто нехтувати активізуючими вправами, навіть якщо в занятті дуже багато активностей, але мало часу. Без проведення таких вправ учасники досить швидко втомлюються, знижується ефективність роботи.

5. До проведення тренінгу з гештальт терапії необхідно долучати індивідуальну роботу, адже тільки тренінгова робота не дає змогу клієнтам інтерналізувати те нове, що вони знаходять у групі – необхідно більше часу та зусиль, індивідуальний підхід.

6. Варто ввести правила щодо приєднання до групи – на початку наступного блоку сесій. Також важливо мати альтернативи проходження групових занять для тих клієнтів режимних установ, які не встигли приєднатися до групи.

7. Чисельність групи має бути невисокою – 8-10 людей, оскільки тренінг є насиченим та досить тривалим.

Також необхідно додавати активізуючі вправи для того, щоб клієнти мали змогу переключити увагу та відпочити.

8. Крім того, необхідно дослідити довгостроковий вплив таких втручань після закінчення реабілітації клієнтом з використанням додаткових оцінкових методик, які визначають само ефективність, що і стане наступним кроком у наших наукових розвідках.

Підвищення самоефективності наркозалежної молоді є важливим аспектом реабілітації та інтеграції в суспільство.

Практичні рекомендації повинні включати:

- психологічну підтримку - індивідуальні та групові терапії, спрямовані на формування впевненості у своїх силах;
- навчання життєвим навичкам - розвиток стійкості до стресу, комунікативних навичок, управління часом;
- соціальну інтеграцію, а саме залучення до волонтерства, спортивних чи творчих заходів;
- освітні програми, оскільки навчання професійним навичкам для побудови кар'єри сприятиме інтеграції в суспільство;
- підтримка сім'ї - робота з родиною для створення стабільного середовища;
- моніторинг прогресу - регулярне оцінювання досягнень і позитивне підкріплення.

Ці кроки сприяють відновленню довіри до себе та оточення.

Практичні рекомендації щодо підвищення самоефективності наркозалежної молоді.

1. Залучайте методи гештальт-терапії для розвитку усвідомлення власних почуттів, потреб і поведінкових тригерів, що сприяє підвищенню самооцінки та самомотивації.
2. Допоможіть молоді виявити та розвивати свої сильні сторони, що підвищить їхню віру у власні можливості.
3. Використовуйте інтерактивні завдання, які сприяють формуванню почуття відповідальності за власне життя.
4. Забезпечте безпечне середовище, де молодь зможе відкрито висловлювати свої почуття без страху бути осудженими.
5. Проведіть тренінги з розвитку стресостійкості та емоційного самоконтролю.
6. Використовуйте техніки візуалізації майбутніх успіхів, щоб сформуванню позитивне ставлення до майбутнього.
7. Допоможіть молодим людям встановлювати досяжні цілі, які будуть мотивувати їх до дій.

8. Створіть умови для участі в групових активностях, що сприяють формуванню соціальних зв'язків.
9. Проведіть тренінги з ефективного спілкування, що допоможуть молоді будувати здорові стосунки.
10. Залучайте молодь до творчих занять, які допоможуть виразити емоції та підвищити самооцінку.
11. Створіть умови для розвитку талантів і хобі, які можуть стати джерелом гордості за себе.
12. Регулярно відзначаєте досягнення молоді, навіть незначні, щоб підтримувати мотивацію.
13. Допоможіть молодим людям освоїти навички управління часом та планування своїх дій.
14. Використовуйте техніки медитації або майндфулнес для зменшення тривожності та підвищення концентрації.
15. Проводьте спеціалізовані тренінги для розвитку адекватного самосприйняття.
16. Використовуйте приклади успішних історій реабілітації, щоб мотивувати молодь на позитивні зміни.
17. Забезпечте доступ до індивідуальних сесій із психологом для опрацювання внутрішніх конфліктів.
18. Включіть сімейних членів у терапевтичний процес для створення підтримуючого середовища вдома.
19. Розвивайте у молоді здатність вирішувати конфлікти конструктивно, без негативного впливу на психічний стан.
20. Організуйте програми постреабілітаційної підтримки, щоб допомогти молоді інтегруватися в суспільство та уникнути рецидивів.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження підтвердило ефективність використання гештальт-терапії у соціально-психологічній реабілітації наркозалежних осіб. Психодіагностичний інструментарій дозволив виявити значні зміни у рівнях самооцінки, тривожності та усвідомлення емоцій учасників після проходження реабілітації.

Базою проведення дослідження з впливу тренінгу гештальт терапії на осіб з наркотичною залежністю обрано реабілітаційне відділення Центру психологічної допомоги «Наша справа», метою якого є соціально-психологічна реабілітація осіб з проблемами залежностей. Саме через основні методи роботи, які визначаються як соціально-психологічні було обрано цей заклад.

Для проведення дослідження було обговорено з керівництвом центру надання 2 тижнів для проведення тренінгу з гештальт терапії, що є частиною даного дослідження. Такий час було визначено за критеріями відповідності суттєвої частини тренінгу іншим видам діяльності реабілітаційного центру. Час проведення сесій тренінгу визначався внутрішнім розкладом установи. Загальний час проведення дослідження склав 4 тижні, що пов'язано з діагностичними етапами дослідження.

Застосовані методики, зокрема „Рівень самооцінки” та „Рівень суб'єктивного контролю”, підтвердили покращення соціальної адаптації клієнтів. Аналіз отриманих даних показав позитивну динаміку розвитку самоефективності учасників дослідження. Учасники, які пройшли тренінги з гештальт-терапії, продемонстрували зниження рівня тривожності та підвищення впевненості у власних силах.

Тренінги сприяли формуванню відповідальності за власне життя, що стало важливим кроком до ресоціалізації. Результати підтвердили доцільність застосування інтегративного підходу у реабілітації, який поєднує терапевтичні й соціальні інструменти.

Отримані дані мають практичне значення, оскільки дозволяють вдосконалити програми психологічної допомоги наркозалежним особам. Зниження ризику рецидивів у групі учасників, які використовували гештальт-підхід, свідчить про його довгострокову ефективність. Застосування гештальт-терапії може бути рекомендоване для подальшого впровадження в реабілітаційні програми національного рівня.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз підтвердив, що гештальт-терапія є дієвим методом реабілітації наркозалежних осіб, спрямованим на інтеграцію емоційного та соціального досвіду. У процесі дослідження підбрано ефективний психодіагностичний інструментарій, який дозволив об'єктивно оцінити зміни у стані клієнтів.

2. Розроблено та апробовано програму соціально-психологічної реабілітації, яка показала значний позитивний вплив на самооцінку, адаптацію та усвідомлення емоцій учасників. Встановлено, що інтеграція методів гештальт-терапії дозволяє знизити рівень тривожності та підвищити рівень суб'єктивного контролю. Програма тренінгів виявилася ефективною для покращення соціальної адаптації та зменшення ризику рецидивів.

3. Дослідження впливу тренінгу з гештальт терапії є поетапним, що впливає із його діагностичних та корекційних завдань. Відповідними етапами є:

- Проведення попереднього анкетування та тестування клієнтів за методиками: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Локус контролю”, „Незавершені речення”. Тривалість цього етапу – два дні.

- Проведення тренінгу з гештальт терапії із паралельним тестуванням клієнтів за методиками: „Самооцінка настрою та самопочуття” – щоденно, „Особистісний диференціал” – 4 рази, включно з початковим та кінцевим опитуванням. Тривалість - 10 днів.

- Кінцеве анкетування та опитування клієнтів за методиками: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Локус контролю”, „Незавершені речення”. Тривалість - один день.

- Відстрочене анкетування клієнтів. Тривалість – два дні.

До участі в тренінгу з гештальт терапії залучені всі клієнти відділення, які перебували в програмі на час проведення дослідження, і строк абстиненції яких складав більш ніж 2 тижні. Це означає, що всі клієнти пройшли попередній

мотиваційний етап реабілітації терміном два тижні і розпочали проходження основного етапу.

3. За методиками можна зробити декілька загальних висновків:

- Клієнти відчують найбільші проблеми в емоційній сфері – це може відбуватись через те, що для клієнтів є незвичним вирішування конфліктів та адаптація до стресових ситуацій без вживання психоактивних речовин.

- Найбільшу невпевненість викликають ті сфери, з якими клієнти зустрічаються дуже часто – стосунки з іншими людьми, вирішення конфліктних та стресових ситуацій. Найменше проблем викликають ті сфери, до яких клієнти не є прямо залученими – ставлення до роботи.

- Не зважаючи на часте повторення ситуацій конфліктів, стресів та спілкування, більшість клієнтів не практикують навичок, отриманих в програмі, що пояснюють недостатністю ситуацій для практики. Такий результат можна проінтерпретувати або як дійсний брак знань, або як брак самоефективності, впевненості у своїй можливості успішно використати навички.

- Досить багато учасників відчують проблеми у ставленні до себе, але слід зауважити, що перед опитуванням всі брали участь в тренінгу із самопізнання. З цього можна зробити висновок, що клієнти на групах зачіпали теми, які є важливими, можливе переживання певних емоцій та вироблення рішень щодо себе та змін у собі.

- Самооцінка включає в себе не тільки когнітивні та емоційні компоненти, а також діяльнісні. Так, у клієнтів за результатами тестування співпадають показники середньої або нижчої за середню самооцінку із показниками параметрів „сили” та “активності” з методики особистісного диференціалу, які також є середніми, не зважаючи на високі показники „оцінки” з цієї ж методики. Таким чином, рівень самооцінки клієнтів у сполученні з локусом контролю та параметрами „сили” та “активності” особистісного диференціалу можуть свідчити про рівень самоефективності, який у групі є середнім та нижчим за середній.

4. Оцінка результатів тренінгу з гештальт терапії відбувалася в два етапи – опитування наприкінці тренінгу та відстрочене опитування. Опитування

наприкінці тренінгу відбувалося за анкетною методикою: „незавершені речення”, „рівень самооцінки”, „локус контролю”, „особистісний диференціал”.

5. Внаслідок проведення тренінгу з гештальт терапії в учасників групи підвищилося почуття власного контролю, що можна спостерігати за результатами методик особистісного диференціалу, локусу контролю. Також можна спостерігати зростання рівня самооцінки, а також емоційного сприйняття себе та своїх невдач. Внаслідок цього можна стверджувати, що в середньому в групі рівень самоефективності збільшився. 6. Основним висновком, який можна зробити з даного дослідження є те, що саме метод когнітивного реструктурування, який лежить в основі тренінгу з гештальт терапії, підвищує самоефективність осіб з наркотичною залежністю. Це можна пояснити тим, що зміна установок людини стосовно своїх можливостей, своєї поведінки, як когнітивний компонент, значно збільшують самооцінку клієнтів. З іншого боку, поведінкові методи, які використовуються разом із цим, дозволяють людині на практиці переконатися у своїй спроможності ставати агентом змін. Можна припустити, що досліджувані мають певні очікування щодо ситуації реабілітації, оскільки заклад є авторитетним для них – вони вірять, що реабілітація надасть бажаний результат. Але з самого початку тренінгу клієнти проявляли невпевненість щодо власних сил справлятися з важкими ситуаціями. Тобто, в клієнтів було присутнім очікування результатів, але була досить низька або середня самоефективність, що довели і оцінкові методики. Після закінчення тренінгу внаслідок застосування саме методу когнітивного реструктурування, в клієнтів змінився погляд на себе, вони стали більш впевненими щодо власних сил, а не тільки щодо можливостей реабілітаційної програми. Такі результати вказують на те, що самоефективність є одним із найважливіших факторів реабілітаційного процесу, а не тільки очікування від самої програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарова О. Девіації та адикції: Антропологічний підхід. Фонд науки та освіти. 2016. № 68.
2. Амбулаторна реабілітація хворих із залежністю від наркотиків. Методичне керівництво. Переяслав : «Добро», 2002. 324 с
3. Березин С. В., Лисецкий К. С. Психологія ранньої наркоманії. Вінниця. : «Сакральне», 2000. 281 с
4. Варій М. И. Психологія особистості: навч. посібник. Київ Центр учбової літератури, 2018. 592 с.
5. Володарська Н.Д. Активізація процесу самотворення методами групової терапії. Проблеми гуманітарних наук: Зб. наук. праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка) Ред. кол. Надія Скотна (головний редактор). І. Галян (редактор розділу) та ін. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ ДДПУ імені Івана Франка. 2014. Випуск тридцять третій. Психологія. С. 17-28.
6. Гавриловська К. П. Сучасні теорії глибинної психології, 2016. 156 с.
7. Денисенко М. М. Адикції у хворих на тривожно-фобічні розлади (діагностика та лікування). Вісник наукових досліджень. 2017. № 3. С. 97–104. doi: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.3.8086>.
8. Дудко Т.М., Пузенко В.А., Котельникова О. А. Диференційна система реабілітації у наркології. Методичні поради. Вінниця : «Нарконет», 2001. 384 с
9. Ентоні В., Коен М., Фаркас М. Психіатрична реабілітація / Пер. з англ. В.Штенгелова. Київ : Сфера, 2001. 298 с.
10. Зелінська Т.М., Михайлова І.М. Практикум із загальної психології: Навч.посібн. Київ :Каравела, 2009. С.106-108.
11. Каліна Н.Ф. Психотерапія: Підручник. К.: Академвидав, 2010. 288 с.
12. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. Дрогобич : Посвіт, 2015. с.235

13. Кокун О. М. Передумови та негативні наслідки розповсюдження наркоманії. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №10. С. 29-34.
14. Короленко Ц. Адиктивна поведінка. Загальна характеристика та закономірності розвитку. Психіатрія та медична психологія. 2000. № 1 (2). С. 8–15.
15. Лисенюк В. П. Реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця. 2018. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34537>
16. Литвиненко Т. І., Литвиненко В. І. Підлітки і діти в залежній родині. Полтава, 2000. 36 с
17. Литвинчук Л. М. Сучасні погляди на проблему психологічної залежності наркоманів. Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Житомир: Видво ЖДУ ім. І. Франка», 2017. Т.VII, вип. 43. С. 84–94
18. Лічко А. Є., Битенський В. С. Підліткова наркологія. Львів : Медицина, 82. 1991. 391 с.
19. Мірошниченко О.А. Діагностика особистості майбутнього психолога : Методичний посібник до вивчення дисципліни «Практикум із загальної психології» для студентів спеціальності 7.040107 «Психологія». Житомир, 2012. 190 с
20. Методи когнітивної терапії у тренінгу соціальних навичок/За ред. ст. Морлі, Дж. Шефферд, С. Спенс. Львів. : прайм-ЄВРОЗНАК, 2004.. 46 с
21. Мехед О. Б. Основні компоненти підготовки вчителів до соціально-педагогічної діяльності для формування мотивації учнів до здорового способу життя. Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Вип. 8 (164) НУЧК, 2020. – С. 216-221
22. Мехед О. Б. Формування здорового способу життя як важлива частина виховання та соціалізації підростаючого покоління. Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Вип. 4 (160) : НУЧК, 2019. – С. 84-88 с.

23. Мехед О. Б., Рябченко С. В., Жара Г. І. Аналіз факторів, що впливають на формування здорового способу життя молоді. Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Вип. 3 (159) : НУЧК, 2019. С. 260-268 с.

24. Огінська М. М., Розін М. В. Міфи психотерапії та їх функції. Психологія, 2011 №4. С. 34-48

25. Пашукова Т.І., Допіра А.І., Дьяконов Т.В. Практикум із загальної психології / За ред. Т.І.Пашукової. Київ : Т-во «Знання», КОО, 2000. С.178-184.

26. Перлз Ф. Практикум по гештальт-терапії, 2017. 240 с. 7. Перлз Ф. Его, голод та агресія. К., 2020. 235 с.

27. Польштер І. Польштер М. «Супротив в гештальт-терапії», 2018, 248 с.

28. Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища: монографія / Максимова Н. Ю., Грись А.М., Манілов І.Ф. [та ін.]; за ред. Н.Ю. Максимової. – Київ : Педагогічна думка, 2015. 412 с.

29. Райгородський Д. Я. Практична психодіагностика. Методики та тести. Навчальний посібник Львів. : прайм-ЄВРОЗНАК, 2002. 672 с.

30. Речнов Д. Д. Крок за кроком від наркотиків. Київ, 1999. 291 с.

31. Ромек В. Біхеворіальна психодрама. Використання технік психодрами в поведінковому тренінгу. Психологія. 2002. №10. С. 29-38

32. Сердюк О. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю. Соціальна робота в органах внутрішніх справ України : навч. посіб. Харків : Нац. ун-т внутр. справ, 2006. С. 303–324.

33. Стецков О. В. Розвиток соціально-психологічних програм реабілітації наркозалежних в сучасних українських реаліях. Денний центр як форма соціально-психологічної реабілітації наркозалежних. Методична збірка. Київ : «Карат», 2004. С. 7-11.

34. Теоретико-методологічні засади психологічної корекції особистості соціально дезадаптованих неповнолітніх: монографія / [Н.Ю. Максимова, І.Ф.

Манілов, А.М. Грись та ін.]; за ред. Н.Ю. Максимової. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. С. 218– 246

35. Трунова І., Авласович В. Наркоманія як соціальна небезпека для молоді. eSSUIR – Electronic Sumy State University Institutional Repository. 2016. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45319>.

36. Фрейджер Р., Фейдімен Д. Особистість. Теорія, вправи, експерименти. Львів. : прайм-ЄВРОЗНАК, 2004. 608 с.

37. Ханзян Е. Травма, пов'язане із залежністю страждання та самолікування. Журнал практичної психології та психоаналізу. 2002. №3. С. 54-59

38. Ханзян Е. Уразливість сфери саморегуляції у адиктивних хворих: можливі методи лікування. Психологія та лікування залежної поведінки. Київ : Незалежна фірма «Клас», 2000. 240 с

39. Х'єлл Л., Зіглер Д. Теорії особистості. Вінниця : Медицина, 2000. 608 с.

40. Чернецька Ю. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Старобільськ, 2016. 522 с. URL: http://luguniv.edu.ua/wp-content/uploads/2016/06/chernetska_d.pdf.

41. Ялом И. Групова психотерапія. Теорія и практика. Київ. : АВС, 2001. 576 с

42. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: навч. посібник. Київ : Вища школа, 2016. 382 с

43. Gregory Griban, Serhii F. Kudin, Hanna I. Zhara, Andrii V. Kuzhelnyi, Tamara V. Mazur, Yuliya M. Nosko, Olha B. Mekhed (2023) Formation and Preservation of Students' Mental Health in the Process of Studying at Pedagogical Universities Acta Balneologica, VOL. LXV NUMBER 1 (173). 55-61 doi: 10.36740/ABAL202301110

44. Kutashov V. The study of clinical and psychological characteristics of people who use drugs. Системний аналіз та управління в біомедичних системах. 2015. № 14 (2). С. 264.

45. Podolian V. Adolescent drug addiction in Ukraine: Medical, social and psychological aspects. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*. 2021. No. 55 (2). P. 7–16. doi: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-55-2-7-16>

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика Дембо-Рубінштейн [Т. Дембо, С. Рубінштейн] Головна

Методика Дембо-Рубінштейн (модифікація Прихожан) – метод психодіагностики, спрямований на вивчення самооцінки випробуваного, розроблений Тамарою Дембо та доповнений Сусанною Рубінштейн. Обстежуваним пропонується на горизонтальних лініях відзначити рівень розвитку у них цих якостей (показник самооцінки) і рівень домагань, тобто, рівень розвитку цих якостей, який би задовольняв їх.

Методика може проводитися як фронтально – з цілою групою, так і індивідуально.

Позначте на першій прямій **рівень розвитку** у Вас позначених якостей та властивостей на даний момент, а на другій — **бажаний рівень розвитку** у Вас позначених якостей та властивостей.

Методика

1. Здоров'я.

рівень розвитку:



бажаний рівень розвитку:



2. Розумові здібності.

рівень розвитку:



бажаний рівень розвитку:



3. Характер.

рівень розвитку:



бажаний рівень розвитку:



4. Авторитет у однолітків.

рівень розвитку:



бажаний рівень розвитку:



5. Вміння багато робити своїми руками.

рівень розвитку:



бажаний рівень розвитку:

**6. Зовнішність.**

рівень розвитку:



бажаний рівень розвитку:

**7. Впевненість в собі.**

рівень розвитку:



бажаний рівень розвитку:



Дослідження рівня суб'єктивного контролю (за Дж. Роттером)

Мета дослідження: визначення локусу суб'єктивного контролю.

Матеріал та обладнання: тест - опитувальник, розроблений Є. Ф. Бажіним на основі шкали локусу контролю Дж. Роттера, бланк для відповідей, ручка.

Процедура дослідження

Методика дослідження дозволяє порівняно швидко й ефективно визначити рівень сформованості суб'єктивного контролю як однієї, так і кількох осіб. Кожного досліджуваного належить забезпечити індивідуальним текстом опитувальника і бланком для відповідей з нумерацією тверджень, яка відповідає тексту опитувальника.

Інструкція досліджуваному: „Запропонований Вам опитувальник має 44 твердження. Прочитайте їх і дайте відповідь, чи згодні Ви з даним твердженням, чи ні. Якщо згодні, то в бланку для відповідей перед відповідним номером поставте знак „+”, якщо ні — знак „-”. Пам'ятайте, що в тесті немає „правильних” і „неправильних” відповідей. Свою думку висловлюйте відверто. Надавайте перевагу тій відповіді, яка перша спала Вам на думку”.

Опитувальник

1. Просування по службових сходинках більше залежить від успішного збігу обставин, ніж від здібностей людини.
2. Більшість розлучень виникає через те, що люди не захотіли пристосуватися один до одного.
3. Хвороба — справа випадку: якщо маєш захворіти, то вже нічим не зарадиш.
4. Люди стають самотніми тому, що самі не виявляють інтересу і дружнього ставлення до оточуючих.
1. Здійснення моїх бажань часто залежить від удачі.
5. Даремно докладати зусиль для того, щоб завоювати симпатії інших людей.
6. Зовнішні обставини (батьки, добробут) впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
2. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво виявляється більш ефективним, коли повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їхню самостійність.
10. Мої оцінки в школі часто залежали від випадкових обставин (наприклад, від настрою вчителя), а не від моїх власних зусиль.
11. Коли я планую, то, здебільшого, вірю, що зможу втілити свої плани.
12. Те, що багатьом людям здається успіхом чи удачею, насправді є результатом тривалих цілеспрямованих зусиль.
13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки.
14. Якщо люди не пасують один одному, то, як би вони не намагалися налагодити сімейне життя, вони все одно не зможуть цього зробити.
15. Те добре, що я роблю, звичайно буває гідно оцінено іншими.
16. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
17. Думаю, що випадок чи доля не відіграють великої ролі в моєму житті.

18. Я намагаюся не планувати наперед, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
19. Мої оцінки в школі залежали переважно від моїх зусиль і від ступеня підготовки.
20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою, ніж за протилежною стороною.
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.
23. Думаю, що мій спосіб життя жодним чином не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям досягнути успіху в своїх справах.
25. Урешті-решт, за погане керівництво відповідають самі люди, які працюють в установі.
26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в стосунках, які склалися в сім'ї.
27. Якщо я дуже захочу, то зможу привернути до себе будь-кого.
28. На підростаюче покоління впливає так багато всіляких обставин, ще зусилля батьків у вихованні часто виявляються нерезультативними.
29. Те, що зі мною трапляється, — це справа моїх власних рук.
30. Важко буває зрозуміти, чому керівники діють так, а не інакше.
31. Людина, яка не змогла досягти успіху у своїй роботі, швидше за все, не доклала достатньо зусиль для цього.
32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, чого я захочу.
33. У неприємностях і невдачах, які траплялися в моєму житті, більше були винні інші люди, ніж я.
34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею доглядати і правильно її одягати.
35. У складних обставинах я вважаю за краще зачекати, доки проблема розв'яжеться сама по собі.
36. Успіх — це результат наполегливої праці, і він мало залежить від випадку чи від удачі.
37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від інших, залежить щастя моєї сім'ї.
38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюсь одним людям і не подобаюсь іншим.
39. Я завжди надаю перевагу прийняттю рішень і самостійним діям, а не сподіваюся на допомогу інших людей чи на долю.
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються не визнаними, незважаючи на всі її намагання.
41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо змінити навіть за найбільшого бажання.
42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати свої можливості, мають звинувачувати в цьому тільки самих себе.
43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.

44. Більшість невдач у моєму житті були від невміння, від незнання або від лінощів і мало залежали від удачі чи від невдачі.

Тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій)

Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількісного використання впродовж певного часу.

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Типова карта методики САН

Прізвище, ім'я _____

Стать _____, Вік _____

Дата _____, Час _____

Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Добрий настрій	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрій
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасливий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий

Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Сумовитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Печальний
Відпочивший	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекодуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, - що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

Перекодування	Повний надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
Текст САН	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Ключ.

Питання на самопочуття 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність-3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій-5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.