

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Дипломна робота на тему:

**Психологічні особливості адиктивної поведінки у осіб з акцентуаціями
характеру**
на здобуття освітнього ступеня «Бакалавр»
з напрямку «Психологія»

Студентки 4 курсу 2 групи
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)
Бугай Анни Олегівни

Науковий керівник:
Доктор психологічних наук
Доцент кафедри психодіагностики
та клінічної психології
Завязкіна Наталія Володимирівни

Допустити до захисту ЕК

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Протокол № _____ від _____

Завідувач кафедри:

доктор психологічних наук, академік НАПН України, професор

Бурлачук Леонід Фокович

(підпис)

Київ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	6
1.1. Суть та особливості залежної, девіантної та афективної поведінки.....	6
1.2. Психологічні та соціальні наслідки вживання психоактивних речовин (ПАР).....	16
1.3. Психологічні проблеми осіб, які страждають алкоголізмом та наркоманією.....	22
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ З АКЦЕНТУАЦІЯМИ ХАРАКТЕРУ.....	27
2.1. Організація та опис методів дослідження.....	26
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	31
Висновки до розділу 2.....	75
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ АЛКОГОЛІЗМОМ ТА НАРКОМАНІЄЮ.....	80
3.1. Специфіка психологічного супроводу осіб, які мають залежність від психоактивних речовин.....	80
3.2. Специфіка психологічного супроводу рідних та близьких осіб, що мають залежність від психоактивних речовин.....	88
3.3. Методи надання психологічних послуг щодо гармонізації особистості та покращення якості життя осіб з адиктивною поведінкою.....	93
Висновки до розділу 3.....	97
ВИСНОВКИ.....	99
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	106
ДОДАТКИ.....	113

ВСТУП

Актуальність теми. Кожна людина протягом усього життя при виборі моделі поведінки керується різними соціальними нормами та правилами, але протягом свого життя вона вчиняє вчинки, які певною мірою суперечать загальноприйнятим нормам. Девіантна поведінка. Проблема проявів адиктивної поведінки була і залишається актуальною для будь-якого суспільства.

Насамперед, ситуація призвела до збільшення кількості дітей з девіантною та залежною поведінкою. Захоплююча поведінка особистості, як форма деструктивної поведінки, набула широкого поширення в останні роки і стала центром уваги соціальних працівників, соціологів, психологів, медиків, правоохоронців та громадськості. Тобто трансформаційні процеси, що відбуваються в Україні, торкнулись усіх сфер суспільного життя, спричинили суттєві зміни у свідомості та світогляді українця.

Застосування психоактивних речовин відомо людству з давніх часів. Згідно з історичними даними, знеболюючі, гіпнотичні та психотропні властивості більшості психоактивних речовин, переважно рослинного походження, використовуються в лікувальних цілях ще до нашої ери. Однак наприкінці ХХ століття, після молодіжної культури в 60-х роках, вживання психоактивних речовин перетворилося на епідемію і почало позначати соціально-біологічну загрозу, має глобальний масштаб і характер. Девіантна поведінка, яка виявляється у вживанні та зловживанні речовинами, що викликають змінені психічні стани, психічну та фізичну залежність від них, є одним із найпоширеніших типів девіантної поведінки.

Особливо гостро в сучасному суспільстві стоїть проблема наркоманії, яка стала проблемою для всіх верств суспільства - від людей, що живуть за межею бідності, до заможних людей. Звідси глобальне протиріччя між необхідністю вирішення проблеми наркоманії в нашому суспільстві за допомогою існуючих

методів та профілактичних заходів, спрямованих на запобігання залежній поведінці серед підлітків та молоді, та зростаючою поширеністю цієї хвороби.

Соціально-психологічні засоби запобігання вживанню психоактивних речовин допоможуть актуалізувати творчий потенціал кожного, що буде шляхом подолання агресії, депресії, подолання складних міжособистісних ситуацій та складних міжособистісних аспектів соціальної взаємодії. У цій роботі важливо враховувати не тільки аддитивну поведінку, але також девіантну та афективну поведінку, оскільки вони взаємопов'язані та пов'язані, коли людина створює негативні умови для їх появи.

Зараз відомі окремі дослідження з цієї проблеми: С. Березін, С. Білогуров, В. Бітенський, А. Бойко, К. Лісецький, А. Лічко, Н. Максимова, В. Оржеховський, І. П'ятницька, Н. Сірота, Т. Семигіна, С. Філ, В. Херсон, В. Ялтонський, Н. Касприк.

У той же час вивчення основ соціальної роботи з людьми з адитивною поведінкою не було предметом цілісних знань у соціально-психологічній науці. Це зумовило вибір теми дослідження: Психологічні проблеми залежної поведінки: психологічні проблеми людей, які страждають на алкоголізм та наркоманію.

Об'єктом дослідження є адитивна поведінка.

Предметом дослідження є психологічні особливості адитивної поведінки в осіб з акцентуаціями характеру

Метою роботи є вивчення особливостей адитивної поведінки у осіб з акцентуаціями характеру.

Були поставлені наступні завдання:

1. Зробіть аналіз існуючих у психологічній літературі підходів до особливостей девіантної поведінки у осіб з акцентуаціями характеру

2. Визначити психологічні та соціальні наслідки вживання психоактивних речовин.
3. Провести емпіричне дослідження адиктивної поведінки в осіб з акцентуаціями характеру.
4. Дослідити особливості деформації захисних механізмів у людей, які користуються Південною Африкою.
5. Розробити рекомендації щодо психологічної підтримки людей, які вживають психоактивні речовини.

Поставлені завдання зумовили вибір теоретичних **методів дослідження** (аналіз, синтез, систематизація та порівняння науково-теоретичного матеріалу); методи: Методологія дослідження "Шкала діагностики депресії на первинному рівні" (RNQ-9); Анкета акцентуації особистості Шмішека; Методологія дослідження "Індекс стилю життя"; Шкала тривоги Тейлора; Анкета первинної діагностики Medlux. 19 запит

Вибірка складалася з 62 респондентів віком 19-58 років. З них 30 респондентів із наркоманією, 32 респонденти з алкогольною залежністю, з них 20 жінок та 42 чоловіки.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, що містять 8 абзаців, висновку, бібліографії та одного додатка.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Сутність та характеристики наркоманів, девіантна та афективна поведінка

Адиктивна поведінка - це один із видів деструктивної поведінки, який існує для зміни реальності, впливаючи на психічний стан людини через вживання певних речовин або тривалу концентрацію уваги на певних об'єктах або видах діяльності (діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивні емоції. Цей стан дуже поглинає людину, через що вона сама не може на нього впливати. Кожен, хто перебуває в такому стані, перестає контролювати себе і навколишню дійсність. Сила волі зникає і робить неможливим протистояння залежності [11, с. 165].

Встановлення емоційних стосунків та емоційних зв'язків становлять зміну емоцій та емоційного фону. Водночас вони впливають на взаємодію з людьми, неживими предметами та активністю в цілому. Людина бажає більше уваги до себе, емоцій, тепла, душевності, які можна отримати від когось і потонуть у цьому стані. Зміна емоцій настільки потужна, що повністю змінює все, що сформувалося раніше.

Існують різні підходи до пояснення природи відхилень. Біологічні та психологічні інтерпретації причин та характеру відхилень в основному пов'язані з особливостями особистості людини, що характеризуються відхиленням у поведінці.

У контексті цього питання також розглядається афективна поведінка, вона є наслідком впливу на організм людини психотропних речовин та алкоголю, після чого виникає афективна реакція. Непсихотичним психічним розладом називають афективну поведінку, при якій Розил асоціюється з дією стимулу (зовнішнього чи внутрішнього), він може бути як короткочасним (хвилини), так

і довготривалим (години). Такий розлад виражається вегетативними, емоційними, руховими розладами як у сукупності симптомів, так і в окремих проявах.

У наш час біологічні інтерпретації відхилень, як правило, зосереджуються на генетиці, оскільки вони вказують на те, що більшість виходять з таких тенденцій із попередніх поколінь. Психологи та соціологи дотримуються думки, що мотиви вчинків людини та її характеристики, безумовно, впливають на всі типи поведінки, мають відхилення від норми. з соціальними факторами завжди особисті [4, с. 76].

Одним із психологічних механізмів формування девіацій є модель залежності (залежність - це любов до того, що руйнує). Без уявлення про те, як це явище виникає та проходить, на наш погляд, неможливо дуже сильно інтерпретувати алкоголізм, наркоманію та інші форми деструктивної поведінки, оскільки вони настільки деструктивні, що кожна людина страждає від цього по-різному. Оскільки людина добровільно приймає певні шкідливі для організму речовини, стає помітно, що поступово вона перестає контролювати своє життя, але речовини починають керувати ним, що позбавляє її волі протистояти залежності [19, с. 42].

Різновидом девіантної поведінки, адитивною поведінкою вважається непереборне бажання випробувати сильні емоції шляхом обману їх психічного та емоційного стану за допомогою використання певних речовин для зміни реальності та тимчасового втечі від реальності [22, с. ... 154]. Людина, що викликає залежність, характеризується прагненням втекти від реальності та психологічно незрілою, не готовою до дорослішання (відсутність вираження моральних норм, безвідповідальність, низька якість інтелектуальних та духовних інтересів, нестабільність, почуття стада тощо) ...

На думку Н. Пезешкіана, можна ознайомитись із такими типами адитивної поведінки, яку людина прагне змінити свій стан:

- 1) занурення в роботу - зосередження на повсякденній діяльності (тренінг)
- 2) занурення в тіло - фізичне чи психічне «вдосконалення» самого себе;
- 3) занурення у фантазію - життя в ілюзіях і фантазіях, мріях;
- 4) занурення в контакти або самотність - постійне бажання спілкуватися або, навпаки, самотність [15, с. 87].

Представники адиктивної поведінки прагнуть змінити своє ставлення та приєднатися до близькості, змінюючи реальність. Вони використовують механізм, який називається «бачення за бажанням», для самозахисту на свідомому рівні. Цей механізм існує до тих пір, поки людина вважає його реальним, оскільки вона таким чином контролює свої бажання. Водночас зміст мислення підпорядковується емоціям. Людина визнає перед собою лише ті і ті, що відповідають її бажанням, які вона також штучно спорожнила і, що найбільше, не представляють цілісної картини, емоційно збіднілої. Ось чому дуже важко а також було незручно приводити людей, бо в неї було багато дзвонів і свистів. Логічно, що емоційний ріст складів із такими людьми не наближається за злістю самого себе [12, с. 109].

Формування адитивної поведінки відбувається і проходить етапи етапів. З досвідом гостинності вдягання благоговіння перед тим, як доносити до людей, марення психічного стану людей через прийняття співучих слів виховують відчуття перебування в настрої, радості, потоплення. Тоодісну сильний допік до падіння, з табором психологічного дискомфорту і складним життям ситуація викликає реакцію. Він може створити співочі фактори, такі як соціальна золота річ, культурний рив, особливі риси, особливість, ставлення, зміна злих життєвих розумів, видимість сили волі [5, с. 7].

Адикція крок за кроком стане тим прийнятним способом реагування на повсякденне життя. Будь-як незручна позиція виглядає як стимул викликати агітацію. Формування поведінки, що викликає звикання, зумовлене шляхом

кореня іншої особливості, оскільки це руйнування та вітяння перед фронтом. Після цього майже тривіальний, а також такий процес відв'язування від бою. Захисні механізми включають на одну годину, так що ілюзія цього, навколо добро і затишок. [8, с. 33].

Контакти з людьми на психологічній та соціальній основі перестають викликати неприємності, і звикання до цієї особливості зростає у зміні поведінкових людей, що діють покрово і гідно. Водночас люди знайомляться з деякими іншими людьми, щоб не контактувати і нікому нічого не приносити, не відправляти і не дивитись на «нехарактерні напрямки». Довготривалі міжособісні контакти для таких людей, створюються нещасними, навіуючи їх "йти назустріч", шепочучи можливість поговорити, підтримавши. Головою для неї є ті предмети, які візьмуть на себе розум психічного стану.

Рішуче домашнє звикання до поведінкового управління здоров'ям і психікою людей. Вон, щоб довести до знання голови людські ярми, які я духовно спустошу.

У соціології існує децилька прямої девіантної поведінки, яка пояснює причину діагнозу. Наприклад, Р. Мертон, причина частоти такої поведінки для того, щоб визначити норму видимості, є невідповідною з причин та цілей, накладених суспензією та конкретними людьми, оскільки вони просувають ідеї, але не бачать Люди. Теорія конфліктів не спричинила заперечення стресу за затримку. Одним з них є культурно-культурні заходи для посилення впливу норм і культури, тоді спостерігається сморід (А. Коен). Допитлива діякої субкультура - це злочин, який є справжнім лідером у конфлікті і сто в усьому підвішеному типі культури [3, с. 6].

Позиція Ю. Гілінського приково поважає себе, особливо повагу, а також говорити, щоб принести індивіду рівну соціальну байдужість до незадоволеності та незайманості, а також соціальну можливість виробництва виробничого обладнання для виробництва виробничої продукції.

На переломі, відповідно до першого кроку, крок створеної школи до інтересів соціальної групи, спеціальності, підтримки загалом, що, з іншого боку, за типом порушених норм варто диференціює такі ключі та девіантна поведінка [10, с. 97].

Поведінка, яка дотримується шкільного кодексу лише щодо самоцінності та не відповідає соціальним і моральним нормам, які приймаються соціальними та моральними стандартами, і я називатиму це руйнівною поведінкою, мабуть, що виробляється до накопичення, проектування, мазоїзація.

2. Поведінка, яка виявляється в наркоманії, алкоголізмі, самогубствах і називається асоціальною поведінкою, оскільки завдає шкоди окремим людям і групам людей (група друзів, сім'я, сусіди).

3. Незаконна поведінка - означає порушення правових і моральних норм і виражається у вбивствах, грабежах та інших злочинах.

Девіантна поведінка проявляється в:

- 1) діяльність (проституція, вимагання, насильство);
- 2) грамота (фізично постраждала особа)
- 3) спосіб життя (організація мафії, шахрайство, злочинні банди).

Конкретними проявами відхилення в діях і діях людини є форми девіантної поведінки. Їх характеристики засновані, перш за все, на впливі, який здійснюється на конкретну людину та на її оточення в цілому.

Хвороба, спричинена вживанням токсичних речовин, називається зловживанням речовинами, і це вживання кофеїну, одержуваного з міцного чаю, транквілізаторів, вдихання парів побутової хімії. Окрім ейфорії в цьому стані проявляються зорові галюцинації [19, с. 54]. Між поняттями пияцтва та алкоголізму існують певні відмінності, які можна визначити, проаналізувавши ці поняття. Надмірне вживання алкоголю, яке поряд із загрозою здоров'ю

особистості порушує його соціальну адаптацію, називається пияцтвом. А алкоголізм можна трактувати як тягу до алкоголю, це патологічно. Більше того, цей потяг призводить до соціальної та моральної деградації особистості в майбутньому через частоту пияцтва. Деякі опитування на великих промислових підприємствах показали, що рівень споживання алкоголю в країні становить 15,5 літрів абс. алкоголь на людину на рік, що майже в 2 рази перевищує дозу, становить загрозу здоров'ю людей, і це тому, що алкоголь вживають усі чоловіки загалом - 99% та 97% жінок. Мотивом пияцтва найчастіше є вплив найближчого оточення, тимчасові розваги, веселоці у Вяткуванні пам'ятних дат та свят, неприємності на роботі, сімейні та сімейні сварки [15, с. 23].

Хвороба, яка демонструє фізичну або психологічну залежність від наркотиків, називається наркоманією, оскільки вона проявляється у непереборній тязі до наркотиків, яка з часом приводить організм до психічного та фізичного зубожіння. Для злочинців соціальні наслідки наркоманії є найпростішим та найефективнішим способом отримати гроші та інші цінності, які можна продати за чергову дозу наркотиків. Зростання смертності особливо зростає через злоякісність наркотиків серед молоді та розвиток цілої "групи" соматичних та психічних захворювань [14].

Моральні основи та економіка Товариства завдають матеріальної та моральної шкоди, оскільки наркоманія сприяє та створює злочини у стані "втєчі", від якого наркоман може зробити все, навіть вбивство, оскільки він не контролює себе та свій потяг. Діти народжуються з серйозними фізичними та психічними вадами, говорять про надзвичайно негативний вплив на майбутнє покоління, а це, в свою чергу, виробляє до розпаду сім'ї. Залежність раба від наркотику змушує наркомана вчиняти аморальні дії, тому в міру розвитку хвороби він деградує як особистість [19, с. 53]. Знову проведемо паралель з алкоголізмом, на який впливає кілька факторів, основними з яких є індивідуальні риси особистості, спадковість, характер та особливості зовнішнього середовища.

У підлітків розвитку алкоголізму сприяє ранній вплив алкоголю та формування „алкогольного мислення”, оскільки це може бути „модним” серед однолітків і призвести до думки „що ще робити, якщо п’єш”, „не пити - це сумно, пити - це весело ». Той, хто страждає розумовою відсталістю, вродженою фізичною чи психічною хворобою, для нього алкоголь стає певним фактором, який нібито дозволяє згладити вади особистості, «стати нормальними», змінити реальність. Алкоголь - найефективніший спосіб подолання сором’язливості та емансипації для молоді, від якої страждає багато підлітків [18, с. 17]. Подальша тяга до алкоголю набуває рис фізіологічної залежності, толерантність (толерантність) досягає максимуму, а пристрасть до алкоголю набуває патологічного характеру. В організмі людини відбувається незворотний процес: алкоголь стає необхідним для підтримки обмінних процесів. Остання стадія алкоголізму характеризується різким зниженням толерантності: хворі напиваються вже від келиха пива. Алкоголь стає домінуючим у системі життєвих цілей. Контроль за вживанням алкоголю втрачається.

Поняття факторів ризику поведінки, що викликає залежність, має велике значення для подальшої діагностики та профілактичної роботи. Сучасна психологічна наука виділяє кілька груп соціально-психологічних факторів, що сприяють розвитку адиктивної поведінки.

Їх умовно можна поділити на внутрішні (особливості характеру та нервової системи, мотивація) та зовнішні (особливості сімейного виховання, взаємовідносини в соціальному середовищі, економічну ситуацію в країні тощо). Соціально-економічні умови, війни та техногенні катастрофи відіграють значну роль серед зовнішніх факторів, що впливають на розвиток звичної поведінки.

Отже, епідемія кокаїну, яку підлітки використовували як засіб для втамування голоду, виникла під час Першої світової війни [5, с. 7].

Застосування фенаміну розпочалося в Японії після Другої світової війни з метою зняття хронічної втоми та створення суб'єктивного відчуття бадьорості [9, с. 207].

Соціально-економічна та політична ситуація в країні прямо пропорційна розповсюдженню наркотиків та алкоголю. Однак найбільше значення серед зовнішніх факторів ризику відіграють особливості сімейного виховання, оскільки саме в сім'ї формується ставлення до здорового способу життя. За сучасними психологічними дослідженнями, це деформовані та неповні сім'ї (коли дитина росте без батька, роль батька замінюється новою особою матері), сім'ї з частими конфліктами та негативним типом виховання (гіпозахіст, гіпозахістичне та суперечливе виховання) в першу чергу впливають на його розвиток для майбутньої дитини. наркоманія та девіантна поведінка [4, с. 56].

Оскільки в сім'ях з гіпозахістом батьки не звертають уваги на виховання дитини, це призводить до неконтрольованості та всездозволеності, а вже після цього до знайомства та пристрасті до наркотиків. Суворий контроль за поведінкою дитини або дрібне піклування, з домінуючим гіперзахістом, проявляється як тимчасові заходи, що негативно впливають на дитину, тому що "робити вигляд", що дитина виховується, не несе в собі нічого позитивного. Це призводить до низької самооцінки у таких дітей, що підсвідомо підвищує рівень тривоги з приводу всього, що оточує дитину, формує негативне ставлення до світу, відчуття власної провини та незграбності, непотрібності в суспільстві, що може призвести до наркоманія для зняття емоційного стресу та моральної втоми.

Також негативний вплив має поблажливий гіперзахіст, при якому батьки потурають дитині і не можуть відмовити, вони не вчать її нести відповідальність за свої дії та ініціативу вибирати, що [4, с. 78]. Якщо розглядати внутрішні фактори, якими керується людина, то найбільш вивченими є акцентуації характеру особистості, де проявляється їх взаємозв'язок із розвитком адиктивної поведінки. За словами П. Б. Ганнушкіна,

сказано, що особлива тенденція до наркоманів нестабільна, епілептоїдна та циклотимінова [2, с. чотирнадцять]. А. Є. Лічко розробив більш детальний аналіз акцентуацій характеру та їх прояв у ситуаціях залежності, допоміг багатьом ученим взяти його знання за основу в своїх експериментах та дослідженнях [5, с. одинадцять].

На думку А. Є. Людіна, існує значний ризик розвитку наркоманії у епілептоїдного, гіпертимічного, нестабільного та істероїдного типів, але кожен із них має свої особливості та нюанси у прояві наркоманії. При циклотимічній, типовій акцентуації, яка відзначається перепадами настрою, під час субдепресивної фази може виникнути бажання приймати транквілізатори для підвищення тону. Дуже високий ризик розвитку звикання спостерігається у шизоїдного (інтровертного) типу, оскільки алкоголь та наркотики використовуються для полегшення контакту з іншими. Цей тип особливо схильний до вживання опіатів та гашишу.

Історії мають демонстративний тип, тобто вони віддають перевагу стимуляторам, які призводять до необхідної активності та впевненості в собі. Нестабільний тип, на думку А. Є. Лічка, є найбільш схильним до звикання поведінки, через відсутність здатності до нестабільності поведінки та цілеспрямованої діяльності. У астеноневротичного, психастенічного та чутливого типів схильність до вживання наркотиків та алкоголю не відзначалася через відсутність конкретної інформації та особливостей проявів.

Епілептоїдний тип через агресивність та збудливість часто має прояви дезадаптації, що призводить до вживання наркотиків та дуже швидкого настання залежності, тоді як потяг до препарату дуже сильний.

При гіпертонічному типі часто виявляється первинне поле пошуку наркоманії, що призводить до великого бажання спробувати якомога більше різних лікарських препаратів. Крім того, поява ранньої залежності від наркотиків цього типу не характерно. Також не забувайте, що існує значний

ризик алкогольної залежності з метою відчуття ейфорії, підняття настрою, зміни емоцій тощо [5, с. 7].

Вчені зробили спробу знайти елементи зв'язку між появою звикання та особливостями нервової системи.

Вітчизняні вчені у своїх емпіричних даних (Лічко А., Бітенський В., Херсон Б.), використовуючи діагностичну анкету ММРІ для хворих на наркоманію та алкоголізм, виділили такі характерні риси: прагнення до лідерства та активності, збудливість та агресивність, поверховість у спілкуванні, близькість від оточення. Дані зарубіжних вчених (К. Герцен, Г. Хілл, Т. Холланд, Г. Девіс) в емпіричному дослідженні встановили різницю між наркоманами та хворими алкоголіками, що проявляється в окремих масштабах при діагностиці методу ММРТ: психопатичні властивості переважають у наркоманів (збільшення на шкалах «психопатія», «гіпоманія», «брехня»), а у хворих на алкоголізм спостерігається співвідношення з невротичними рисами іпохондрії (збільшення шкали «іпохондрія») [8, с. 32].

Також активно вивчається взаємозв'язок механізмів психологічного захисту особистості та адиктивної поведінки. Вони вказують, що провідним механізмом психологічного захисту в наркоманії та алкоголізмі є «заперечення реальності», яке розвивається з метою приховування емоцій сприйняття оточуючих байдужістю близьких і дорогих людей.

Завдяки використанню людиною такого механізму психологічного захисту, у свідомість пропускаються позитивні фактори, а блокуються зовнішні негативні, що призводить до самовдоволення, віри в себе і свої сили, байдужості до критики та відсутності себе-критика, правильна і чесна оцінка своїх дій [6, с. ... 143].

1.2. Психологічні та соціальні наслідки вживання наркотичних речовин

Хронічна хвороба, яка виявляється в переважному бажанні вживати наркотики, називається наркотичною залежністю і призводить до негативних соціально-медичних наслідків. Залежність від речовин, згідно сучасних досліджень, є хворобою нервової системи: біохімія в активних центрах (рецепторах) мозку змінюється так, що наркотичні речовини стають необхідними для життя, оскільки ця тяга є біологічно зумовленою і дуже сильною.

Спочатку кожен вживає наркотики за власним бажанням, коли є бажання спробувати щось нове, загалом є різні причини, а наступне вживання наркотиків зазвичай призводить до змін у мозку, після чого людина перестає бути в змозі суперечити напруженому поїзду в Південній Африці як фізично, так і психологічно ... Оскільки вживання наркотиків призводить до змін у мозку, тяга до наркотиків виглядає як хронічна хвороба, а не внутрішнє бажання це робити, людина не здатні впливати на це. Наркоманія - це періодична хвороба, оскільки люди, які лікуються від таких розладів, пов'язані із вживанням наркотиків або навіть пройшли один раз лікування, не застраховані від повернення до вживання наркотичних речовин, навіть якщо вони робили це раніше. Наркоманія дуже сильна і, як правило, не відпускає людину дуже довго, впливаючи на три компоненти мозку:

Базальні ганглії відіграють ключову роль у формуванні мотивації, зокрема, це приємні ефекти, наприклад, їжа, перебування на нових місцях, інтимне життя, спілкування з друзями, поступово формування нових звичок для щоденної поведінки. Ці сайти створюють ключовий вузол, який називається "ланцюгом винагород" для мозку. Наркотики дуже активно розвивають цей ланцюг, оскільки вони призводять до ейфорії, змін емоцій; але завдяки багаторазовій дії Південної Африки організм пристосовується до їх присутності, чутливості базальних ядер, така активність поступово зменшується і згасає. Ось чому людина поступово перестає відчувати задоволення від чогось іншого, наприклад, від вживання наркотиків.

Стресові відчуття (дратівливість, тривожність і занепокоєння) відповідають збільшеній мигдалини, що характерно для симптомів абстиненції, при яких людина різко припиняє вживання наркотиків з метою підтримання здорового способу життя. Завдяки тривалому вживанню наркотиків, людина робить це знову і знову, щоб отримати тимчасове полегшення від дискомфорту, хоче позбутися «відступу», а не насолодитися.

Таким чином, використання Південної Африки існує не для задоволення, а для «приведення себе в нормальний стан», як це здається людині.

Префронтальна кора відповідає за здатність мислити, що дозволяє вирішувати проблеми, планувати свій час, приймати рішення та контролювати свої імпульси в мозку під час виконання дій. Ця частина мозку дозріває останньою, саме тому підлітки стають найбільш залежними від наркотиків.

Вживання речовин (PAS) має різні наслідки для психічного здоров'я, тяжкість яких може варіювати від простого сп'яніння до наркоманії та психозу та деменції. Це залежить від виду речовини, що використовується, тривалості та масивності її прийому, біологічних, спадкових та інших факторів.

Сучасна психологічна наука виділяє кілька груп соціально-психологічних факторів, що сприяють розвитку наркоманії. При розгляді внутрішніх факторів, якими керується людина, найбільше вивчаються акцентуації характеру особистості, де виявляється їх взаємозв'язок із розвитком адиктивної поведінки. На думку П. Б. Ганнушкіна, говорить, що особлива схильність до наркоманів нестабільна, епілептоїдна та циклотимінова [2, с. чотирнадцять].

Після Другої світової війни в Японії вживання фенаміну стало знімати хронічну втоми та створювати суб'єктивне відчуття бадьорості [9, с. 207]. Застосування фенаміну розпочалося в Японії після Другої світової війни з метою зняття хронічної втоми та створення суб'єктивного відчуття бадьорості [9, с. 207].

Отже, соціально-економічна та політична ситуація в країні прямо пропорційна розповсюдженню наркотиків та алкоголю. Однак найбільше значення серед зовнішніх факторів ризику відіграють особливості сімейного виховання, оскільки саме в сім'ї формується ставлення до здорового способу життя.

Згідно з сучасними психологічними дослідженнями, неповні та деформовані сім'ї (з вітчимою та мачухою), сім'ї з частими конфліктами та негативним типом виховання (гіперзахист, гіпозахист із зайвим вихованням) більшою чи меншою мірою впливають на розвиток звикання та девіантна поведінка [4, с. 56].

А. Є. Лічко розробив більш детальний аналіз акцентуацій характеру та їх прояв у ситуаціях залежності, допоміг багатьом вченим взяти його знання за основу в своїх експериментах та дослідженнях [5, с. одинадцять]. На думку А.Є.Людина зі значним ризиком звикання в епілептоїдному, гіпертимічному, нестабільному та істероїдному типах, але кожен із них має свої особливості та нюанси у прояві наркоманії. Таким чином, використання Південної Африки не для задоволення, а для того, щоб „привести себе в норму”, як це здається людям.

Префронтальна кора відповідає за здатність мислити, що дозволяє вирішувати проблеми, планувати свій час, приймати рішення та контролювати свої імпульси в мозку під час виконання дій. Ця частина мозку дозріває останньою, саме тому підлітки стають найбільш залежними від наркотиків.

Вживання речовин (ПАР) має різні наслідки для психічного здоров'я, тяжкість яких може варіюватися від простого сп'яніння до наркоманії та психозу та деменції. Це залежить від виду речовини, що використовується, тривалості та масивності його прийому, біологічних, спадкових та інших факторів. Сучасна психологічна наука виділяє кілька груп соціально-психологічних факторів, що сприяють розвитку наркоманії.

При розгляді внутрішніх факторів, якими керується людина, вивчаються акцентуації характеру особистості, де проявляється їх взаємозв'язок із розвитком адиктивної поведінки. За словами П. Б. Ганнушкіна, сказано, що особлива тенденція до наркоманів нестабільна, епілептоїдна та циклотимінова [2, с. чотирнадцять]. Після Другої світової війни в Японії вживання фенаміну стало знімати хронічну втоми та створювати суб'єктивне відчуття бадьорості [9, с. 207]. Застосування фенаміну розпочалося в Японії після Другої світової війни з метою зняття хронічної втоми та створення суб'єктивного відчуття бадьорості [9, с. 207].

Отже, соціально-економічна та політична ситуація в країні прямо пропорційна розповсюдженню наркотиків та алкоголю. Однак найбільше значення серед зовнішніх факторів ризику відіграють особливості сімейного виховання, оскільки саме в сім'ї формується ставлення до здорового способу життя. Згідно з сучасними психологічними дослідженнями, неповні та деформовані сім'ї (з вітчимою та мачухою), сім'ї з частими конфліктами та негативним типом виховання (гіперсахіст, іпозахат із додатковим вихованням) більшою чи меншою мірою впливають на розвиток залежності та девіантної поведінки [4, с. 56]. А. Є. Лічко розробив більш детальний аналіз акцентуацій характеру та їх прояв у ситуаціях залежності, допоміг багатьом ученим взяти його знання за основу в своїх експериментах та дослідженнях [5, с. одинадцять]. На думку А. Є. Людїна, існує значний ризик розвитку наркоманії у епілептоїдного, гіпертимічного, нестабільного та істероїдного типів, але кожен із них має свої особливості та нюанси у прояві наркоманії.

При циклотимічній, типовій акцентуації характеру, яка відзначається перепадами настрою, під час субдепресивної фази може виникнути бажання приймати транквілізатори для підвищення тону. Дуже високий ризик розвитку звикання спостерігається у шизоїдного (інтровертного) типу, оскільки алкоголь та наркотики використовуються для полегшення контакту з іншими. Цей тип особливо схильний до вживання опіатів та гашишу.

Епілептоїдний тип через агресивність та збудливість досить часто має прояви дезадаптації, що призводить до вживання наркотичних речовин і дуже швидкого настання залежності, тоді як потяг до препарату відзначається значною силою.

Історії мають демонстративний тип, тобто вони віддають перевагу стимуляторам, які призводять до необхідної активності та впевненості в собі. Нестабільний тип, на думку А. Є. Лічка, є найбільш схильним до звикання поведінки, через відсутність здатності до нестабільності поведінки та цілеспрямованої діяльності. У астеноневротичного, психастенічного та чутливого типів схильність до вживання наркотиків та алкоголю не відзначалася через відсутність конкретної інформації та особливостей проявів тощо [5, с. 7].

Це пов'язано з тим, що мозок людини є центром спілкування, який складається приблизно зі ста мільярдів нервових клітин. Колекції функціонально пов'язаних або хімічно пов'язаних нейронів створюють нейронні мережі, які служать для передачі сигналів між різними структурами (зонами) мозку, периферичної нервової системи та спинного мозку. Вони є регуляторами, які координують усі наші дії та думки.

Кожна нервова клітина мозку надсилає та отримує повідомлення у вигляді хімічних та електричних сигналів. Тільки клітина приймає і приймає сигнал для обробки, а потім посилає його іншим нейронам [11, с. 252].

1.3. Психологічні проблеми осіб, які страждають на алкоголізм та наркоманію

Для адитивної поведінки найпоширенішими є наркоманія та алкоголізм, які виражають значну небезпеку як для суспільства в цілому, так і для окремих людей та людей. Психологічні проблеми таких осіб не лише особисті, але й широко поширені в колі їх спілкування та їх близького оточення, яке через

відчайдушну ситуацію від цього постійно страждає. Поганий вплив наркоманії та алкоголізму полягає не стільки в небезпеці залежної (хворої) людини для інших, коли вона вчиняє злочин, скільки в тому, що алкоголізм (наркоманія) відновлює внутрішній світ людини, її установки і цінностей. Такі люди не можуть бути "нормальними" в очах оточуючих, оскільки вони, здається, живуть у своєму власному світі і керуються власними помилковими нормами життя. У них коло інтересів помітно звужується, зникають культурні потреби, з'являється тенденція до ведення асоціального способу життя, етичні норми поведінки втрачають свою регулятивну силу, відбувається розгальмування нижчих мотивів тощо [1, с. 172-181].

Алкоголь провокує створення афекту і посилює його в дії, а потім докорінно змінює особистісно значущі комунікативні зв'язки, при цьому також необхідно враховувати емоційний стан людини (лють, страх, вплив ревнощів, гніву тощо).) [5, с. 73-74].

Вплив алкоголю не тільки зменшує самокритичність і самоконтроль над діями, але і посилює психосоматичні захворювання, характерні для багатьох, не впевнених у собі людей. Близько 50% алкоголіків розвивають статеву залежність від алкоголю.

Виявлено та пов'язано з порушеннями нейрогуморальної системи, хворобливими змінами в печінці, нервовій системі, порушенням обміну мікроелементів, авітамінозом. Сексуальні дисфункції повідомляються приблизно у 85% наркоманів. Їх причина полягає в порушенні вироблення в організмі ендоморфінів, тестостерону, оскільки організм зосереджує більшу частину своєї уваги на самозбереженні, притупляючи інші фізіологічні потреби в розмноженні. У тих, хто страждає алкогольним психозом, імпотенція розвивається абсолютно пригніченою, а статевий потяг не зникає, але фізично нічого не відбувається через неможливість, після чого виникає дисонанс між бажанням і реальністю, що призводить до агресії [4; 7, с. 130].

В нашому суспільстві є дуже поширеним виникнення алкоголізму та наркоманії, яке характерне для великої кількості населення, особливо серед молоді, що веде до знищення будь-яких ідеологічних орієнтирів та перспектив у житті. Спочатку молодь думає, що можна «жити одним днем» та «брати від життя максимальний кайф», а потім стає помітно, що алкоголь та наркотики є способом уникнення життєвих проблем, відхід від побутового життя, сімейних негараздів. Це все відбувається для зміни однієї реальності на іншу, щоб «збільшити свою емоційність та рівень внутрішнього щастя» тощо. Почуття власної неповноцінності та неспроможності в житті, вкрай низька самооцінка, почуття відчуженості, невпевненості в собі та непотрібності нікому ні собі, ні суспільству, стають менш помітними або зникають зовсім під час вживання алкоголю та наркотиків. Проте після похмілля все повертається назад і людина відчуває себе погано в тій реальності, у якій вона живе. Час від часу на зміну алкоголю як символу проведення часу молоддю на зміну виникає вживання наркотиків, що стає атрибутом молодіжної субкультури, частиною можливості спілкування в підлітково-молодіжному середовищі та вираженні своїх думок, емоцій, стирання кордонів. Існує безліч тем для обговорення стосовно цієї проблеми, але науковцям важко дійти до одного рішення, так як всі люди різні, вони мають різне оточення, рівень освіти та соціальний статус, що не дає «звести все до одного». Взагалі, алкоголь та наркотики самі по собі не створюють абсолютно нової особистості, надаючи їй нових рис.

Суть в тому, що вони провокують демонстрацію оточення, яке людина ховає в собі, справжньому. Алкоголь та наркотики яскраво відштовхують від людини те, що їй притаманне, знижують рівень культури окремих людей так, що в цілому пришвидшує їх знищення як особистості, сприяючи появі асоціальних ідей та поглядів, віри або її відсутності тощо. Психотропні речовини, наркотичні речовини та алкоголь стимулюють людину до активності з точки зору демонстрації свого «Я», оскільки в корі головного мозку посилюється статевая агресія, що призводить до нелюдських бажань. Алкоголь

впливає на мозок таким чином, нейрон = нейромедіатори та інші ланцюгові реакції вже не можуть існувати без прояву агресії та невдоволення. Також через це у кров виділяється велика кількість гормонів, що призводить до деградації особистості, тому вони навіть можуть стати зоофілами тощо [чотири].

Дуже велике органічне пошкодження мозку будь-якої етіології призводить до руйнування тих мозкових центрів, які відповідають за статеву патологію, про що ми щойно запам'ятали, що призводить до її повного руйнування, яке жодним чином не можна повернути назад. Тобто розлад статевого потягу розвивається через психічні зміни, що виникли в результаті раннього органічного ураження мозку. Наявність психопатичних розладів (слабкість у корекції поведінки, підвищена збудливість, раннє пробудження статевого потягу, перепади настрою, психічна незрілість тощо) також призводить до психічних розладів, які за несприятливих соціальних обставин посилюють розлад у суспільстві, оскільки така людина не контролює свої дії і поводить себе неприпустимо. У більшості сексуальних злочинців цієї групи психічні розлади пов'язані з передчасним статевим розвитком. Це сприяє ранньої сексуальної активності, консолідації несприятливих психічних і соціальних впливів, набуттю збочених переживань і призводить до вчинення сексуальних злочинів.

Потреба у зловживанні алкоголем такої групи осіб виявлена у 71,1% випадків, оскільки алкоголізм, що виникає внаслідок черепно-мозкових уражень, відзначений у 9,8%. Наслідки черепно-мозкової травми призводить до алкоголізації осі, що матиме вплив на різноманітність статевих злочинів, які можуть бути такими, що навіть не передбачені чинним законодавством, оскільки вони наділені такою діяльністю тварин, не має меж жорстокості [11 с.19-20].

Це трапляється, оскільки алкоголь робить людину більш схвильованою, сміливішою та байдужішою до покарання. Емоційний стрес людей, сила статевого потягу призводять до послаблення моральної стриманості, що

призводить до провокації ГОУ до вчинення злочинів сексуального характеру. Коли алкоголізм лише починається, зазвичай помітна зміна активності статевого потягу суперечить паралельному розвитку його гальмування.

Стадії перебігу такого захворювання протягом тривалих періодів призводять до частих скарг на падіння та зникнення статевого потягу, що призводить до зменшення ерекції. Суперечність полягає в тому, що під час алкогольного сп'яніння, коли дози алкоголю зростають, стає помітним посилення статевого потягу, але це ніяк не стабілізується без алкоголю.

Ось чому ключовим є те, що алкоголізм та наркоманія впливають на психічний стан людини та на фізіологічний, а це все впливає на орієнтацію особистості в суспільстві, її мету, розвиток тощо. Ті, хто страждає на ці захворювання, входять до групи кримінального ризику, оскільки для них характерне розширення діапазону допустимого, виникає підвищена агресивність, знижується поріг самокритичності, що є товаришами по алкоголізму та наркоманії. Це всі показники, хоча і не обов'язково, і, швидше за все, спонукають людину порушувати закони та порядок.

Тобто психологічні проблеми людей, які вживають алкоголь та наркотики, є повністю руйнівними для їхньої психіки, оскільки вони поступово руйнують і психіку, і організм в цілому.

Висновки до розділу 1

Вживання наркотиків та алкоголю є дуже соціальною діяльністю. У межах наркоманії та когнітивної моделі наркоманії соціальні фактори розглядаються як важливі в етіології, виникненні та підтримці та модифікації поведінки вживання наркотичних речовин. Як правило, вживання алкоголю та наркотиків відбувається в соціальних ситуаціях і часто має наслідки для соціальних відносин та соціального функціонування. У міру збільшення тяжкості вживання речовин людиною енергія, активність, соціальні мережі та стосунки все частіше обертаються навколо вживання речовин людиною.

Отже, проблеми вживання речовин викликають серйозні проблеми із психічним здоров'ям у вразливих окремих груп. Потім виникають серйозні проблеми з

психічним здоров'ям, підтримувані послідовним вживанням речовин через соціально навчені когнітивні фактори, такі як переконання, очікувана тривалість та мотиви вживання речовин (Muser, Drake & Wallach, 1998). Наявні дані досліджень свідчать про те, що існує багато можливих пояснень того, чому люди з серйозними проблемами психічного здоров'я вразливі до проблем вживання наркотичних речовин. Жодна окрема модель не може пояснити цього, і цілком ймовірно, що множинні моделі сприяють співіснуванню двох як всередині людей, так і між ними. Таким чином, підсумовуючи, різні теорії пропонуються для вирішення високого рівня співіснування важких психічних розладів, проблем зі здоров'ям та вживання наркотиків, алкоголю. Найбільша емпірична підтримка: модель гіперчутливості (тобто біологічна вразливість до психіки, проблеми зі здоров'ям знижують поріг відчуття негативного впливу відносно невеликої кількості речовин) та модель загального фактора ASPD (тобто ASPD сама по собі збільшує ризик розвитку розвитку важкої форми проблеми психічного здоров'я та проблеми вживання речовин). Однак важливо зазначити, що спільні соціальні та особисті фактори (такі як соціально-економічні фактори та депривація) також можуть збільшити ймовірність розвитку АСПЗ, тим самим, у свою чергу, збільшуючи ймовірність розвитку співіснуючих проблем психічного здоров'я.

та проблеми вживання речовин.

Переживання серйозних проблем із психічним здоров'ям часто пов'язане зі значним почуттям втрати. Люди часто втрачають свою соціальну роль, а може бути виключені з нормативних способів отримання задоволення та соціального контакту із пов'язаною з ними стигмою проблем психічного здоров'я.

Погані навички та впевненість у соціальних ситуаціях, шкільні та професійні невдачі, бідність, відсутність відповідальності дорослих, відсутність структурованої та змістовної повсякденної діяльності та життя в районах з високим рівнем доступності наркотиків та девіантними підгрупами можуть посилити вплив соціальних мереж, що використовують речовини (Dusenbury, Botvin & James Ortiz, 1989; Pandina et al., 1990), а вживання речовин може

полегшити соціальну взаємодію з однолітками (Drake, Brunette & Mueser, 1998; Salyers & Mueser, 2001).

Сукупний ефект серйозних проблем психічного здоров'я та проблемного вживання речовин на міжособистісні конфлікти та фінансові проблеми часто робить цих людей соціально вразливими до експлуатації наркоторговцями та незаконної поведінки (Mueser et al., 2001).

Усі ці фактори можуть стати перешкодами для набору на лікування. і зміна поведінки. Але розуміння цих факторів може сигналізувати специфічні потреби в лікуванні цієї популяції та управління процесом.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ З АКЦЕНТУАЦІЯМИ ХАРАКТЕРУ

2.1. Організація та опис методів дослідження

На основі здійсненого теоретичного аналізу літератури та досліджень, що стосуються адиктивної поведінки та впливу алкоголю та наркотичних речовин на стан особистості ми розробили методологічну схему дослідження психологічних особливостей особистості, залежної від психоактивних речовин. Метою проведення емпіричного дослідження стало виявлення специфіки впливу психоактивних речовин на особистість.

Був підібраний методологічний інструментарій, проведене дослідження, здійснено статистичний аналіз даних та інтерпретацію результатів дослідження.

Методологічна схема:

1. Теоретичний аналіз (метод критичного аналізу, метод узагальнення, метод систематизації досліджуваної проблеми на основі осмислення першоджерел).
2. Планування дослідження.
3. Проведення дослідження.

3.1 Розробка програми дослідження.

3.2 Вибір методів і технічних процедур.

- Методика дослідження «Шкала для діагностики депресії в первинній медичній ланці» (PHQ-9);
- Опитувальник «Акцентуації особистості» Шмішека;
- Методика дослідження «Індекс життєвого стилю»;
- Шкала тривожності Тейлора.
- Анкета первинної діагностики «Медлюкс». 19 запитнь

3.3 Проведення дослідження.

Дослідження проводилося в чотири етапи:

1.Збір даних щодо мотивації професійної діяльності респондентів та їх психологічних особливостей.

2.Вибір та пред'явлення методик.

3.Збір даних за допомогою методик.

4.Математично-статистичний аналіз даних, аналіз та інтерпретація результатів дослідження.

4.1 Математично-статистичний аналіз включав такі аналізи:

- описові статистики (середнє, частоти);
- кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена);
- Т-критерій Ст'юдента для порівняння двох незалежних вибірок.

4.2 Аналіз результатів дослідження.

Дослідження проводилось на базі реабілітаційного центру Медлюкс-Рехаб м. Києва. У дослідженні брало участь 62 респонденти віком 19-58 років. З них 30 респондентів з наркотичною залежністю, 32 респонденти – з алкогольною залежністю.

Для проведення дослідження були обрані наступні методики:

1. «Акцентуації особистості» – застосовується опитувальник Шмішека (Schmieschek Fragebogen), який являється реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості.

Теоретичною основою опитувальника являється концепція «акцентуєваних особистостей» К. Леонгарда, який вважає, що властивості особистостей рис можуть бути розділені на основні і додаткові. Основні риси складають стержень, «ядро» особистості. У випадку яскравих виражень основні риси стають акцентуацією характеру. Відповідно, особистості, у яких основні риси яскраво виражені, названі Леонгардом «акцентуєваними». Опитувальник опублікований Г. Шмішеком в 1970 році і містить 10 шкал, відповідно до десяти виділених Леонгардом типів акцентуацій особистості і складається з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» або «ні». З його допомогою виявляються наступні десять типів акцентуації: гіпертимний, збудливий, емотивний, дистимічний (депресивність), невротичний (тривожно-боязкий), інтроєктивний (афективно-екзальтований), циклотимічний (афективно-лабільний) тип, застрягаючий (параноїдальний), педантичний (ригідний) і демонстративний.

2. Методика дослідження «Індекс життєвого стилю» була описана в 1979 році на основі психоеволюційної теорії R. Plutchik і структурної теорії особистості Н. Kellerman. У нашій країні методика адаптована в лабораторії клінічної психології у відділенні наркології психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, під керівництвом професора Л. І. Вассермана.

3. Методика дослідження «Шкала для діагностики депресії в первинній медичній ланці», опитувальник PHQ-9 являє собою експрес-скринінг для оцінки рівня депресії. Був розроблений для діагностики п'яти різних розладів командою фахівців в рамках освітнього гранту компанії Pfizer Inc. У створенні PHQ брали участь доктори Роберт Шпіцер (Robert L. Spitzer), Джанет Вільямс (Janet B.W. Williams), Курт Кронке (Kurt Kroenke) та ін.

Методика виявилася досить гнучкою і набула поширення. А згодом кластер Patient Health Questionnaire, що стосується виявлення депресивних симптомів, було виділено в окремий опитувальник, нині відомий як PHQ-9, або шкала депресії PHQ. Сьогодні кожен кластер Patient Health Questionnaire може бути

використаний самостійно, і часто модуль PHQ-9 застосовується для діагностики депресії окремо.

4. Шкала тривожності Тейлора — особистісна шкала проявів тривоги

Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) призначена для дослідження проявів тривожності. Опублікована Дж. Тейлором в 1953 р. Шкала складається з 50 тверджень, на які досліджуваній повинен відповісти «так» або «ні». Твердження відбиралися з переліку тверджень особистісного опитувальника ММРІ. Вибір пунктів для тесту здійснювався на основі аналізу їх здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги». Тестування триває 15—30 хв. Для зручності використання кожне твердження пропонується досліджуваному на окремій картці.

Більш відомі варіанти методики в адаптації Т. А. Немчинова і В. Г. Норакидзе, який в 1975 році доповнив опитувальник шкалою брехні, що дозволяє судити про демонстративність, нещирість у відповідях. Обидва варіанти опитувальника використовуються при індивідуальному і груповому обстеженні, здатні вирішувати як теоретичні, так і практичні завдання.

Для проведення практичної частини нашого дослідження був складений набір методик, адекватний меті роботи. Включення в методичний апарат конкретних тестів і відповідних їм експериментальних показників виконувався на основі наступних критеріїв: концептуальна обумовленість методу, висока валідність, психометрична надійність.

4. Анкета первинної діагностики «Медлюкс». 19 запитнь.

Результати проведеного дослідження викладені в наступному параграфі.

2.2. Аналіз результатів дослідження

За допомогою опитувальника PHQ-9 ми отримали середні показники рівня депресії по всій вибірці (Додаток 1). Середній показник загальної кількості симптомів (4,9) та загальної кількості балів (6,5) свідчать про легку депресію (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

**Описові статистики «Шкала для діагностики депресії в первинній
медичній ланці»**

Описові статистики					
	Кількість	Мінімум	Максимум	Середній показник	Середнє відхилення
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика
PHQ-9 загальна кількість симптомів	62	0	10	4,9	2,6
PHQ-9 загальна кількість балів	62	0	20	6,5	4,7
Кількість валідних (по списку)	62				

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.1.):

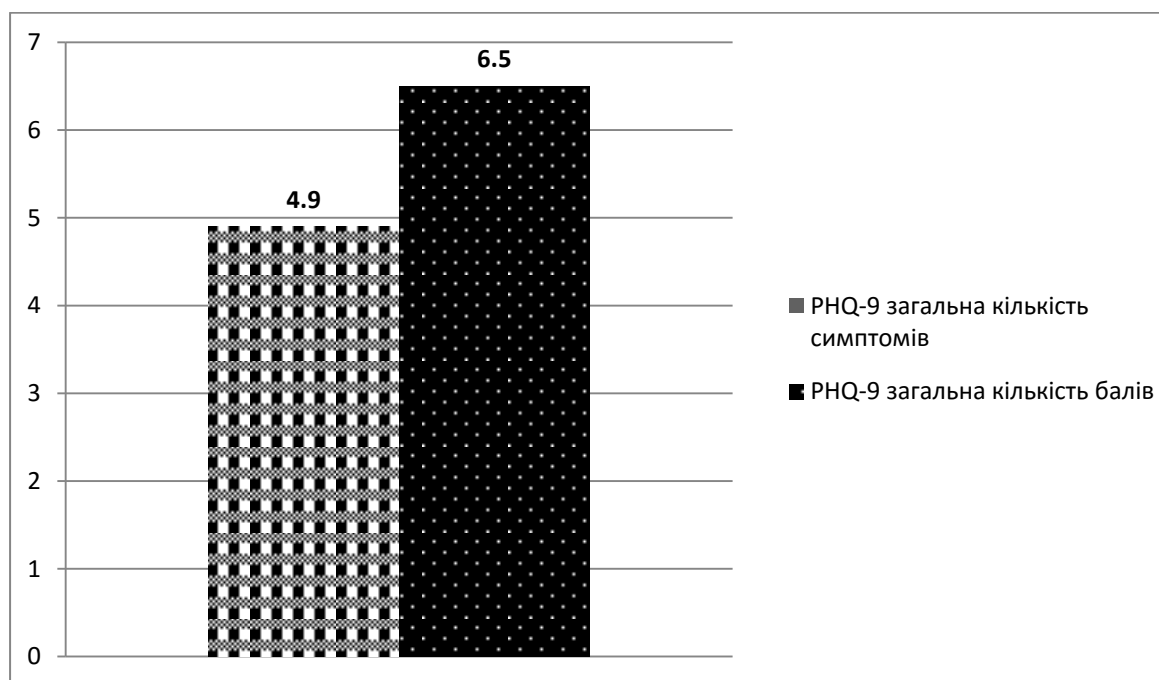


Рис.2.1.

Середня оцінка рівня депресії

За допомогою статистики частоти (Додаток 2) ми можемо дізнатися, який розподіл за рівнем оцінки депресії мають респонденти (рис.2.2.).

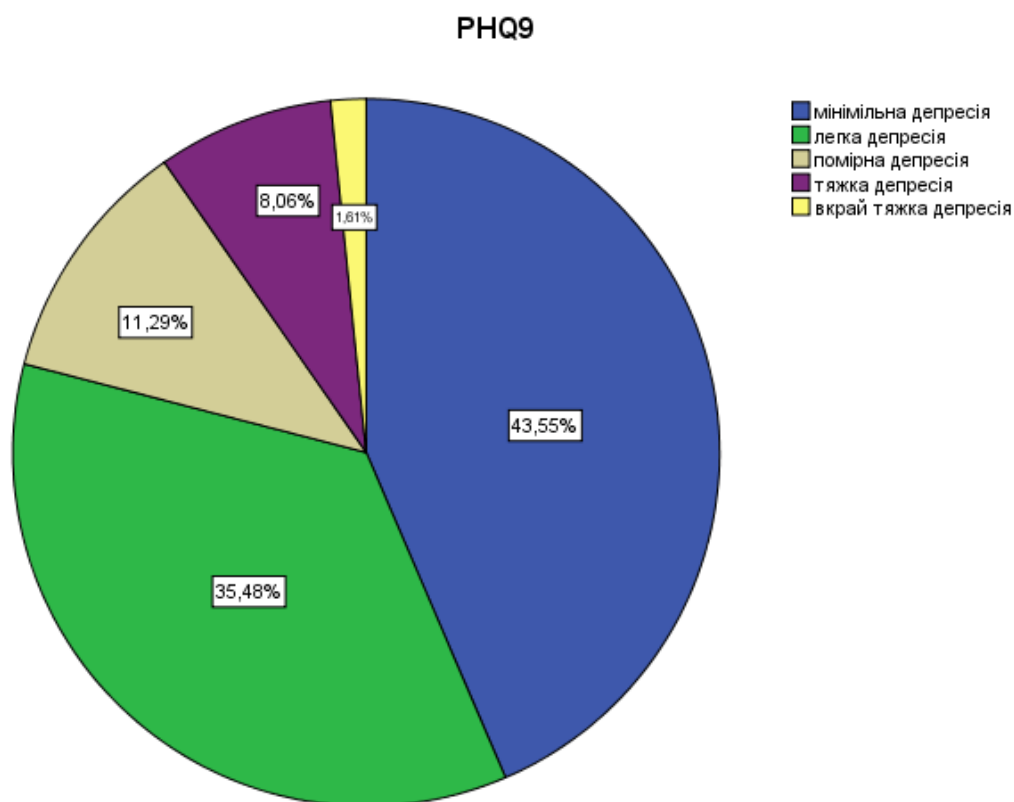


Рис.2.3.

Розподіл рівня оцінки депресії

На діаграмі мінімальна депресія виявлена у 43,5%, легка – 35,5%, тяжка – 8,1%, помірна – 11,3%, вкрай тяжка – 1,6% в досліджуваній вибірці.

За допомогою опитувальника Шмішека «Акцентуації особистості» ми отримали середні показники акцентуацій по всій вибірці (Додаток 3). Середні показники акцентуацій характеру свідчать про те, що в діапазоні середніх значень знаходяться такі акцентуації – дистимічність (11,1), циклотимічність (12,5), застрягання (12,1), педантичність (12,5), тривожність (10,1), збудливість (11,6); а в діапазоні значень вище середнього – гіпертимність (17,8), емоційність (13,1), демонстративність (14,6), екзальтованість (16,6) (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Описові статистики «Акцентуації особистості»

Описові статистики					
	Кількіст	Мінімум	Максимум	Середнє	Середнє

	Б		М		відхилен ня
	Статист ика	Статисти ка	Статисти ка	Статисти ка	Статисти ка
Гіпертимність	62	2	24	17,8	4,6
Дистимічність	62	3	24	11,1	6
Циклотимність	62	2	24	12,5	5,2
Емоційність	62	3	24	13,1	6,2
Демонстративніс ть	62	6	22	14,6	4,2
Застрягання	62	4	18	12,1	3,7
Педантичність	62	4	20	12,5	3,8
Тривожність	62	1	21	10,1	4,8
Збудливість	62	1	21	11,6	5,2
Екзальтованість	62	3	24	16,6	6
Кількість валідних (по списку)	62				

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.3.):

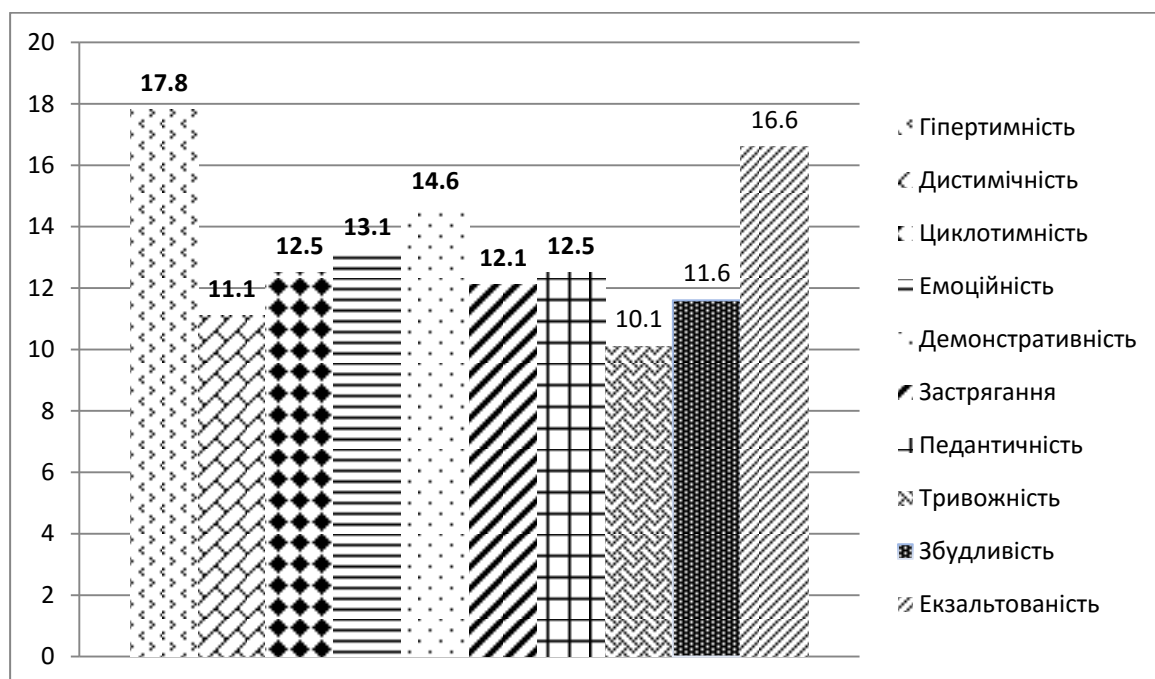


Рис.2.3. Середні показники акцентуацій характеру

За допомогою статистики частоти (Додаток 4) ми можемо дізнатися, яка кількість респондентів має акцентуації (рис.2.4.-2.13.).

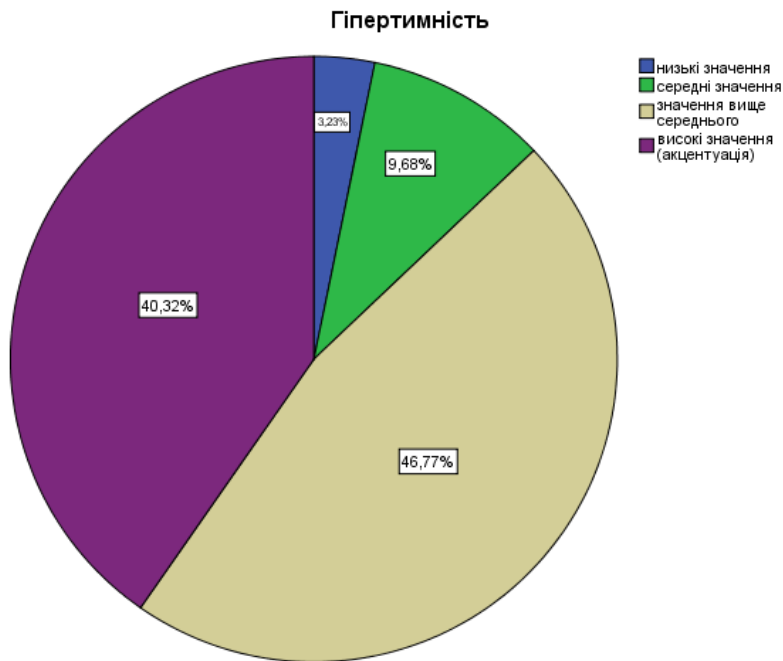


Рис.2.4. Розподіл акцентуації «гіпертимність»

На діаграмі ми бачимо, що гіпертимність не виражена у 3,2%, середня ступінь у 9,7%, вище середнього у 46,7%, акцентуації у 40,3% в досліджуваній вибірці.

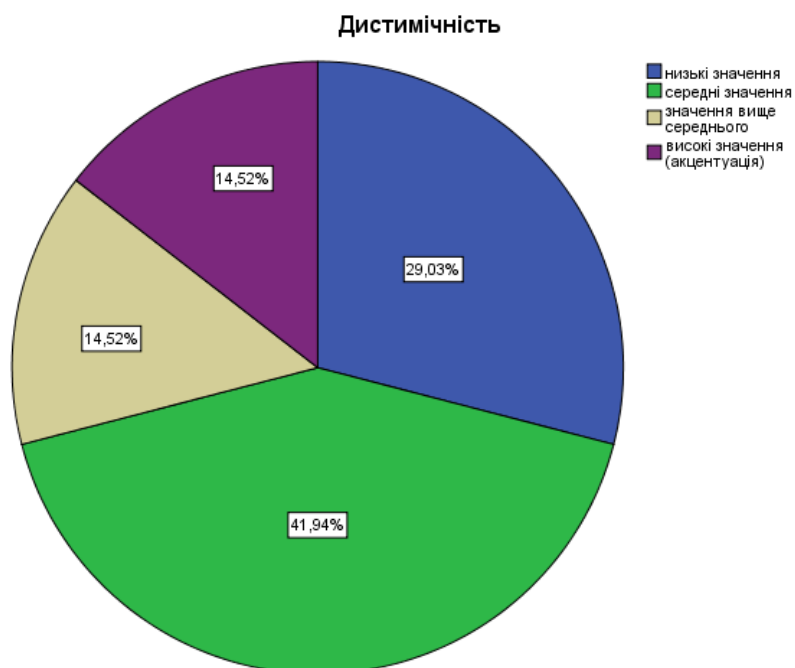


Рис.2.5. Розподіл акцентуації «дистимічність»

На діаграмі ми бачимо, що дистимічність не виражена у 29%, середня ступінь у 42%, вище середнього у 14,5%, акцентуації у 14,5% в досліджуваній вибірці.

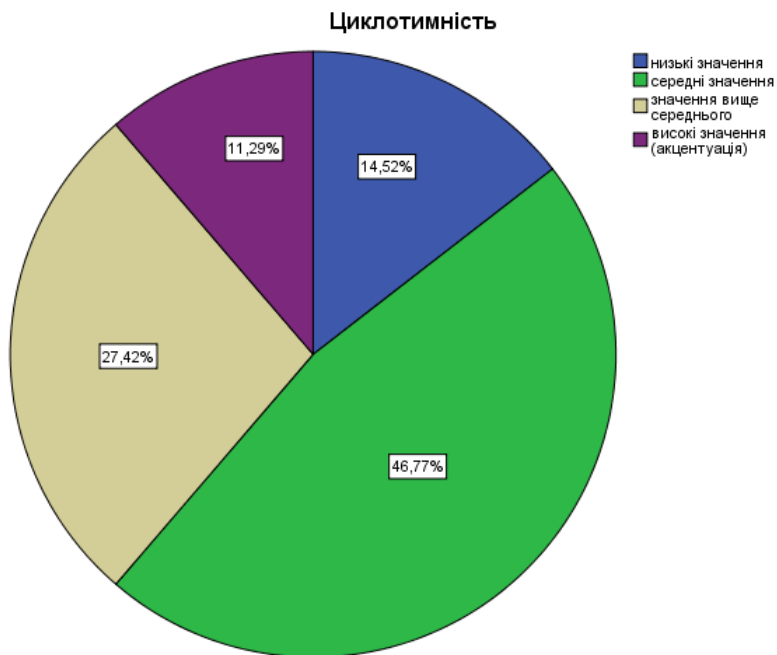


Рис.2.6. Розподіл акцентуації «циклотимність»

На діаграмі ми бачимо, що циклотимність не виражена у 14,5%, середня ступінь у 46,8%, вище середнього у 27,4%, акцентуації у 11,3% в досліджуваній вибірці.

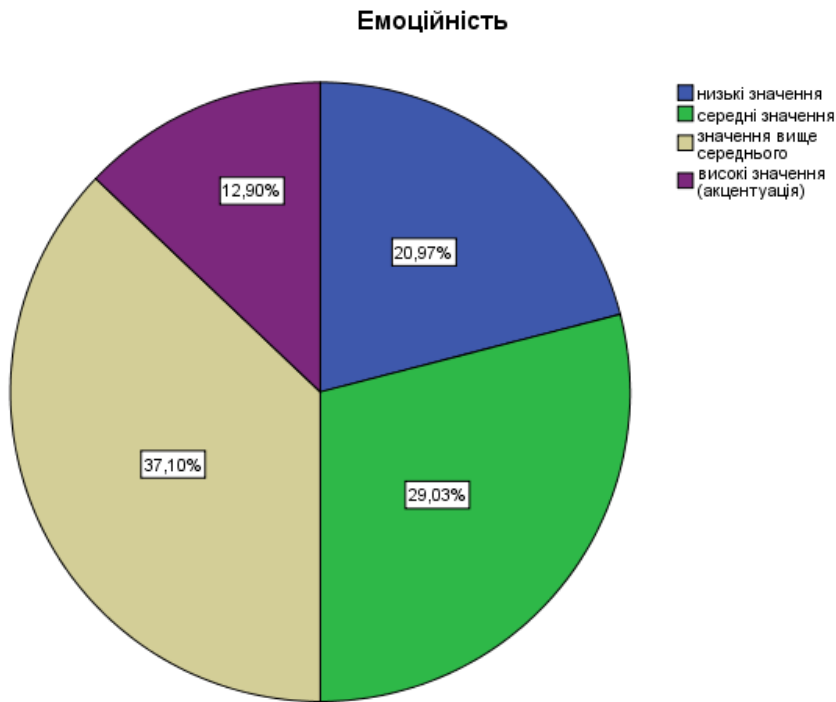


Рис.2.7. Розподіл акцентуації «емоційність»

На діаграмі ми бачимо, що емоційність не виражена у 21%, середня ступінь у 29%, вище середнього у 37,1%, акцентуації у 12,9% в досліджуваній вибірці.

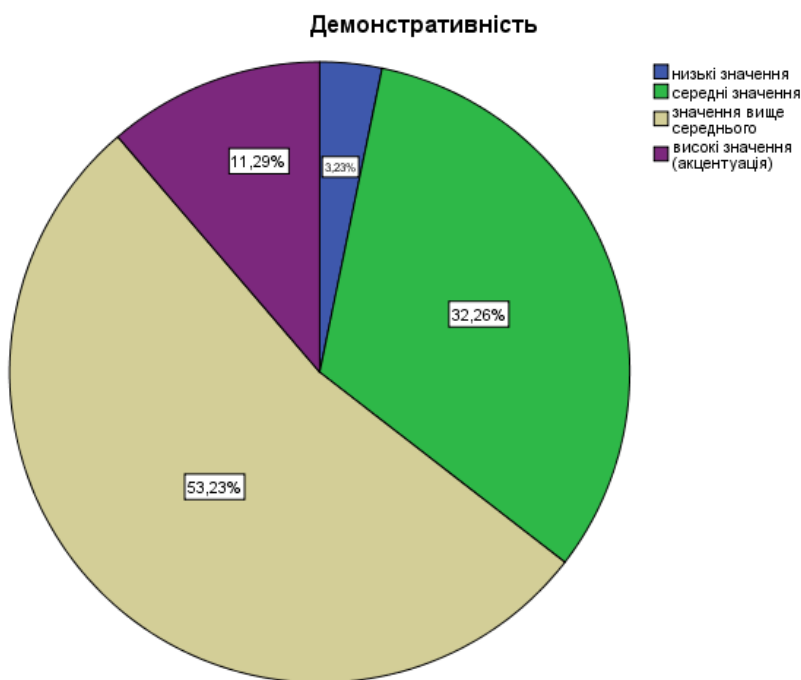


Рис.2.8. Розподіл акцентуації «демонстративність»

На діаграмі ми бачимо, що демонстративність не виражена у 3,2%, середня ступінь у 32,3%, вище середнього у 53,2%, акцентуації у 11,3% в досліджуваній вибірці.

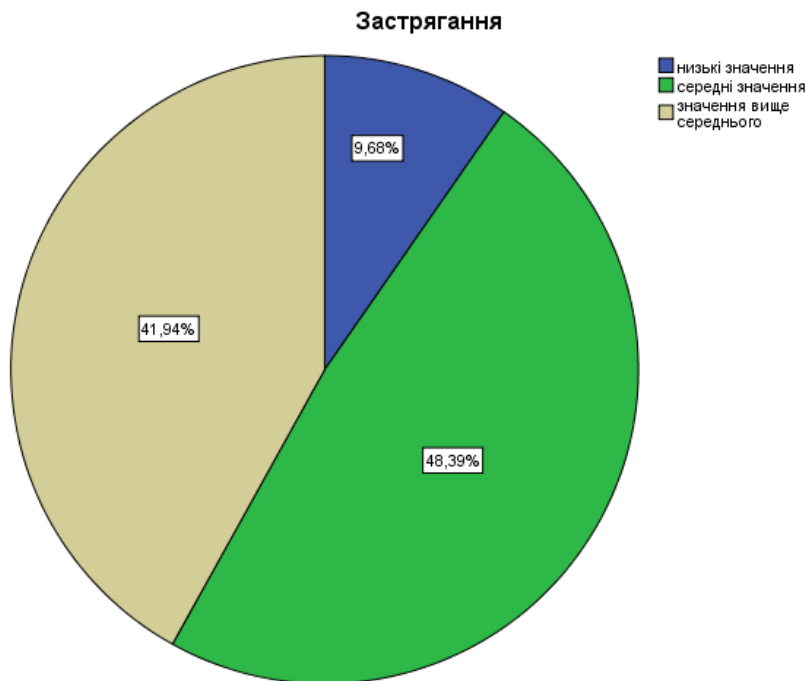


Рис.2.9. Розподіл акцентуації «застрягання»

На діаграмі ми бачимо, що застрягання не виражено у 9,7%, середня ступінь у 48,4%, вище середнього у 42% в досліджуваній вибірці.

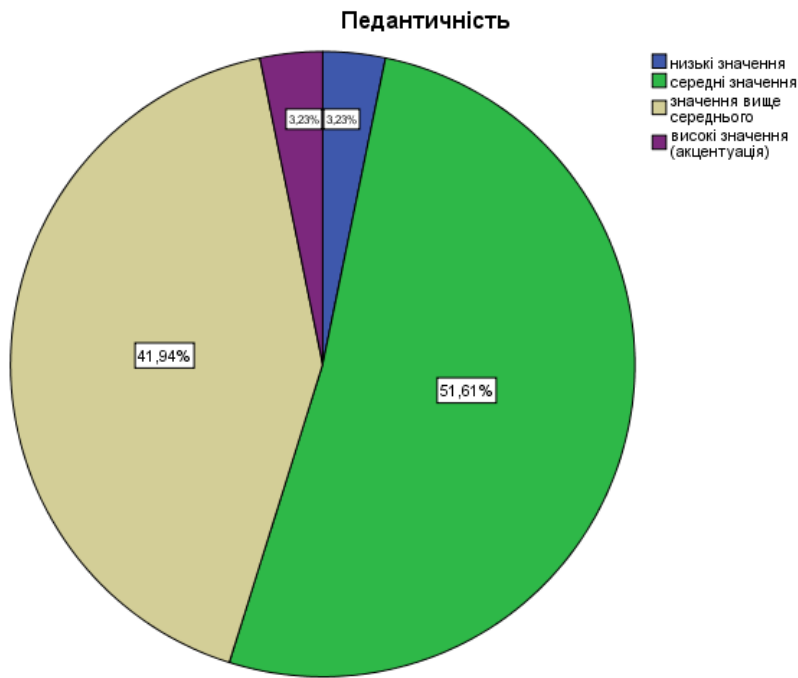


Рис.2.10. Розподіл акцентуації «педантичність»

На діаграмі ми бачимо, що педантичність не виражена у 3,2%, середня ступінь у 51,6%, вище середнього у 41,9%, акцентуації у 3,2% в досліджуваній вибірці.

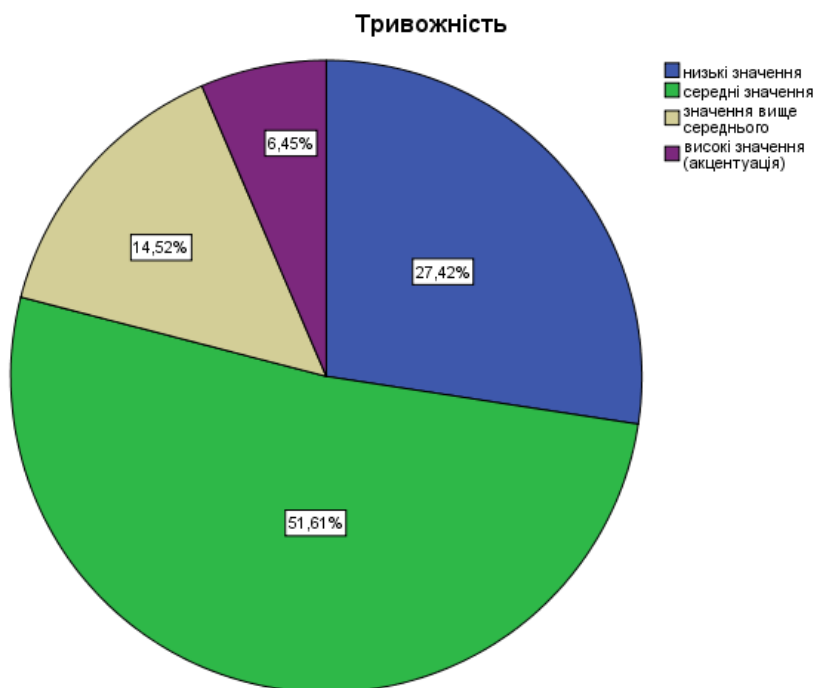


Рис.2.11. Розподіл акцентуації «тривожність»

На діаграмі ми бачимо, що тривожність не виражена у 27,4%, середня ступінь у 51,6%, вище середнього у 14,5%, акцентуації у 6,5% в досліджуваній вибірці.

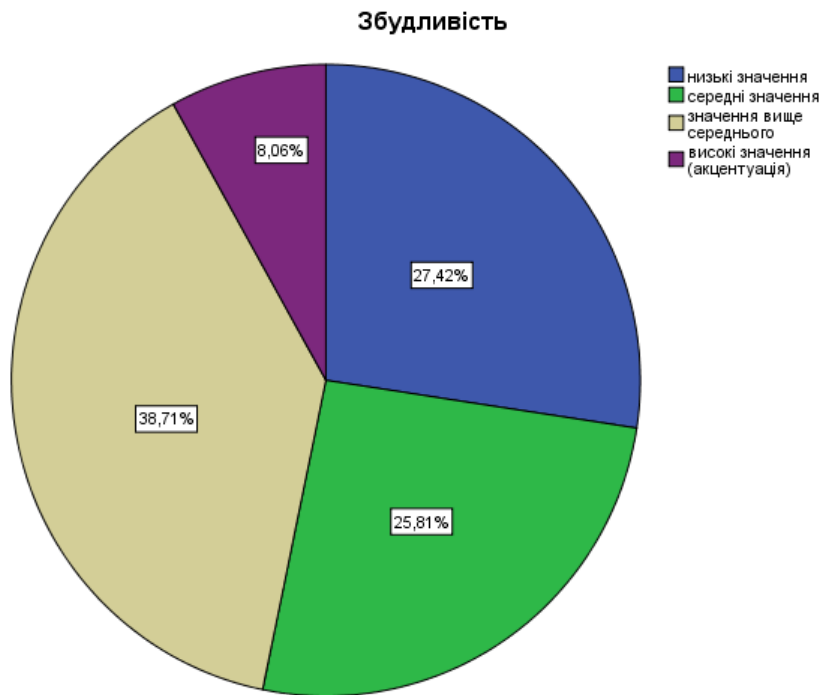


Рис.2.12. Розподіл акцентуації «збудливість»

На діаграмі ми бачимо, що збудливість не виражена у 27,4%, середня ступінь у 25,8%, вище середнього у 38,7%, акцентуації у 8,1% в досліджуваній вибірці.

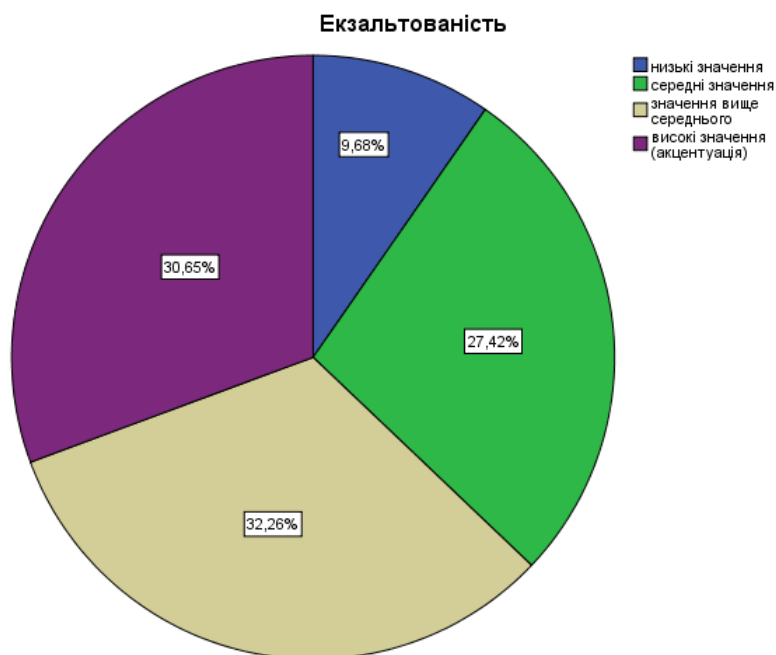


Рис.2.13. Розподіл акцентуації «екзальтованість»

На діаграмі ми бачимо, що екзальтованість не виражена у 9,7%, середня ступінь у 27,4%, вище середнього у 32,3%, акцентуації у 30,6% в досліджуваній вибірці.

За допомогою методики «Індекс життєвого стилю» ми отримали середні показники механізмів психологічного захисту по всій вибірці (Додаток 5) (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Описові статистики «Індекс життєвого стилю»

Описові статистики					
	Кількість	Мінімум	Максимум	Середнє	Середнє відхилення
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика
Заперечення	62	15	100	55,6	21,8
Витіснення	62	16	83	44	16,7
Регресія	62	7	100	50	26,6
Компенсація	62	10	90	54,7	23
Проекція	62	15	93	58,6	19,1
Заміщення	62	5	100	50,1	22,3

Інтелектуалізація	62	10	92	61	19,4
Реактивне утворення	62	0	100	40,7	31,9
Кількість валидних(по списку)	62				

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.14.):

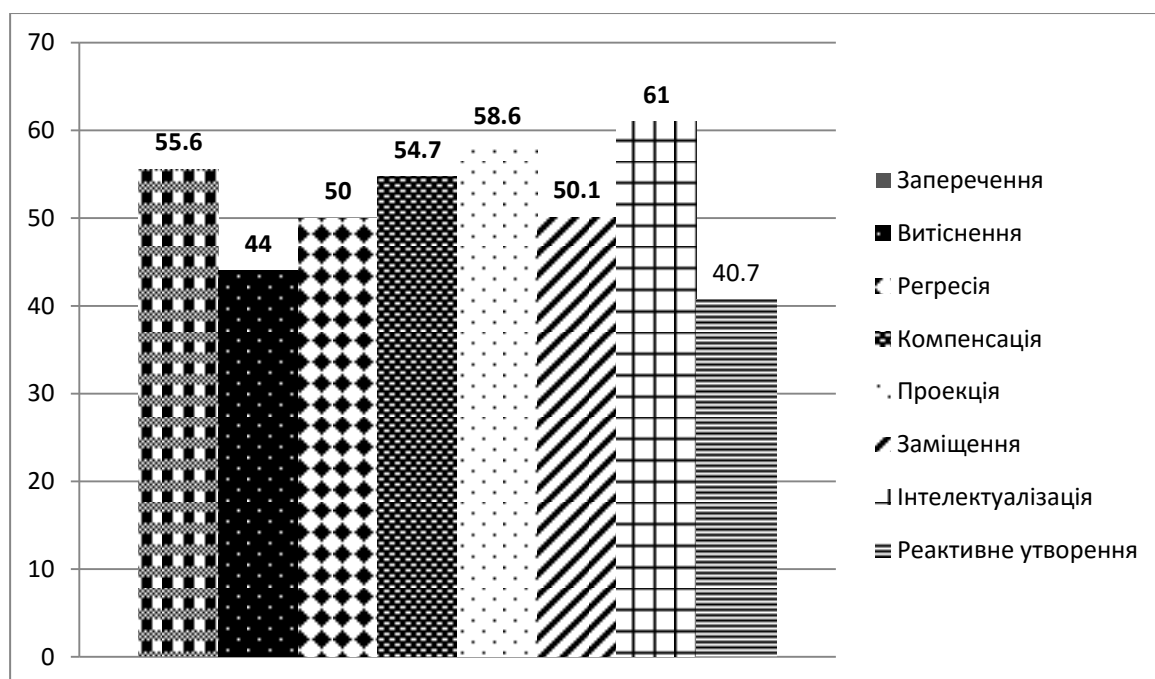


Рис.2.14. Середні показники механізмів психологічного захисту

За допомогою шкали тривоги Тейлора ми отримали середні показники рівня тривожності по всій вибірці (Додаток 6). Середній показник (13,7) свідчить про середню тривожність з тенденцією до низької (табл. 2.4.).

Таблиця 2.4.

Описові статистики «Шкала тривоги»

Описові статистики					
	Кількість	Мінімум	Максимум	Середній показник	Середнє відхилення
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика
Тривога	62	1	40	13,7	9,6

Кількість валідних (по списку)	62				
---	----	--	--	--	--

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.15.):

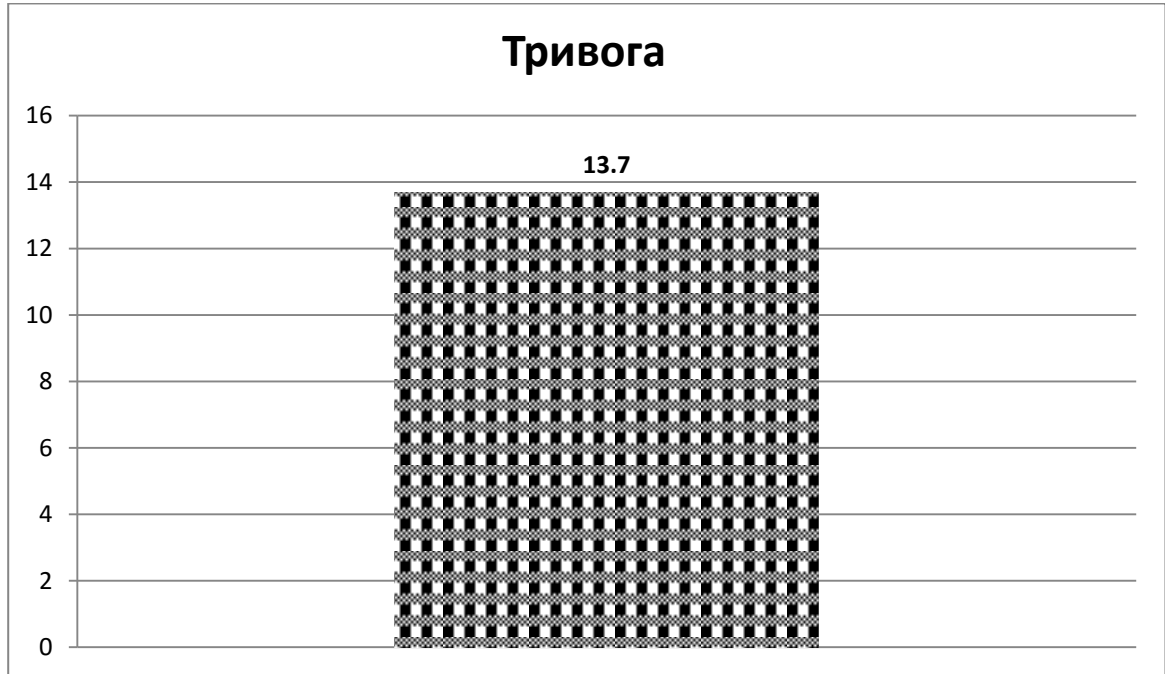


Рис.2.15. Середній показник за шкалою тривоги

За допомогою статистики частоти (Додаток 7) ми можемо дізнатися, який розподіл за рівнем показника тривоги мають респонденти (рис.2.16.).

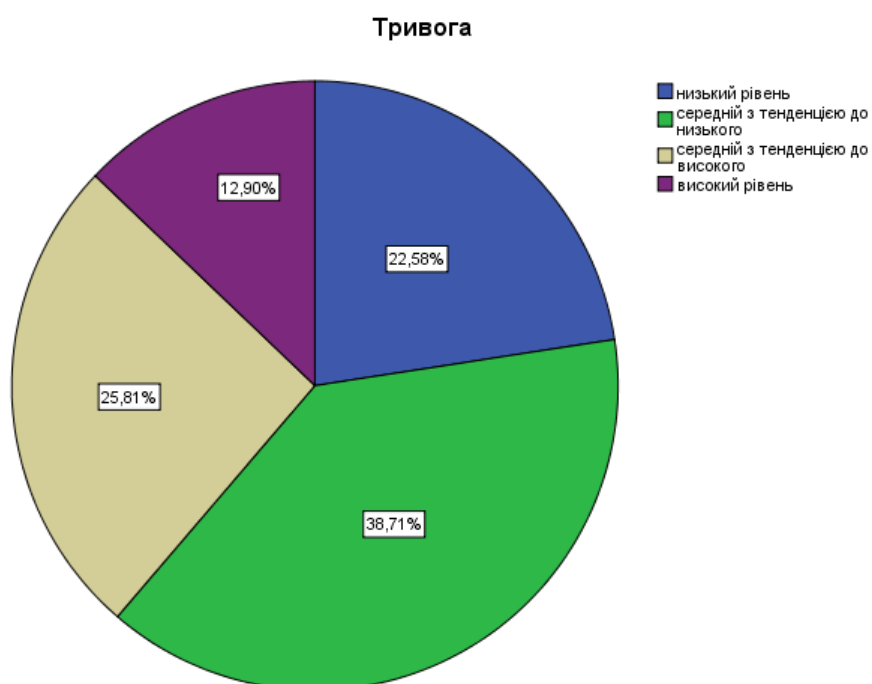


Рис.2.16. Розподіл рівня тривоги

На діаграмі низька тривожність виявлена у 22,6%, середня з тенденцією до низької – 38,7%, середня з тенденцією до високої – 25,8%, висока – 12,9% в досліджуваній вибірці.

Наступним нашим кроком було проведення кореляційного дослідження. За допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) (Додаток 8) ми можемо перевірити взаємозв'язок шкал методик за всією вибіркою (табл.2.5).

Таблиця 2.5.

Кореляційний аналіз між шкалами методик за всією вибіркою

	Заперечення	Витіснення	Регресія	Проекція	Заміщення	Інтелектуалізація	Реактивне утворення
РНQ9				-0,280*			-0,289*
Гіперти мність			-0,283*				
Дистим ічність	0,300*						
Циклот имність	0,294*						
Емоцій ність			-0,257*				
Демонс тративн ість	-0,316*			0,429**			
Застряг ання	0,372**						

Педантичність	0,337**						
Тривожність		-0,282*			0,272*		
Збудливість				0,353**			0,266*
Екзальтованість	0,252*					-0,311*	

*Кореляція є значущою на рівні 0,05.

** Кореляція є значущою на рівні 0,01.

Виявлені:

- слабка негативна кореляція (-0,280*, $p=0,027$) між показниками депресії та проекцією. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень депресії, тим нижчий рівень проекції;
- слабка негативна кореляція між показниками депресії та реактивним утворенням (-0,289*, $p=0,023$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище показник депресії, тим нижчий показник реактивного утворення;
- слабка негативна кореляція між показниками гіпертимності та регресії (-0,283*, $p=0,026$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище показник гіпертимності, тим нижчий показник регресії;
- слабка позитивна кореляція між показниками дистимічність та заперечення (0,300*, $p=0,018$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник дистимічності, тим вища показник заперечення;
- слабка позитивна кореляція між показниками циклотимічність та заперечення (0,294*, $p=0,020$). Тобто з підвищенням рівня одного показника,

підвищується другий та навпаки – чим вище показник циклотимічності, тим вища показник заперечення;

- слабка негативна кореляція між показниками емоційність та регресія ($-0,257^*$, $p=0,044$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище показник емоційності, тим нижча регресія;

-слабка негативна кореляція між показниками демонстративність та заперечення ($-0,316^*$, $p=0,012$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище показник демонстративності, тим нижчий показник заперечення;

- середня позитивна кореляція ($0,429^{**}$, $p=0,000$) між показниками демонстративність та проекція. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник демонстративності, тим вища проекція;

- середня позитивна кореляція ($0,372^{**}$, $p=0,003$) між показниками застрягання та заперечення. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник застрягання, тим вищий показник заперечення;

- слабка позитивна кореляція ($0,337^{**}$, $p=0,007$) між показниками педантичність та заперечення. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник педантичності, тим вища показник заперечення;

- слабка негативна кореляція ($-0,282^*$, $p=0,027$) між показниками тривожність та витіснення. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень тривожності, тим нижчий рівень витіснення;

- слабка позитивна кореляція між показниками тривожність та заміщення ($0,272^*$, $p=0,032$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник тривожності, тим вища показник заміщення;

- середня позитивна кореляція (0,353**, $p=0,005$) між показниками збудливість та проєкція. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник збудливості, тим вища проєкція;
- слабка позитивна кореляція (0,266*, $p=0,037$) між показниками збудливість та реактивне утворення. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник збудливості, тим вищий показник реактивного утворення;
- слабка позитивна кореляція між показниками екзальтованість та заперечення (0,252*, $p=0,048$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник екзальтованості, тим вищий показник заперечення;
- слабка негативна кореляція (-0,311*, $p=0,014$) між показниками екзальтованість та інтелектуалізація. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень екзальтованості, тим нижчий рівень інтелектуалізації.

Для того щоб виокремити особливості людей з залежністю від різних речовин, необхідно провести порівняльний аналіз результатів методик між залежними від наркотичних речовин та залежними від алкоголю.

Для цього використаємо критерій порівняння середніх Т-Ст'юдента за опитувальником РНQ-9 (Додаток 9)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Немає статистично значущі відмінності за показником депресія (Sig. (2-tailed)=0,035).

Подивимось, як саме розподілились середні бали за шкалою між залежними від наркотичних речовин та залежними від алкоголю (табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

Середні показники «Шкала для діагностики депресії в первинній медичній ланці»

	PHQ-9
Залежні від наркотичних речовин	5,9
Залежні від алкоголю	7,1

Середні показники загальної кількості балів у залежних від наркотичних речовин (5,9) та залежних від алкоголю (7,1) свідчать про легку депресію. Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.17.):



Рис.2.17. Середня оцінка рівня депресії

За допомогою статистики частоти (Додаток 10) ми можемо дізнатися, який розподіл за рівнем оцінки депресії мають респонденти з наркотичною (рис.2.18.) та алкогольною залежністю (рис.2.19.).

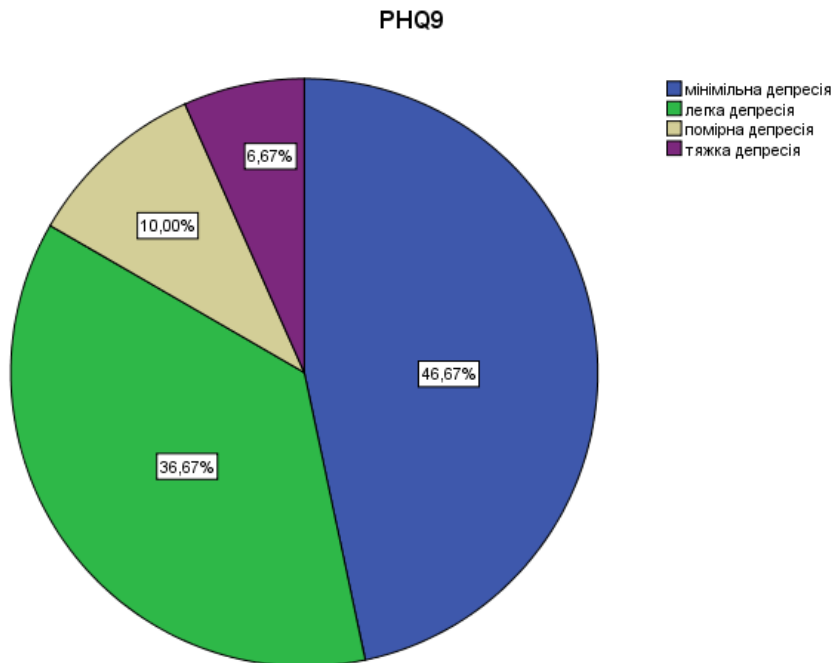


Рис.2.18. Розподіл рівня оцінки депресії (наркотичні речовини)

На діаграмі мінімальна депресія виявлена у 46,7%, легка – 36,7%, тяжка – 6,7%, помірна – 10% в досліджуваній вибірці.

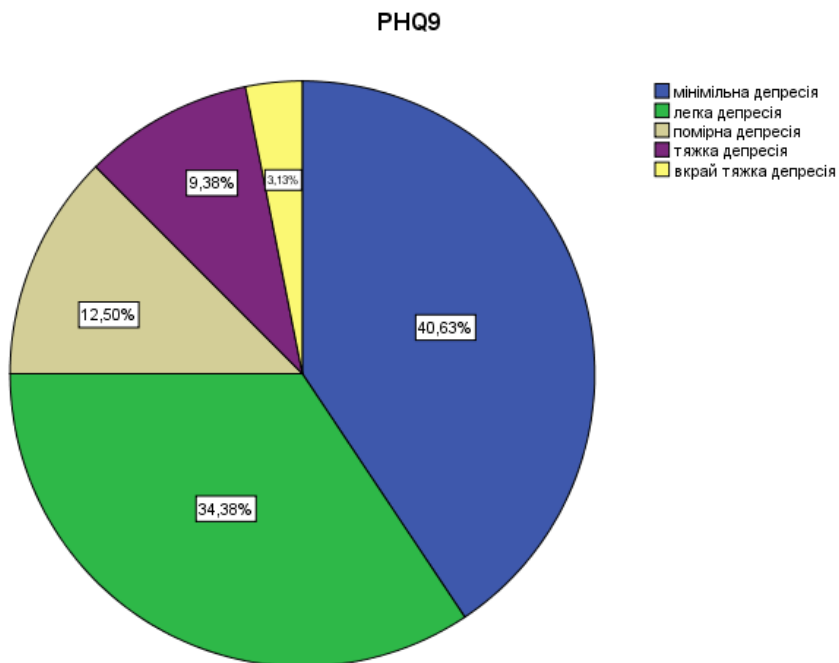


Рис.2.19. Розподіл рівня оцінки депресії (алкоголь)

На діаграмі мінімальна депресія виявлена у 40,6%, легка – 34,4%, тяжка – 9,4%, помірною – 12,5%, вкрай тяжка – 3,1% в досліджуваній вибірці.

Далі використаємо критерій порівняння середніх Т-Ст'юдента за опитувальником Шмішека «Акцентуації особистості» (Додаток 11)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Немає статистично значущі відмінності за показниками опитувальника.

Подивимось, як саме розподілились середні бали за кожною шкалою між залежними від наркотичних речовин та залежними від алкоголю (табл. 2.7.).

Таблиця 2.7.

Середні показники «Акцентуації особистості»

	Залежні від наркотичних речовин	Залежні від алкоголю
Гіпертимність	17,5	17,9
Дистимічність	10,7	11,4
Циклотимність	12,1	12,9
Емоційність	13,2	12,9
Демонстративність	14,1	15,1
Застрагання	12,1	12,1
Педантичність	12,6	12,4
Тривожність	9,6	10,5
Збудливість	11,1	12
Екзальтованість	16,3	16,9

Середні показники акцентуацій характеру у залежних від наркотичних речовин та залежних від алкоголю свідчать про те, що в діапазоні середніх значень знаходяться такі акцентуації – дистимічність, циклотимічність, застрагання, педантичність, тривожність, збудливість; а в діапазоні значень вище середнього – гіпертимність, емоційність, демонстративність, екзальтованість.

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.20.):

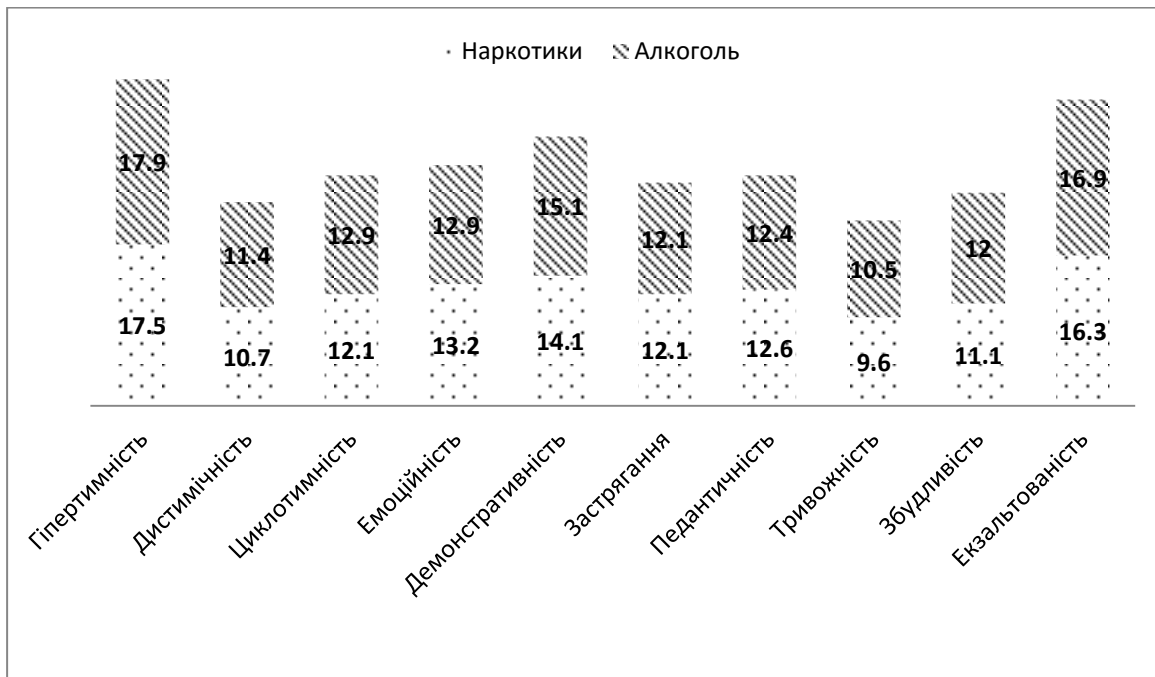


Рис.2.20. Середні показники акцентуацій характеру

За допомогою статистики частоти (Додаток 12) ми можемо дізнатися, яка кількість респондентів має акцентуації з двох груп нашого дослідження (рис.2.21.-2.41.).

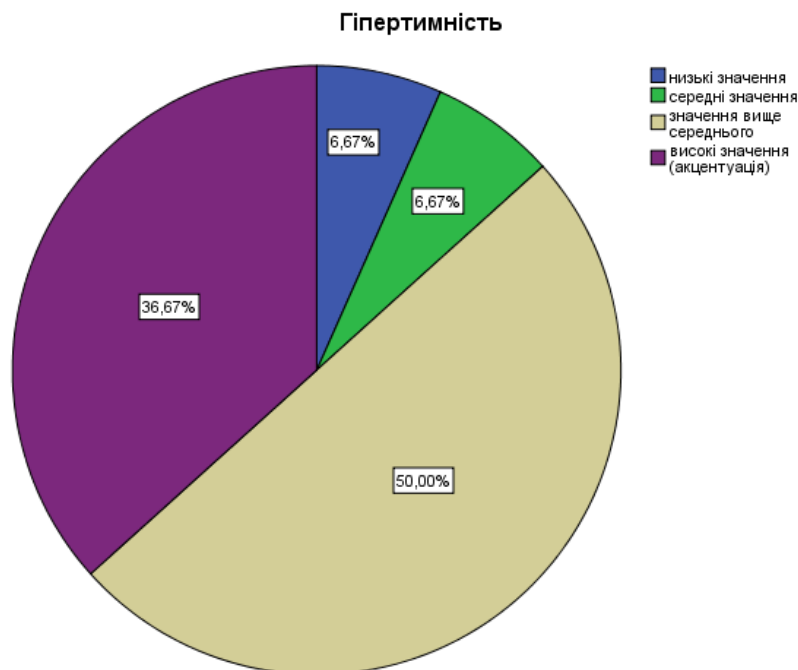


Рис.2.21. Розподіл акцентуації «гіпертимність» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що гіпертимність не виражена у 6,7%, середня ступінь у 6,7%, вище середнього у 50%, акцентуації у 36,7% в досліджуваній вибірці.

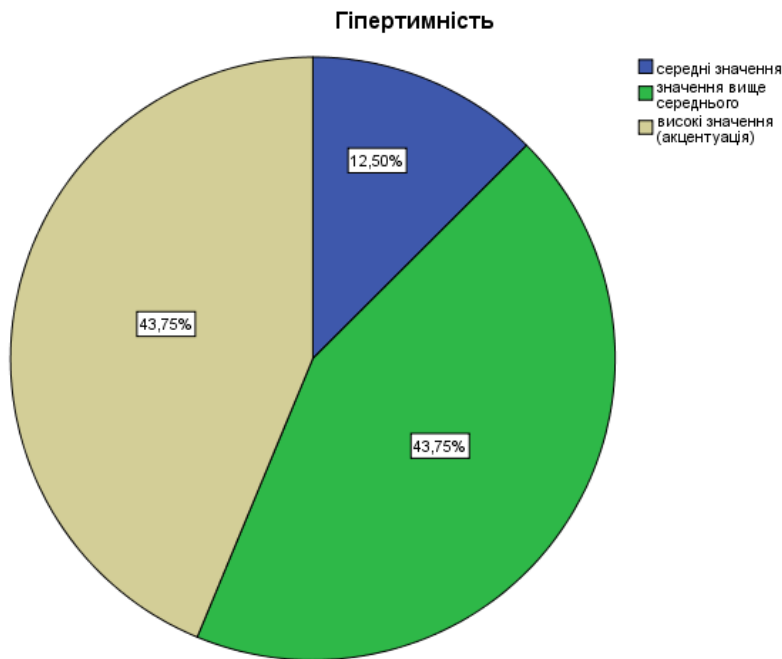


Рис.2.22. Розподіл акцентуації «гіпертимність» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що немає респондентів, у яких не виражена гіпертимність. середня ступінь – 12,5%, вище середнього у 43,8%, акцентуації у 43,8% в досліджуваній вибірці.

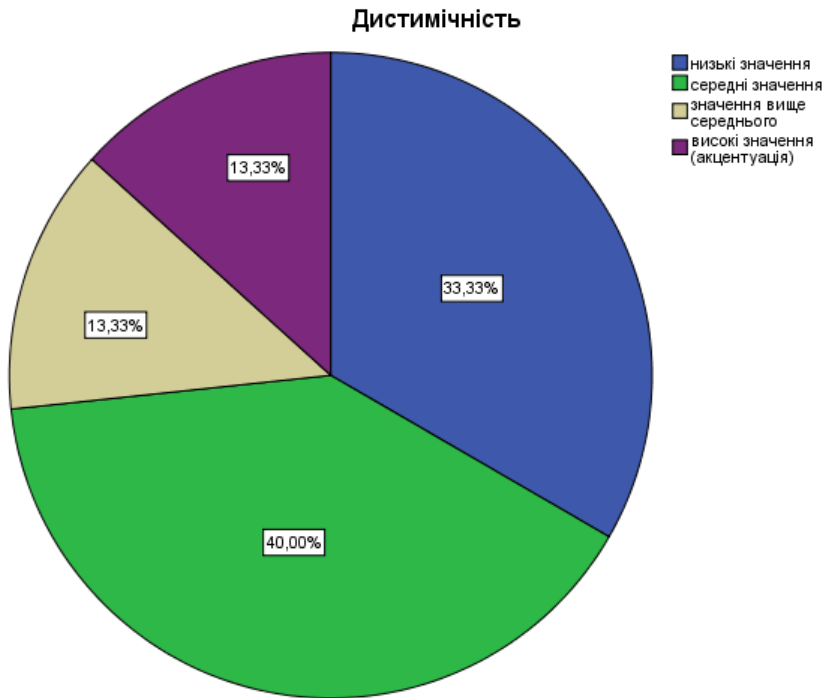


Рис.2.23. Розподіл акцентуації «дистимічність» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що дистимічність не виражена у 33,3%, середня ступінь у 40%, вище середнього у 13,3%, акцентуації у 13,3% в досліджуваній вибірці.

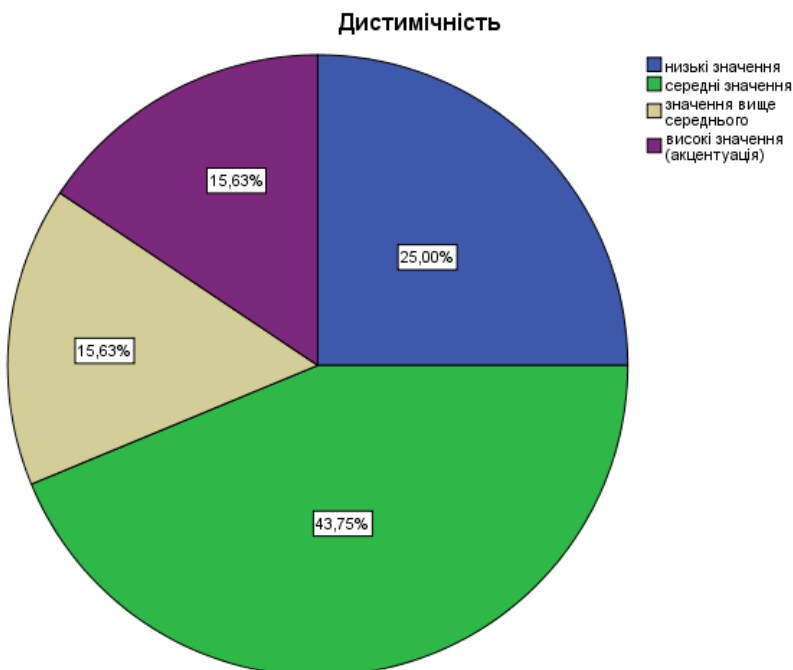


Рис.2.24. Розподіл акцентуації «дистимічність» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що дистимічність не виражена у 25%, середня ступінь у 43,8%, вище середнього у 15,6%, акцентуації у 15,6% в досліджуваній вибірці.

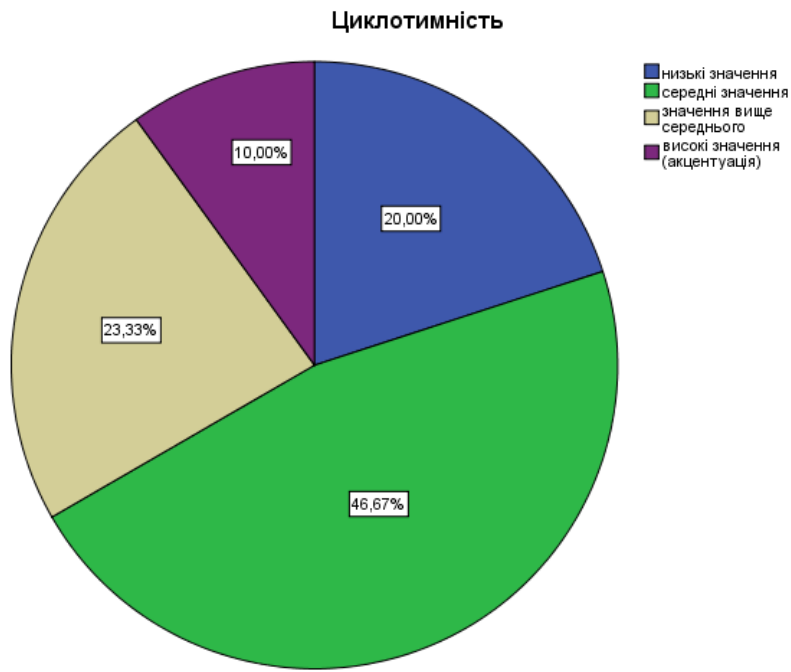


Рис.2.25. Розподіл акцентуації «циклотимність» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що циклотимність не виражена у 20%, середня ступінь у 46,7%, вище середнього у 23,3%, акцентуації у 10% в досліджуваній вибірці.

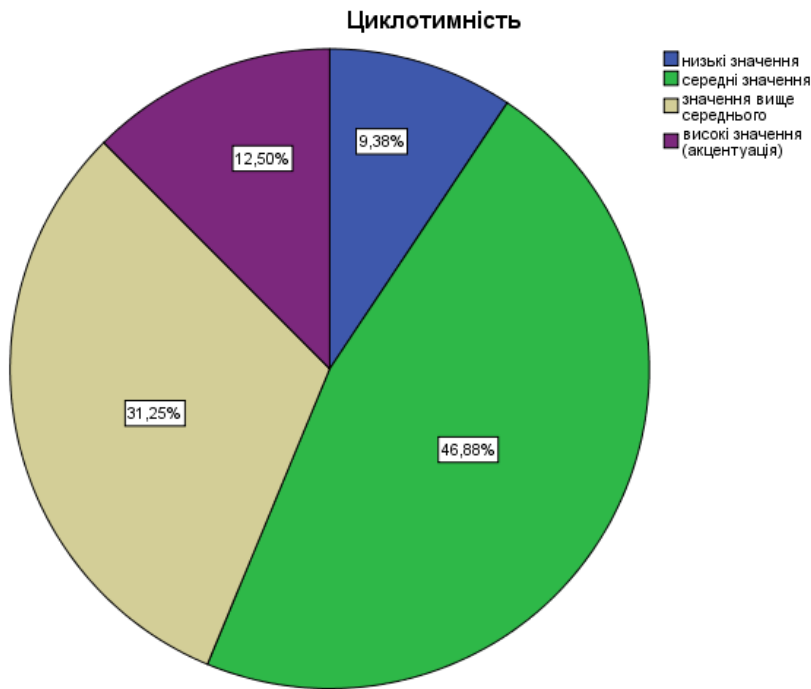


Рис.2.26. Розподіл акцентуації «циклотимність» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що циклотимність не виражена у 9,4%, середня ступінь у 46,9%, вище середнього у 31,3%, акцентуації у 12,5% в досліджуваній вибірці.

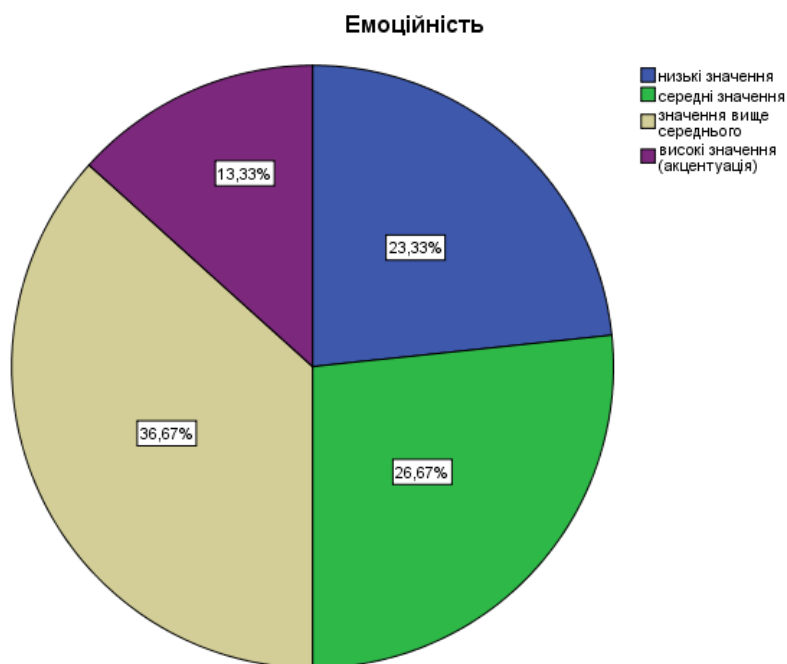


Рис.2.27. Розподіл акцентуації «емоційність» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що емоційність не виражена у 23,3%, середня ступінь у 26,7%, вище середнього у 36,7%, акцентуації у 13,3% в досліджуваній вибірці.

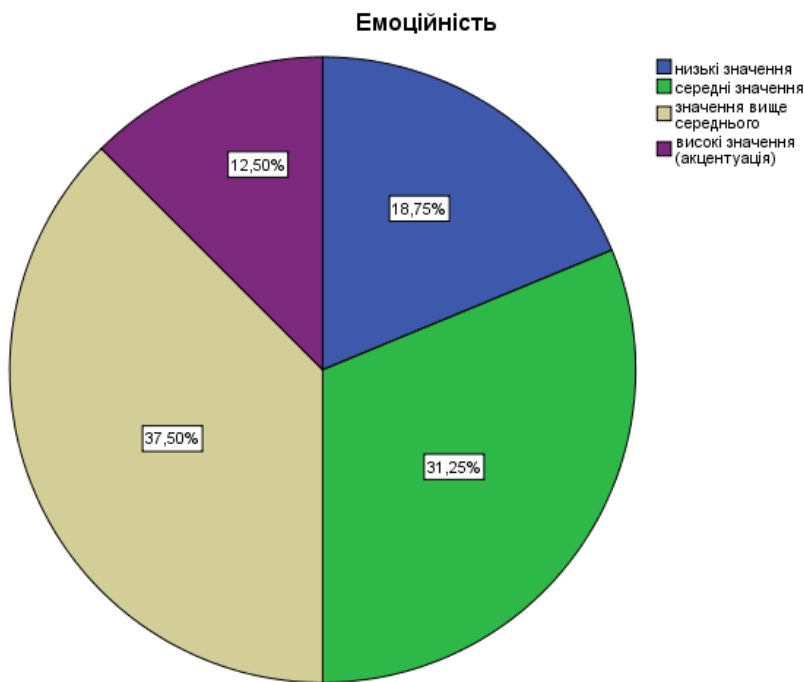


Рис.2.28. Розподіл акцентуації «емоційність» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що емоційність не виражена у 18,8%, середня ступінь у 31,3%, вище середнього у 37,5%, акцентуації у 12,5% в досліджуваній вибірці.

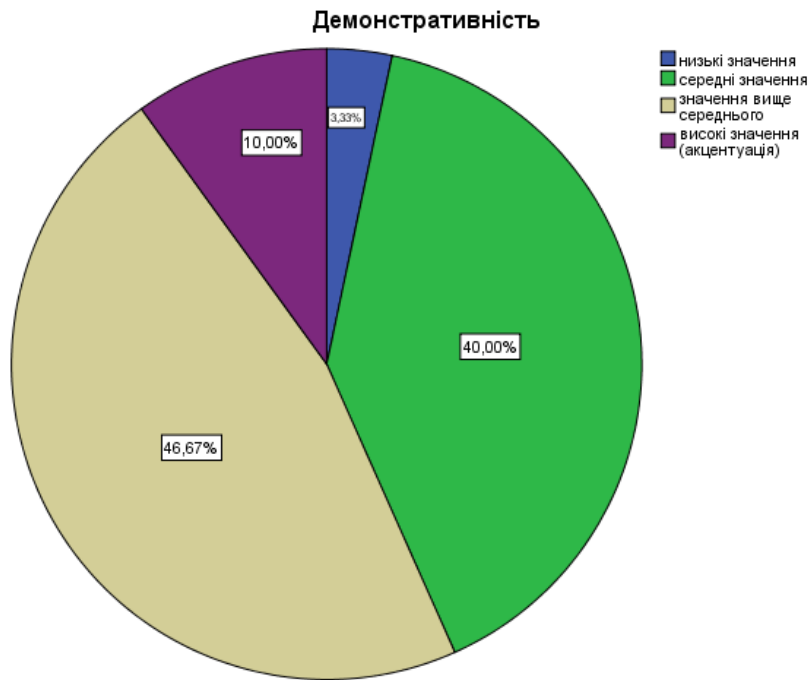


Рис.2.29. Розподіл акцентуації «демонстративність» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що демонстративність не виражена у 3,3%, середня ступінь у 40%, вище середнього у 46,7%, акцентуації у 10% в досліджуваній вибірці.

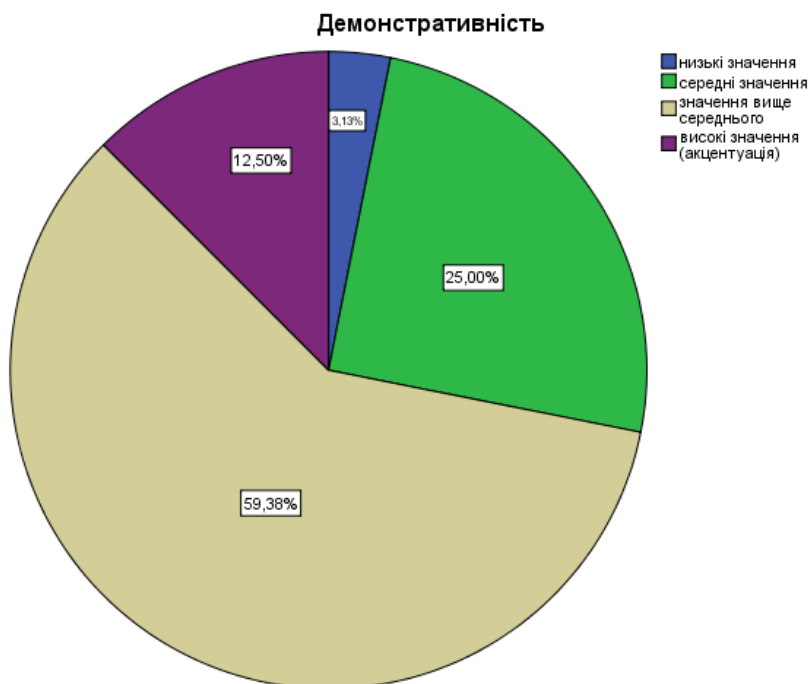


Рис.2.30. Розподіл акцентуації «демонстративність» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що демонстративність не виражена у 3,1%, середня ступінь у 25%, вище середнього у 59,4%, акцентуації у 12,5% в досліджуваній вибірці.

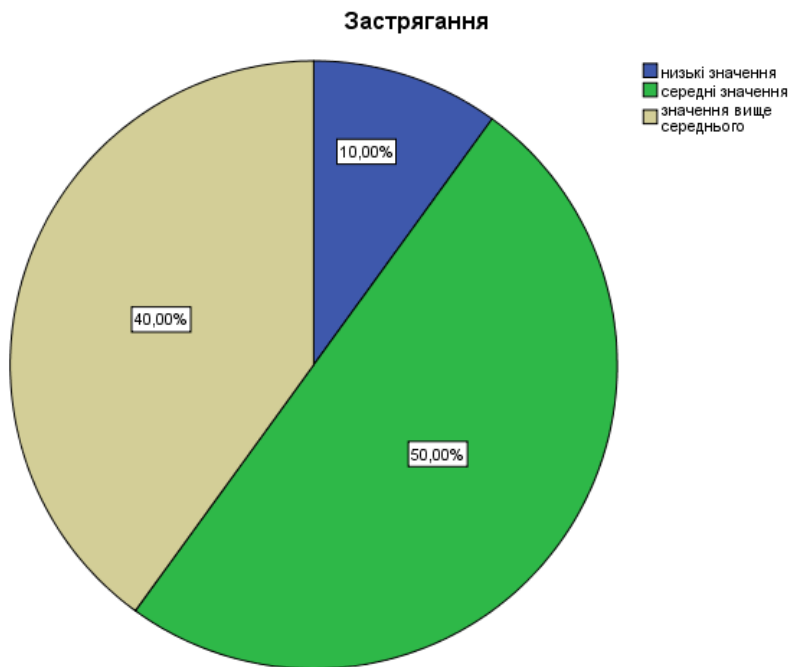


Рис.2.31. Розподіл акцентуації «застрягання» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що застрягання не виражено у 10%, середня ступінь у 50%, вище середнього у 40% в досліджуваній вибірці.

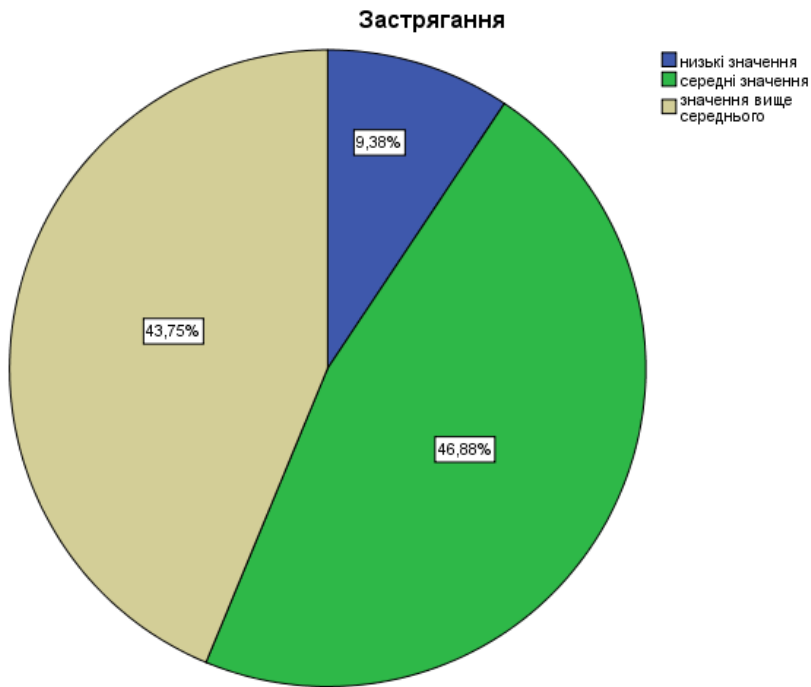


Рис.2.32. Розподіл акцентуації «застрягання» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що застрягання не виражено у 9,4%, середня ступінь у 46,9%, вище середнього у 43,8% в досліджуваній вибірці.

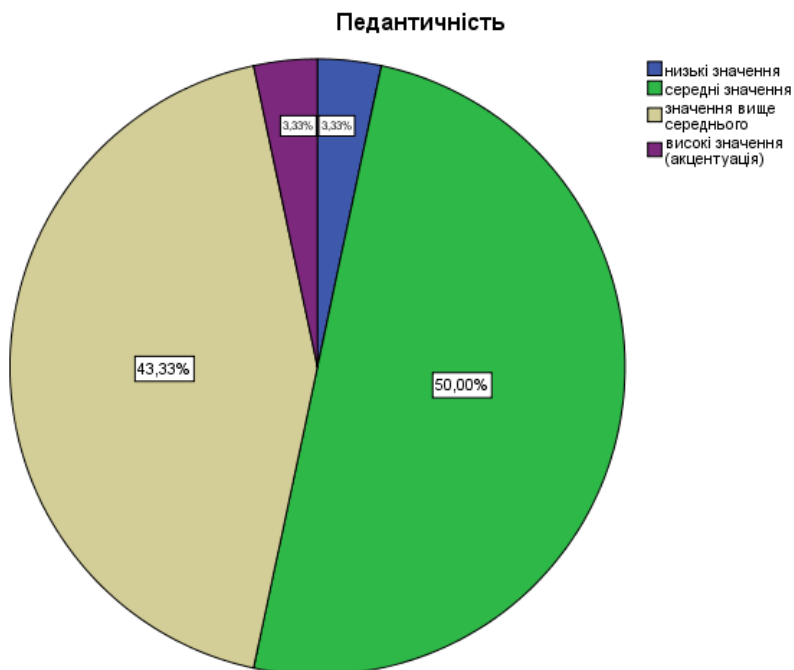


Рис.2.33. Розподіл акцентуації «педантичність» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що педантичність не виражена у 3,3%, середня ступінь у 50%, вище середнього у 43,3%, акцентуації у 3,3% в досліджуваній вибірці.

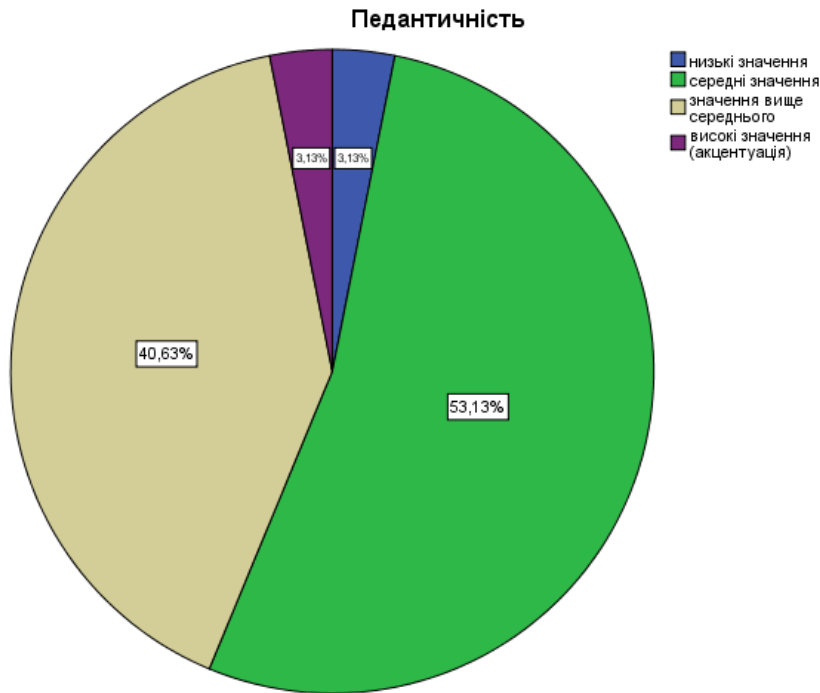


Рис.2.34. Розподіл акцентуації «педантичність» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що педантичність не виражена у 3,1%, середня ступінь у 53,1%, вище середнього у 40,6%, акцентуації у 3,1% в досліджуваній вибірці.

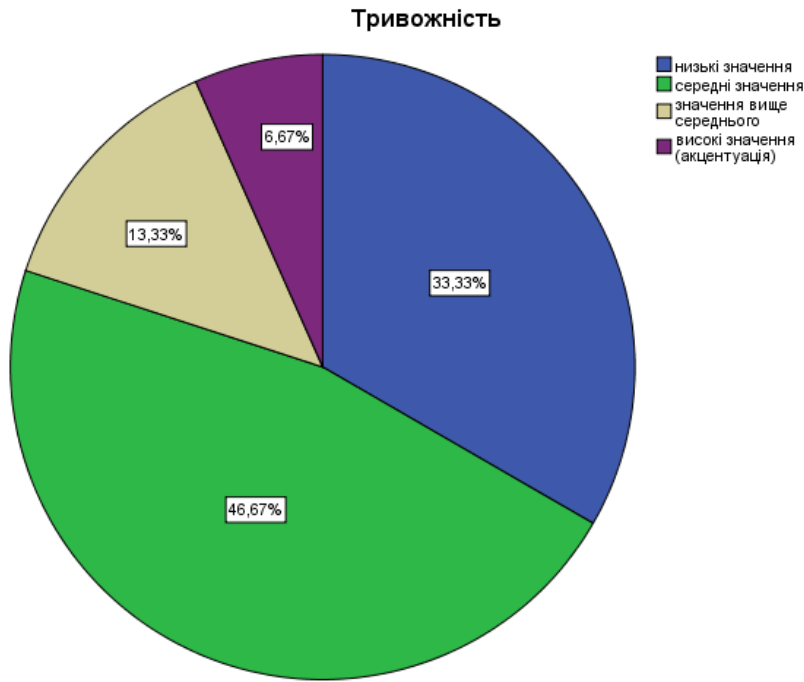


Рис.2.35. Розподіл акцентуації «тривожність» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що тривожність не виражена у 33,3%, середня ступінь у 46,7%, вище середнього у 13,3%, акцентуації у 6,7% в досліджуваній вибірці.

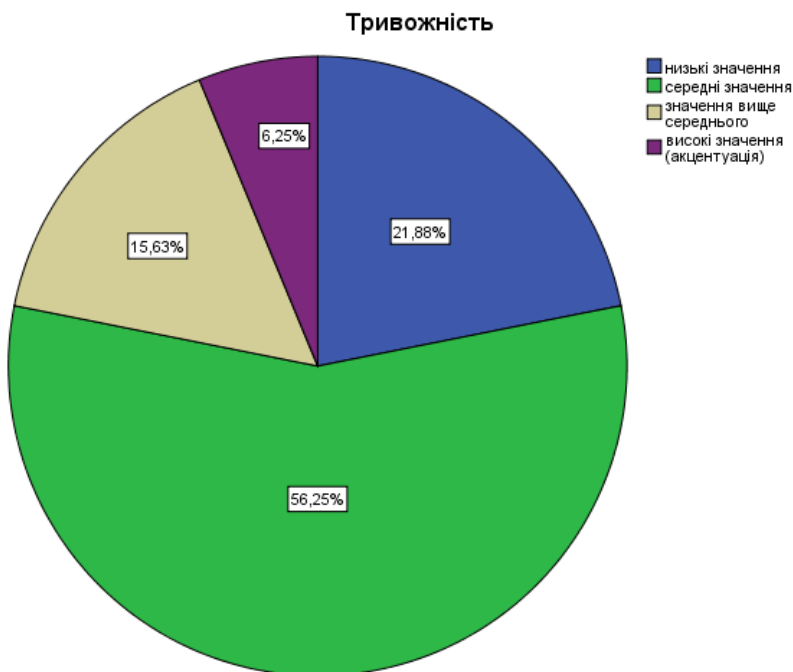


Рис.2.36. Розподіл акцентуації «тривожність» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що тривожність не виражена у 21,9%, середня ступінь у 56,3%, вище середнього у 15,6%, акцентуації у 6,3% в досліджуваній вибірці.

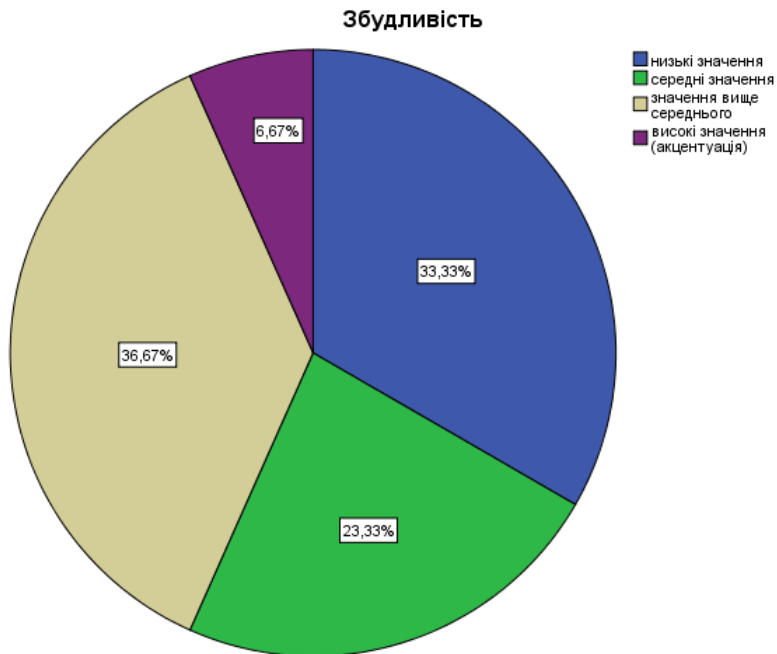


Рис.2.37. Розподіл акцентуації «збудливість» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що збудливість не виражена у 33,3%, середня ступінь у 23,3%, вище середнього у 36,7%, акцентуації у 6,7% в досліджуваній вибірці.

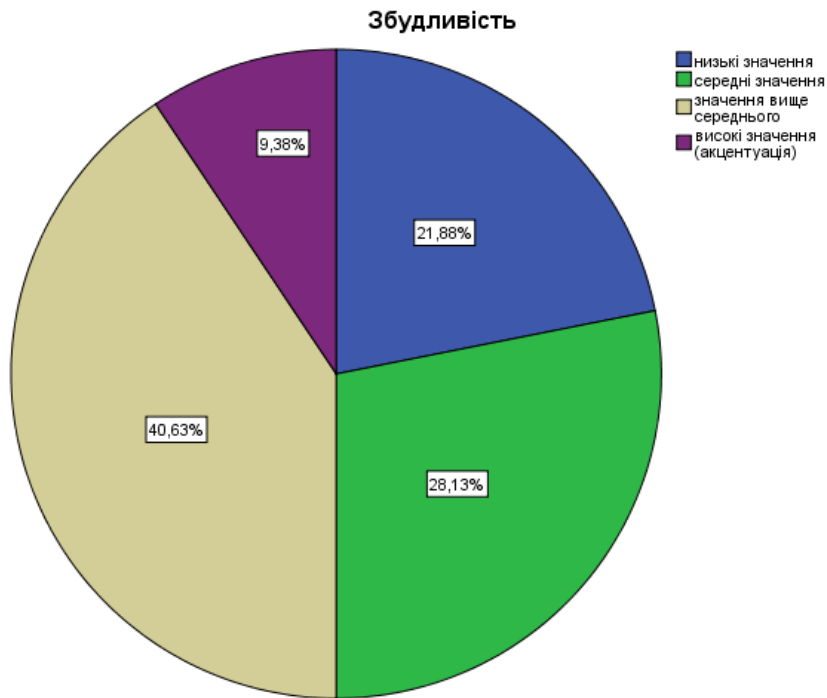


Рис.2.38. Розподіл акцентуації «збудливість» (алкоголь)

На діаграмі ми бачимо, що збудливість не виражена у 21,9%, середня ступінь у 28,1%, вище середнього у 40,6%, акцентуації у 9,4% в досліджуваній вибірці.

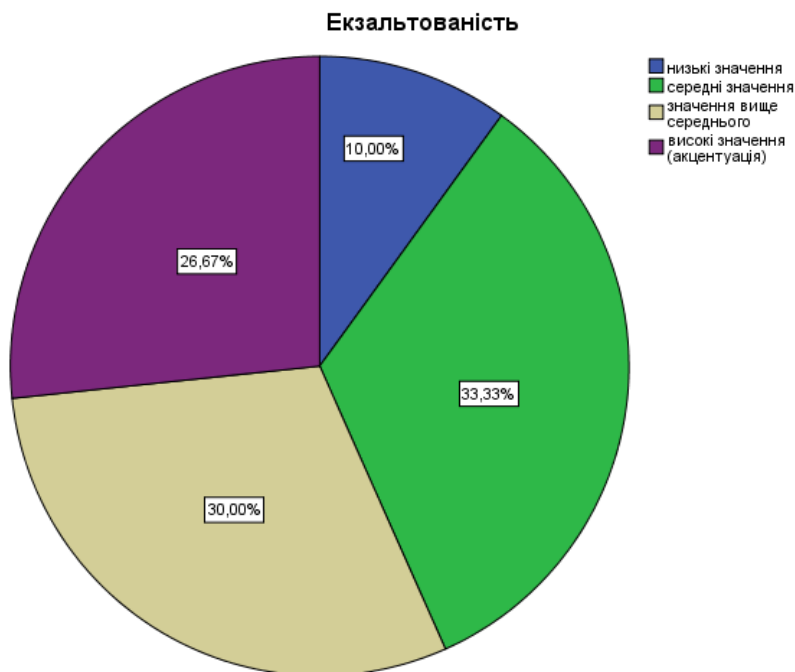


Рис.2.39. Розподіл акцентуації «екзальтованість» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що екзальтованість не виражена у 10%, середня ступінь у 33,3%, вище середнього у 30%, акцентуації у 26,7% в досліджуваній вибірці.

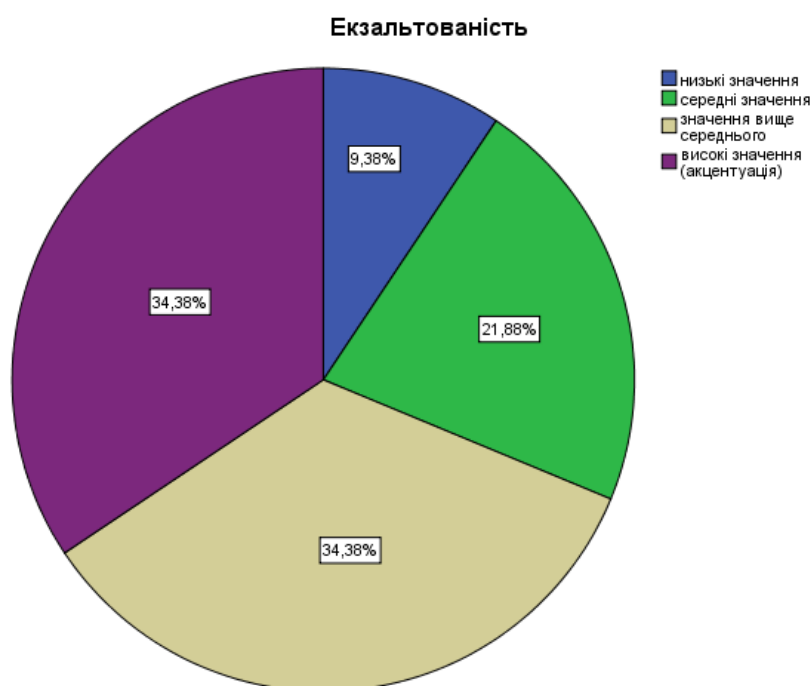


Рис.2.41. Розподіл акцентуації «екзальтованість» (наркотики)

На діаграмі ми бачимо, що екзальтованість не виражена у 9,4%, середня ступінь у 21,9%, вище середнього у 34,4%, акцентуації у 34,4% в досліджуваній вибірці.

Далі використаємо критерій порівняння середніх Т-Ст'юдента за методикою «Індекс життєвого стилю» (Додаток 13)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Немає статистично значущі відмінності за показниками методики.

Подивимось, як саме розподілились середні бали за кожною шкалою між залежними від наркотичних речовин та залежними від алкоголю (табл. 2.8.).

Таблиця 2.8.

Середні показники «Індекс життєвого стилю»

	Залежні від наркотичних речовин	Залежні від алкоголю
Заперечення	56,7	54,5
Витіснення	44,5	43,5
Регресія	50,9	48,3
Компенсація	55,7	53,8
Проекція	58,1	59
Заміщення	51,8	48,5
Інтелектуалізація	61	61,1
Реактивне утворення	40,9	40,5

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.42.):

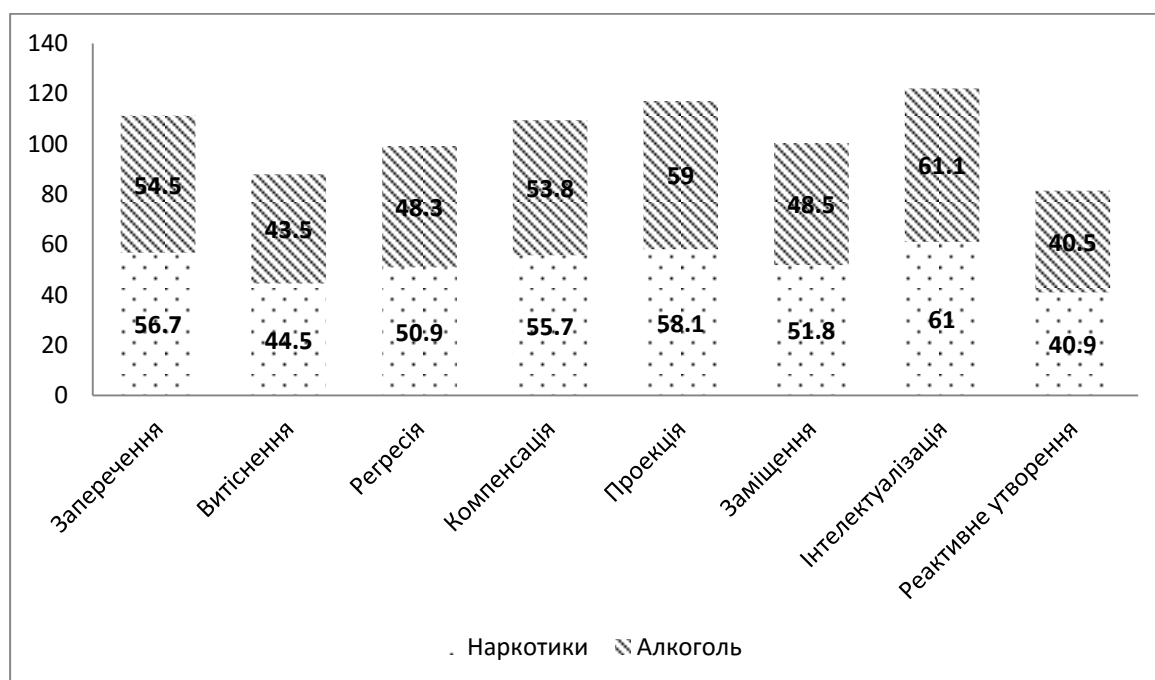


Рис.2.42. Середні показники механізмів психологічного захисту

Далі використаємо критерій порівняння середніх Т-Ст'юдента за шкали тривоги Тейлора (Додаток 14)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Є статистично значущі відмінності за показниками методики (Sig. (2-tailed)=0,000).

Подивимось, як саме розподілились середні бали за шкалою між залежними від наркотичних речовин та залежними від алкоголю (табл. 2.9.).

Таблиця 2.9.

Середні показники «Шкала тривоги»

	Тривога
Залежні від наркотичних речовин	5,3
Залежні від алкоголю	10,3

Отже, залежні від наркотичних речовин мають рівень тривоги значущо нижчий від залежних від алкоголю.

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.2.43.):

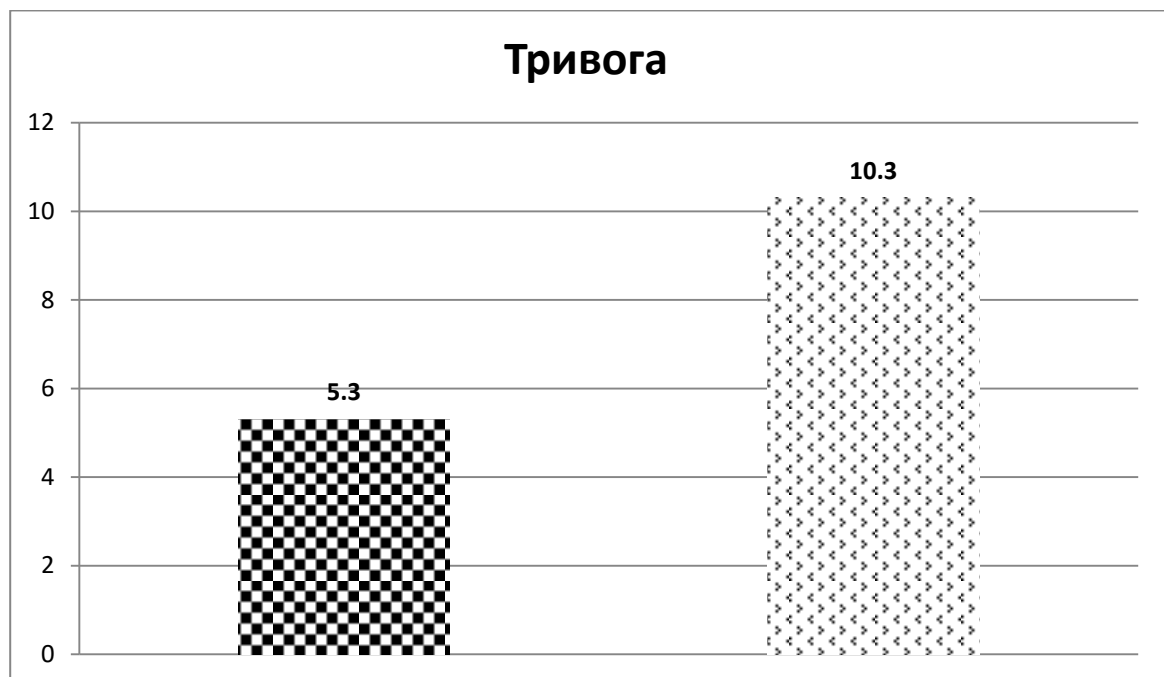


Рис.2.43. Середній показник за шкалою тривоги

За допомогою статистики частоти (Додаток 15) ми можемо дізнатися, який розподіл за рівнем показника тривоги мають респонденти з різних груп (рис.2.44.-2.45.).

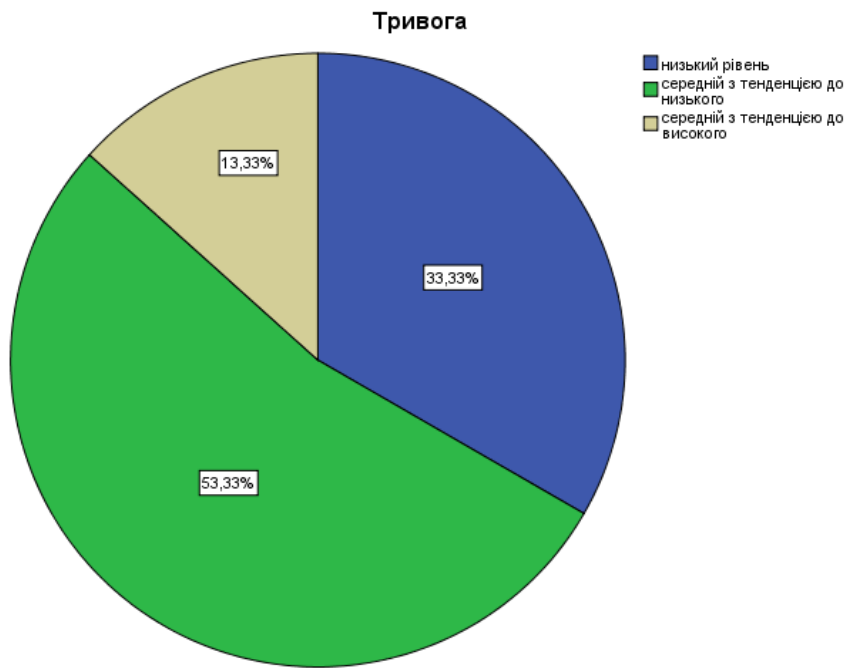


Рис.2.44. Розподіл рівня тривоги (наркотики)

На діаграмі низька тривожність виявлена у 33,3%, середня з тенденцією до низької – 53,3%, середня з тенденцією до високої – 13,3% в досліджуваній вибірці.

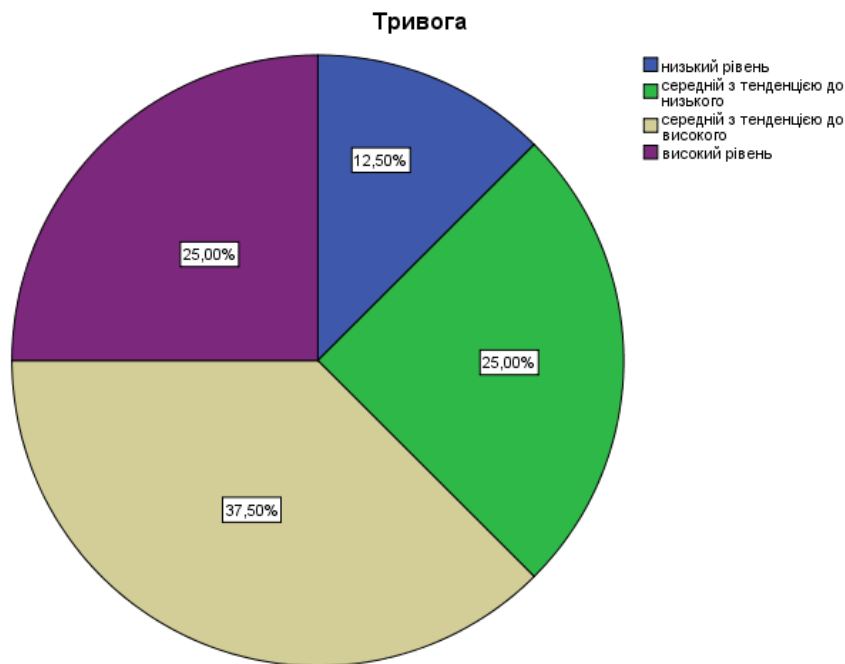


Рис.2.45. Розподіл рівня тривоги (алкоголь)

На діаграмі низька тривожність виявлена у 12,5%, середня з тенденцією до низької – 25%, середня з тенденцією до високої – 37,5%, високий рівень – 25% в досліджуваній вибірці.

Наступним нашим кроком було проведення кореляційного дослідження окремо у кожній групі респондентів. За допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) (Додаток 16) ми можемо перевірити взаємозв'язок шкал методик у вибірці досліджуваних з наркотичною залежністю (табл.2.10).

Таблиця 2.10.

Кореляційний аналіз між шкалами методик у вибірці осіб з наркотичною залежністю

	Проекція	Реактивне утворення
PHQ9	-0,446*	-0,384*
Демонстративність	0,470**	

*Кореляція є значущою на рівні 0,05.

** Кореляція є значущою на рівні 0,01.

Виявлені:

- середня негативна кореляція (-0,446*, $p=0,013$) між показниками депресії та проекцією. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень депресії, тим нижчий рівень проекції;
- слабка негативна кореляція між показниками депресії та реактивним утворенням (-0,384*, $p=0,036$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище показник депресії, тим нижчий показник реактивного утворення;

- середня позитивна кореляція (0,470**, $p=0,009$) між показниками демонстративність та проєкція. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник демонстративності, тим вища проєкція.

За допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) (Додаток 17) ми можемо перевірити взаємозв'язок шкал методик у вибірці досліджуваних з алкогольною залежністю (табл.2.11).

Таблиця 2.11.

Кореляційний аналіз між шкалами методик зу вибірці осіб з алкогольною залежністю

	Заперечення	Витіснення	Регресія	Проєкція	Заміщення	Інтелектуалізація	Реактивне утворення
Демонстративність	-0,396*			0,408*			
Застрагання	0,386*						
Педантичність	0,367*						
Збудливість				0,360*			

*Кореляція є значущою на рівні 0,05.

** Кореляція є значущою на рівні 0,01.

Виявлені:

- слабка негативна кореляція між показниками демонстративність та заперечення (-0,396*, $p=0,025$). Тобто з підвищенням рівня одного

показника, знижується другий та навпаки – чим вище показник демонстративності, тим нижчий показник заперечення;

- середня позитивна кореляція ($0,408^*$, $p=0,020$) між показниками демонстративність та проєкція. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник демонстративності, тим вища проєкція;
- середня позитивна кореляція ($0,386^*$, $p=0,029$) між показниками застрягання та заперечення. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник застрягання, тим вищий показник заперечення;
- слабка позитивна кореляція ($0,367^*$, $p=0,039$) між показниками педантичність та заперечення. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник педантичності, тим вища показник заперечення;
- середня позитивна кореляція ($0,360^*$, $p=0,043$) між показниками збудливість та проєкція. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище показник збудливості, тим вища проєкція.

Для виявлення взаємозв'язку між найбільш вираженими акцентуаціями у вибірці (гіпертимність та екзальтованість), захисними механізмами та значущими питаннями анкети ми провели кореляційний аналіз окремо у кожній групі респондентів (коефіцієнт кореляції Спірмена) (Додаток 1, 2). Спочатку ми перевірили взаємозв'язок у вибірці досліджуваних з наркотичною залежністю (табл.2.12).

Таблиця 2.12.

Кореляційний аналіз у вибірці осіб з наркотичною залежністю

	Тривога	Депресія	Стаж вживання	Кількість реабілітацій	Перепади настрою	Кількість правопорушень	Частота конфліктів	Самопочуття
Гіпертимність	-0,448*				0,480*			
Екзальтованість	-0,352*					0,507*		
Заперечення		0,351*	0,511*					
Витіснення			0,505*					
Проекція				0,449*			0,393*	
Заміщення								-0,407*

* Кореляція є значущою на рівні 0,05.

** Кореляція є значущою на рівні 0,01.

Виявлені:

- середня негативна кореляція (-0,448*, $p=0,023$) між показниками гіпертимність та тривога. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації гіпертимність, тим нижчий рівень тривоги;

- середня позитивна кореляція ($0,480^*$, $p=0,024$) між показниками гіпертимність та перепади настрою (гнів, агресія, сльозливість). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації гіпертимність, тим вищий прояв гнів, агресії, сльозливості;
- слабка негативна кореляція ($-0,352^*$, $p=0,033$) між показниками екзальтованість та тривога. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації екзальтованість, тим нижчий рівень тривоги;
- середня позитивна кореляція ($0,507^{**}$, $p=0,004$) між показниками екзальтованість та кількість правопорушень. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації екзальтованість, тим вищий рівень прояву правопорушень;
- слабка позитивна кореляція ($0,351^*$, $p=0,040$) між показниками заперечення та депресія. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму заперечення, тим вищий рівень депресії;
- середня позитивна кореляція ($0,511^{**}$, $p=0,003$) між показниками заперечення та стаж вживання. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму заперечення, тим більший стаж вживання;
- середня позитивна кореляція ($0,511^{**}$, $p=0,002$) між показниками витіснення та стаж вживання. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму витіснення, тим більший стаж вживання;
- середня позитивна кореляція ($0,449^*$, $p=0,011$) між показниками проєкція та кількість реабілітацій. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму проєкція, тим більша кількість повернень на реабілітацію;

- середня позитивна кореляція (0,393*, $p=0,023$) між показниками проєкція та частота конфліктів у родині. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму проєкція, тим частіше виникають конфлікти з родиною;
- середня негативна кореляція (-0,407*, $p=0,013$) між показниками заміщення та самопочуття. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму заміщення, тим вищий рівень заперечення поганого самопочуття.

Далі ми перевірили взаємозв'язок у вибірці досліджуваних з алкогольною залежністю (табл.2.13).

Таблиця 2.13.

Кореляційний аналіз у вибірці осіб з алкогольною залежністю

	Тривога	Депресія	Стаж вживання	Кількість реабілітацій	Перепади настрою	Кількість правопорушень	Частота конфліктів	Самопочуття
Гіперт имніст ь	-0,352*				0,400*			
Екзаль тованіс ть	-0,301*					- 0,512* *		
Запере чення		0,340*	0,523* *					
Витісн ення			0,495* *					

Проекція				0,530*			0,368*	
Заміщення								-0,414*

*Кореляція є значущою на рівні 0,05.

** Кореляція є значущою на рівні 0,01.

Виявлені:

- середня негативна кореляція (-0,352*, $p=0,033$) між показниками гіпертимність та тривога. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації гіпертимність, тим нижчий рівень тривоги;
- середня позитивна кореляція (0,400*, $p=0,011$) між показниками гіпертимність та перепади настрою (гнів, агресія, сльозливість). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації гіпертимність, тим вищий прояв гнів, агресії, сльозливості;
- слабка негативна кореляція (-0,301*, $p=0,043$) між показниками екзальтованість та тривога. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації екзальтованість, тим нижчий рівень тривоги;
- середня позитивна кореляція (0,512**, $p=0,004$) між показниками екзальтованість та кількість правопорушень. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень акцентуації екзальтованість, тим вищий рівень прояву правопорушень;
- слабка позитивна кореляція (0,340*, $p=0,041$) між показниками заперечення та депресія. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму заперечення, тим вищий рівень депресії;

- середня позитивна кореляція (0,523**, $p=0,002$) між показниками заперечення та стаж вживання. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму заперечення, тим більший стаж вживання;
- середня позитивна кореляція (0,495**, $p=0,004$) між показниками витіснення та стаж вживання. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму витіснення, тим більший стаж вживання;
- середня позитивна кореляція (0,530*, $p=0,009$) між показниками проєкція та кількість реабілітацій. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму проєкція, тим більша кількість повернень на реабілітацію;
- середня позитивна кореляція (0,368*, $p=0,024$) між показниками проєкція та частота конфліктів у родині. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму проєкція, тим частіше виникають конфлікти з родиною;
- середня негативна кореляція (-0,414*, $p=0,014$) між показниками заміщення та самопочуття. Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень захисного механізму заміщення, тим вищий рівень заперечення поганого самопочуття.

Висновки до розділу 2

Аналіз результатів проведеного емпіричного дослідження дозволив зробити наступні висновки.

Середні показники рівня депресії по всій вибірці (6,5) свідчать про легку депресію. Мінімальна депресія виявлена у 43,5%, легка – у 35,5%, тяжка – у 8,1%, помірною – у 11,3%, вкрай тяжка – у 1,6% респондентів.

Середні показники акцентуацій характеру свідчать про те, що в діапазоні середніх значень знаходяться такі акцентуації як дистимічність (11,1),

циклотимічність (12,5), застрягання (12,1), педантичність (12,5), тривожність (10,1), збудливість (11,6); а в діапазоні значень вище середнього – гіпертимність (17,8), емоційність (13,1), демонстративність (14,6), екзальтованість (16,6). Акцентуація гіпертимність не виражена у 3,2%, середня ступінь у 9,7%, вище середнього у 46,7%, акцентуації у 40,3% в досліджуваній вибірці. Акцентуація дистимічність не виражена у 29%, середня ступінь у 42%, вище середнього у 14,5%, акцентуації у 14,5% в досліджуваній вибірці. Акцентуація циклотимність не виражена у 14,5%, середня ступінь у 46,8%, вище середнього у 27,4%, акцентуації у 11,3% в досліджуваній вибірці. Акцентуація емоційність не виражена у 21%, середня ступінь у 29%, вище середнього у 37,1%, акцентуації у 12,9% в досліджуваній вибірці. Акцентуація демонстративність не виражена у 3,2%, середня ступінь у 32,3%, вище середнього у 53,2%, акцентуації у 11,3% в досліджуваній вибірці. Акцентуація застрягання не виражено у 9,7%, середня ступінь у 48,4%, вище середнього у 42% в досліджуваній вибірці. Акцентуація педантичність не виражена у 3,2%, середня ступінь у 51,6%, вище середнього у 41,9%, акцентуації у 3,2% в досліджуваній вибірці. Акцентуація тривожність не виражена у 27,4%, середня ступінь у 51,6%, вище середнього у 14,5%, акцентуації у 6,5% в досліджуваній вибірці. Акцентуація збудливість не виражена у 27,4%, середня ступінь у 25,8%, вище середнього у 38,7%, акцентуації у 8,1% в досліджуваній вибірці. Акцентуація екзальтованість не виражена у 9,7%, середня ступінь у 27,4%, вище середнього у 32,3%, акцентуації у 30,6% в досліджуваній вибірці.

Ми отримали середні показники механізмів психологічного захисту: заперечення (55,6), витіснення (44), регресія (50), компенсація (54,7), проекція (58,6), заміщення (50,1), інтелектуалізація (61), реактивне утворення (40,7).

За шкалою тривоги Тейлора ми отримали середній показник рівня тривожності по всій вибірці (13,7), який свідчить про середню тривожність з тенденцією до низької. Низька тривожність виявлена у 22,6%, середня з

тенденцією до низької – 38,7%, середня з тенденцією до високої – 25,8%, висока – 12,9% респондентів.

За допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) ми перевірили взаємозв'язок шкал методик за всією вибіркою. Виявлені: слабка негативна кореляція (-0,280*, $p=0,027$) між показниками депресії та проекцією; слабка негативна кореляція між показниками депресії та реактивним утворенням (-0,289*, $p=0,023$); слабка негативна кореляція між показниками гіпертимності та регресії (-0,283*, $p=0,026$); слабка позитивна кореляція між показниками дистимічність та заперечення (0,300*, $p=0,018$); слабка позитивна кореляція між показниками циклотимічність та заперечення (0,294*, $p=0,020$); слабка негативна кореляція між показниками емоційність та регресія (-0,257*, $p=0,044$); слабка негативна кореляція між показниками демонстративність та заперечення (-0,316*, $p=0,012$); середня позитивна кореляція (0,429**, $p=0,000$) між показниками демонстративність та проекція; середня позитивна кореляція (0,372**, $p=0,003$) між показниками застрягання та заперечення; слабка позитивна кореляція (0,337**, $p=0,007$) між показниками педантичність та заперечення; слабка негативна кореляція (-0,282*, $p=0,027$) між показниками тривожність та витіснення; слабка позитивна кореляція між показниками тривожність та заміщення (0,272*, $p=0,032$); середня позитивна кореляція (0,353**, $p=0,005$) між показниками збудливість та проекція; слабка позитивна кореляція (0,266*, $p=0,037$) між показниками збудливість та реактивне утворення; слабка позитивна кореляція між показниками екзальтованість та заперечення (0,252*, $p=0,048$); слабка негативна кореляція (-0,311*, $p=0,014$) між показниками екзальтованість та інтелектуалізація.

Ми визначили, що середній показник рівня депресії у залежних від наркотичних речовин (5,9) та залежних від алкоголю (7,1) свідчать про легку депресію. Зокрема, у осіб із залежністю від наркотичних речовин, мінімальна депресія виявлена у 46,7%, легка – 36,7%, тяжка – 6,7%, помірна – 10% респондентів. У осіб із залежністю від алкоголю – мінімальна депресія

виявлена у 40,6%, легка – 34,4%, тяжка – 9,4%, помірна – 12,5%, вкрай тяжка – 3,1% респондентів.

Середні показники акцентуації характеру у залежних від наркотичних речовин та залежних від алкоголю свідчать про те, що в діапазоні середніх значень знаходяться такі акцентуації – дистимічність, циклотимічність, застрягання, педантичність, тривожність, збудливість; а в діапазоні значень вище середнього – гіпертимність, емоційність, демонстративність, екзальтованість. У залежних від наркотичних речовин гіпертимність не виражена у 6,7%, середня ступінь у 6,7%, вище середнього у 50%, акцентуації у 36,7% в досліджуваній вибірці. У групі залежних від алкоголю немає респондентів, у яких не виражена гіпертимність. середня ступінь – 12,5%, вище середнього у 43,8%, акцентуації у 43,8% респондентів. У залежних від наркотичних речовин дистимічність не виражена у 33,3%, середня ступінь у 40%, вище середнього у 13,3%, акцентуації у 13,3% респондентів. У залежних від алкоголю дистимічність не виражена у 25%, середня ступінь у 43,8%, вище середнього у 15,6%, акцентуації у 15,6% респондентів. У залежних від наркотичних речовин циклотимічність не виражена у 20%, середня ступінь у 46,7%, вище середнього у 23,3%, акцентуації у 10% респондентів. У залежних від алкоголю циклотимічність не виражена у 9,4%, середня ступінь у 46,9%, вище середнього у 31,3%, акцентуації у 12,5% респондентів. У залежних від наркотичних речовин емоційність не виражена у 23,3%, середня ступінь у 26,7%, вище середнього у 36,7%, акцентуації у 13,3% респондентів. У залежних від алкоголю емоційність не виражена у 18,8%, середня ступінь у 31,3%, вище середнього у 37,5%, акцентуації у 12,5% респондентів. У залежних від наркотичних речовин демонстративність не виражена у 3,3%, середня ступінь у 40%, вище середнього у 46,7%, акцентуації у 10% респондентів. У залежних від алкоголю демонстративність не виражена у 3,1%, середня ступінь у 25%, вище середнього у 59,4%, акцентуації у 12,5% респондентів. У залежних від наркотичних речовин застрягання не виражено у 10%, середня ступінь у 50%, вище середнього у 40% респондентів. У залежних від алкоголю застрягання не

виражено у 9,4%, середня ступінь у 46,9%, вище середнього у 43,8% респондентів. У залежних від наркотичних речовин педантичність не виражена у 3,3%, середня ступінь у 50%, вище середнього у 43,3%, акцентуації у 3,3% респондентів. У залежних від алкоголю педантичність не виражена у 3,1%, середня ступінь у 53,1%, вище середнього у 40,6%, акцентуації у 3,1% респондентів. У залежних від наркотичних речовин тривожність не виражена у 33,3%, середня ступінь у 46,7%, вище середнього у 13,3%, акцентуації у 6,7% респондентів. У залежних від алкоголю тривожність не виражена у 21,9%, середня ступінь у 56,3%, вище середнього у 15,6%, акцентуації у 6,3% респондентів. У залежних від наркотичних речовин збудливість не виражена у 33,3%, середня ступінь у 23,3%, вище середнього у 36,7%, акцентуації у 6,7% респондентів. У залежних від алкоголю збудливість не виражена у 21,9%, середня ступінь у 28,1%, вище середнього у 40,6%, акцентуації у 9,4% респондентів. У залежних від наркотичних речовин екзальтованість не виражена у 10%, середня ступінь у 33,3%, вище середнього у 30%, акцентуації у 26,7% респондентів. У залежних від алкоголю екзальтованість не виражена у 9,4%, середня ступінь у 21,9%, вище середнього у 34,4%, акцентуації у 34,4% респондентів.

Ми отримали середні показники механізмів психологічного захисту для досліджуваних з наркотичною та алкогольною залежністю: заперечення (56,7 та 54,5 відповідно), витіснення (44,5 та 43,5), регресія (50,9 та 48,3), компенсація (55,7 та 53,8), проєкція (58,1 та 59), заміщення (51,8 та 48,5), інтелектуалізація (61 та 61,1), реактивне утворення (40,9 та 40,5).

За шкалою тривоги Тейлора ми виявили статистично значущу різницю між групами досліджуваних. Залежні від наркотичних речовин мають рівень тривоги (5,3) значущо нижчий від залежних від алкоголю (10,3). Залежні від наркотичних речовин мають низьку тривожність у 33,3%, середню з тенденцією до низької – 53,3%, середню з тенденцією до високої – 13,3% респондентів. Залежні від алкоголю мають низьку тривожність у 12,5%,

середню з тенденцією до низької – 25%, середню з тенденцією до високої – 37,5%, високу – 25% респондентів.

За допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) ми перевірили взаємозв'язок шкал методик у вибірці досліджуваних з наркотичною залежністю. Виявлені: середня негативна кореляція ($-0,446^*$, $p=0,013$) між показниками депресії та проєкцією; слабка негативна кореляція між показниками депресії та реактивним утворенням ($-0,384^*$, $p=0,036$); середня позитивна кореляція ($0,470^{**}$, $p=0,009$) між показниками демонстративність та проєкція.

За допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) ми перевірили взаємозв'язок шкал методик у вибірці досліджуваних з алкогольною залежністю. Виявлені: слабка негативна кореляція між показниками демонстративність та заперечення ($-0,396^*$, $p=0,025$); середня позитивна кореляція ($0,408^*$, $p=0,020$) між показниками демонстративність та проєкція; середня позитивна кореляція ($0,386^*$, $p=0,029$) між показниками застрягання та заперечення; слабка позитивна кореляція ($0,367^*$, $p=0,039$) між показниками педантичність та заперечення; середня позитивна кореляція ($0,360^*$, $p=0,043$) між показниками збудливість та проєкція.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ АЛКОГОЛІЗМОМ ТА НАРКОМАНІЄЮ

3.1. Специфіка надання психологічних послуг особам із залежністю від психоактивних речовин

Надання психологічних послуг людям із залежністю від психоактивних речовин сьогодні є актуальним як для жінок, так і для чоловіків - від підліткового віку до старості, до якого доводиться жити кожному.

Зрозуміло, що в будь-якій справі краще проводити профілактику, ніж комплексне лікування пізніше, оскільки профілактика запобігає багатьом руйнівним моментам організму.

Загалом існує безліч моделей профілактики, які є частиною спектру психоактивних послуг для людей із наркозалежністю. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує використовувати наступне:

1) Коли акцент робиться на тому, що вживання речовин є аморальним та неетичним, тоді це називається зразком моральних принципів; Зазвичай це має форму спільних переконань, які зазвичай здійснюються релігійними групами, крім того, соціальні та політичні рухи звертають увагу на певні явища, такі як патріотизм, ідеологія для загального блага. Найбільше моральний підхід у широкомасштабному релігійному відродженні з активними фазами соціальних рухів, під час яких громадяни та особи без громадянства беруть участь у певних альтруїстичних подіях, в яких соціальна відповідальність за свою конкретну поведінку є найпотужнішою [10, с. 97];

2) Деякі твердження, в яких населення може бути змушене не вживати наркотики, називається моделлю залякування, в якій інформаційні кампанії висвітлюють небезпеку такої поведінки;

3) Коли йдеться про певні дії та зусилля щодо вдосконалення способів передачі або отримання інформації про наркотики, ми говоримо про модель фактичного знання, яку також називають когнітивною моделлю; загально визнано, що програми, що базуються на доказах, ефективні, коли люди, які мають власний досвід вживання наркотиків, стикаються з собою;

4) Використання афективних підходів спрямоване на методи навчання і називається моделлю афективного навчання, в якому серед людей зміна певного дефіциту особистості є більш зловісною, ніж проблеми власного вживання наркотиків; агітація за їх використання може зменшитися або зникнути, що є керівним принципом у подоланні таких недоліків. Все, що пов'язане з самооцінкою, особистими цінностями та життєвими орієнтирами, прийняттям рішень, навичками подолання та зменшення тривожності, виявлення соціального тиску тощо, призводить до великої роботи над собою [13, с. вісімнадцять];

5) Непрямий підхід, що використовується для надання знань про наркотики, є моделлю для покращення стану здоров'я. Програми здорового способу життя демонструють здатність жити повноцінним життям без залежностей / залежностей. Ця інформація завжди актуальна для людей, які піклуються про себе та своє здоров'я;

б) профілактична робота з позицій системного підходу до нормалізації базується на таких принципах:

- виявлення тих збудників, за допомогою яких людина знову повертається до вживаного наркотику, аналіз таких причин та їх профілактика;

- важливість діяльності, яка не дозволяє випадковим користувачам стати залежними;

- інформація про ризики вживання наркотиків ефективна під час дієт, а також інформація про ризики, спричинені вживанням алкоголю та сигар;

- коли людину підтримують, тоді їй потрібно якомога більше на своєму прикладі показати, як сильно вона страждає психологічно, особливо фізично, від своєї залежності. У цьому випадку необхідно застосовувати різні підходи, які, на думку фахівця, будуть ефективними, хоча часом і дивними;
- ініціативи, включаючи соціально-економічну та культурну емансипацію, видаються корисними та не залякують повідомлення [4, с. 83].

На наш погляд, ідея профілактики для нормалізації стану обличчя є найбільш ефективною у своєму прояві. Якщо для профілактики залежної людини щось робити просто заборонено, то такі заборони в боротьбі з негативом не сприятимуть зміні внутрішнього

настрій людини спрямовувати всі сили на вирішення складних життєвих ситуацій для вибору здорового способу життя та його повноцінного розвитку.

Терапевтичні втручання - це добре відомі втручання в охорону здоров'я клієнтів, оскільки люди звикли вирішувати проблеми, коли справи справді погані, коли іншого вибору немає. Слід зазначити, що лише медикаментозне лікування без реабілітаційних заходів соціальних працівників та психологів, як правило, не ефективно, оскільки вирішення проблеми має бути комплексним. [4, с. 56].

Надання психологічних послуг повинно базуватися на таких принципах:

- конфіденційність;
- щирість та довіра у відносинах між клієнтом та консультантами;
- тісна співпраця з родиною клієнта;
- розуміння замість осуду;
- добровільність та партнерство замість контролю;
- допомога для самодопомоги (активність замість пасивності)

- комплексний характер допомоги [28, с. 88].

Третя група професійних програм - це група, що не містить наркотиків, запиту на них здійснюються в рамках адаптації, реінтеграції, ресоціалізації проблеми. Виснаження перелогових (програми реабілітації) базується на тому, що стресові люди відчують звичку жити психоактивними словами, вони вирішують проблему по-своєму, перестаючи справлятися з невикористаними. Розумним та ефективним чином людство могло адекватно відчувати себе у суспензіях (великих і власних (саме по собі, серед близьких людей, у роботах), відповідно до своїх індивідуальних особливостей, можливостей, змов, досліджень, НЕ. Які вивчаються на основа аналізу даних.

Досвід багатой країни у світі бачить три зальновідомості та соціальні стратегії, що виливаються на людей через погіршення поведінки [8, с. 61]:

- 1) репресивна політика.
- 2) політика зменшення шкоди таризик є прагматичною причиною;
- 3) політика соціально-психологічної реабілітації (резолуція) [25, с. 158].

Суть репресивної політики поляка полягає у жорсткому підході. Наприклад, якщо наркотики приймаються в штаті, а всі пов'язані з ними караються законом. Отже, у США для Володі героїня або їх кокаїн будуть асоціюватися з термінами від 5 до 40 років. У Китаї таких дітей карають смертю. Соціальна політика подібна до вживання наркотиків у великих регіонах [8, с. 61]. У деяких штатах спирт боронують перед введенням "паркану". Впроваджуйте каральні заклики, силу обчислення, щоб контролювати імплантацію психоактивних виступів Ріваном. Однак алкоголізм та наркоманія мають місце, і вони вижили, за винятком однієї проблеми - хімічно виснаженої, автоматично заповненої правшею Осколом - використання озохіну. Крім того, загальна заборона на наркотики вигідна мафії, оскільки стимулює інтерес до них та зростання цін на нелегальні наркотики [4, с. 89].

Політика ліберального зменшення шкоди зустрічається рідше. Концепція зменшення шкоди базується на припущенні, що наркотики використовуються, використовуються та використовуються, а споживачі наркотиків, алкоголіки та азартні ігри є частиною суспільства, навіть якщо суспільство не хоче про це знати. Ця концепція стає все більш популярною у всьому світі і офіційно запроваджується в Нідерландах та Австралії. Вона базується на переконанні, що через певний проміжок часу, найчастіше близько 10 років, при вживанні наркотичних, алкогольних речовин або гра в азартних іграх у людини виникає бажання або припинити вживання, або стабілізувати та контролювати це. З іншого боку, констатується факт, що певна частина людей ніколи не перестане злитися на алкоголь, тютюнові вироби, наркотики чи азартні ігри [10, с. 198].

Політика соціально-психологічної реабілітації (ресоціалізації) передбачає загальну програму відтворення життєво важливих функцій людини, яка зазнала дезадаптації через залежність і втратила свій попередній соціальний статус. Програма реабілітації складається із заходів на таких рівнях: соціальна підтримка (правовий захист, включення до соціальних груп, вирішення житлової проблеми, працевлаштування, інтереси з новими видами коштів та захопленнями) та правовий захист; медична допомога (протирецидивна терапія, усунення абстинентного синдрому, лікування супутніх соматичних та нервово-психічних розладів) психологічна реабілітація (розширення особистих ресурсів, психологічна підтримка ремісії, людина “починає все з початку в житті”) [16, с. 78].

Відповідно до чинного законодавства України та практики більшості медичних, соціальних та соціальних служб, регулярна робота, яка складається із соціальної підтримки, спрямована на надання соціальної допомоги та патронату з метою подолання життєвих труднощів, опіків, збереження та покращення соціального статусу пацієнтів. Такий спосіб роботи ще називають роботою зі справою чи управлінням справами [23, с. тридцять].

Соціальна підтримка (управління справами, управління подіями) - це поетапний і цілісний процес взаємовідносин між клієнтом та соціальним працівником, при якому необхідно використовувати різні моделі, методи роботи та стратегії втручання в роботу пацієнта. життя.

Оскільки не існує єдиного успішного, придатного для всіх випадків лікування наркоманії, головним принципом лікування є розробка особистого плану лікування відповідно до медичних та соціально-психологічних потреб кожного пацієнта чи наркомана [3, с. 44].

Після того, як пацієнти проходять стабілізаційний період, вони разом із соціальним працівником складають довгостроковий терапевтичний план, який, зокрема, спрямований на соціальну реабілітацію та ресоціалізацію СІН [3, с. 45]. Робота соціального працівника полягає не тільки у тому, щоб допомогти клієнту (пацієнту) зробити певні кроки, змінитись, але і спостерігати за покращеними змінами в житті клієнта (пацієнта), він фіксує їх дані та обговорює з колегами з міждисциплінарної групи турбота про його питання [3, с. 45].

На початковому етапі роботи з пацієнтом, який є клієнтом соціального працівника, варто виділити всі соціальні фактори, які певним чином впливають на волонтерство при лікуванні та дотримання медичних рекомендацій. У цьому випадку необхідно сприяти або гальмувати розвиток вживання наркотиків [3, с. 45].

З урахуванням проблем, потреб, уподобань та обмежень клієнта (пацієнта) буде складено персональний план соціальної підтримки, який повинен відповідати наступному:

- соціальні послуги (реєстрація всієї матеріальної допомоги, пільг та субсидій)
- психічне здоров'я (психотерапія, прийняття свідомих рішень, консультування з питань хімічної залежності, антикризове управління, консультування);

- медичні послуги (дотримання процесу лікування)
- підтримка сім'ї (юридичні питання щодо зобов'язань клієнта);
- освіта (обізнаність про залежність, умови та методи профілактики таких станів) [2, с. 82].

Оригінальне втручання втілює план у життя, використовуючи різні ефективні способи роботи та теоретичні моделі для профілактики. Індивідуальний план та потреби клієнта повинні відповідати узгодженим та прописаним діям, більше того, він передбачає пошук необхідних ресурсів (індивідуальних та колективних, які працюють у родичів та інших) [2, с. 82]. Систематичне накопичення інформації та періодичний огляд проведеної роботи з клієнтом - це постійний моніторинг спеціаліста для перевірки ефективності дій. Сам моніторинг складається з безперервних звітів, які є щотижневими, щомісячними, щоквартальними звітами. Також фахівець здійснює подальший візит до клієнтів, оцінюючи матеріали наглядових (наставницьких) зустрічей, веде записи у щоденнику та іншу необхідну супровідну документацію [2, с. 82].

Робота, яку проводить фахівець, завжди оцінюється і має свої особливості, які залежать від того, закінчились чи тривають стосунки з клієнтом (постійна профілактика залежності, психологічна підтримка). Припинення дії настає, коли клієнт з певних причин перестав відвідувати соціального працівника, був виписаний після закінчення лікування або порушив чинне законодавство України. Досягнення мети в роботі з пацієнтом є кроком у вирішенні його тесту [9, с. 69]. Основними формами соціально-терапевтичної роботи з людьми із залежною поведінкою є індивідуально-психологічна та групова, тренінгова. Найбільш вживаними методами соціально-терапевтичної роботи з наркоманами є:

- підтримка сім'ї (юридичні питання щодо зобов'язань клієнта);

- освіта (обізнаність про залежність, умови та методи профілактики таких станів) [2, с. 82].

Оригінальне втручання втілює план у життя, використовуючи різні ефективні способи роботи та теоретичні моделі для профілактики. Індивідуальний план та потреби клієнта повинні відповідати узгодженим та прописаним діям, більше того, він передбачає пошук необхідних ресурсів (індивідуальних та колективних, які працюють на родичів та інших) [2, с. 82].

Систематичне накопичення інформації та періодичний огляд проведеної роботи з клієнтом - це постійний моніторинг спеціаліста для перевірки ефективності дій. Сам моніторинг складається з безперервних звітів, які є щотижневими, щомісячними, щоквартальними звітами. Також фахівець здійснює наступний візит до клієнтів, оцінюючи матеріали наглядових (наставницьких) зустрічей, веде записи у щоденнику та іншу необхідну супровідну документацію [2, с. 82].

Робота, яку проводить фахівець, завжди оцінюється і має свої особливості, які залежать від того, закінчились чи тривають стосунки з клієнтом (постійна профілактика залежності, психологічна підтримка). Припинення настає, коли клієнт з певних причин перестав відвідувати соціального працівника, був виписаний після закінчення лікування або порушив чинне законодавство України. Досягнення мети в роботі з пацієнтом є кроком у вирішенні його тесту [9, с. 69].

Основними формами соціально-терапевтичної роботи з людьми із залежною поведінкою є індивідуально-психологічна та групова, тренінгова. Найбільш вживаними методами соціально-терапевтичної роботи з наркоманами є: (Зорові, тактильні, слухові), які сприймаються людиною як стимул для розвитку навичок саморегуляції.

б) Психотерапія. Це метод впливу на лікаря та медичний персонал словом на психіку пацієнта з терапевтичною метою [21, с. 101].

Узагальнюючи все вищесказане, можна сказати, що робота з людьми, які страждають на залежність, повинна будуватися з урахуванням великої кількості соціальних, психологічних та біологічних факторів. Пошук методів і форм роботи повинен бути прийнятним для клієнта (пацієнта) з урахуванням стадії зміни поведінки, на якій він перебуває. У соціальній роботі з людьми із залежною поведінкою існує три типи програм: профілактична, терапевтична та реабілітаційна.

3.2. Специфіка надання психологічних послуг родині та друзям, включаючи залежність від психоактивних речовин

Сьогодні в Україні існує 1000 спеціальних установ для осіб, які страждають на залежність від психотропних речовин, але в повноцінній програмі будь-яких спеціалістів окремим пунктом можна виділити участь родичів та друзів, які стають помічниками у реабілітації цих людей та надають додаткову мотивацію на шляху до одужання та виходу від злякисного стану.

Існування нормальних стосунків з дітьми в сім'ї вимагає особистих якостей батька та матері, оскільки вони є взірцем для наслідування. Тобто, якщо батьки поведуться стримано, не конфліктують, тоді дитина росте в нормальних умовах і бере правильний приклад для розвитку. А коли трапляються сварки, непорозуміння, скандали, крики, тоді дитина старіє робити щось погане, щоб привернути увагу, показати, що є важливіші речі, конфлікти та постійні суперечки. Коли дитина кричить, це свідчить про неадекватність самих батьків, яких, перш за все, потрібно виховувати.

Підвищення дотримання принципів для гіперсоціалізованих дітей також шкодить батьківству. Надмірна вимогливість, нав'язування та залякування дітей, прищеплення численних правил та певних умов призводить до дитячого опору, втечі. Цей надмірний захист, як правило, базується на "проповіді" та порівнянні з іншими дітьми. При цьому такі батьки «вказують пальцем на

дітей», а не на побиття, вони не враховують, що «десь там» правильне виховання будується батьками на основі взаємної поваги. Підлітки, які вживають наркотики, потребують профілактичної та корекційної роботи, і це, в першу чергу, залежить від ресурсів сім'ї, підтримки, розуміння з боку родичів, але не знущань. Варто звернути увагу на зміцнення зв'язків з батьками, запобігання та усунення асоціальної поведінки [14, с. 187].

Необхідно налаштувати батьків на готовність отримувати допомогу від медичних працівників, психологічних служб, навчальних закладів, центрів соціальної адаптації молоді, а не приховувати проблему в своїй сім'ї, намагатися підтримати підлітка у його бажанні щоб позбутися його залежності. Якщо підозри батьків щодо наркотиків, які вживає підліток, підтверджуються батьками, то їм слід активно контролювати поведінку дитини, тих, з ким він спілкується, навчитися спілкуватися з нею по-іншому, почати говорити про наслідки її звички та тяжкість їх подолання, яка в першу чергу залежить від нього самого. І при необхідності не бійтеся звертатися до анонімною служби профілактики та контролю за наркотиками.

У навчальній практиці особливу увагу слід приділяти проблемам у сім'ях, а також у сім'ях, допускаються помилки у вихованні дітей. Реабілітація - це поєднання медичних, психологічних та соціальних служб для людей, які страждають на наркоманію чи алкоголізм, з метою відновлення їхніх можливостей, поліпшення їхнього здоров'я та добробуту. Це важливо для людей, які страждають від зловживання наркотичними речовинами, і найкраще поєднується з правильною участю сім'ї та друзів. Наказом "Про затвердження Державного стандарту соціальних послуг із соціально-психологічної реабілітації осіб, які страждають наркотиками, наркотиками або психотропними речовинами", що набрав чинності 18 грудня 2020 р.

Речовинами, є:

- 1) забезпечення найкращих інтересів осіб із залежністю від наркотичних засобів або психотропних речовин, психологічна підтримка таких осіб та членів їх сімей та реабілітація, поліпшення функціонування та відновлення фізичного, психологічного стану таких осіб, підвищення їх соціального статусу життя;
- 2) забезпечення зменшення частоти або повної відмови від вживання таких наркотичних засобів або психотропних речовин;
- 3) попередження негативних соціальних та особистих (поведінкових) явищ та їх наслідків, зменшення негативного впливу (передозування, інфекції, злочини у вразливому стані через вживання наркотичних засобів тощо) на здоров'я та життя людей, залежність на наркотичні або психотропні речовини, формування їх позитивних ціннісних орієнтацій та мотивація до зміни поведінки.

Постачальник соціальних послуг оцінює реальні потреби особи, яка звертається за соціальною послугою, складає індивідуальний план, а потім укладає з ним договори для забезпечення законності та ефективності. Оцінка потреб отримувача соціальних послуг проводиться працівником постачальника соціальних послуг не пізніше трьох робочих днів з дня прийняття рішення про надання соціальної послуги, аналізуючи його складні життєві обставини, визначаючи індивідуальні потреби та необхідний обсяг соціальних послуг із залученням отримувача соціальної послуги та / або його законного представника.

При оцінці потреб одержувача соціальної послуги враховуються результати лікування, якщо такі є (аналіз інформації з медичної карти або виписки з медичної картки амбулаторного (стаціонарного) пацієнта, інформація про місце де отримувач соціальної послуги отримує лікування (детоксикація, підтримуюче лікування тощо))). У разі необхідності за згодою отримувача соціальної послуги до оцінки потреб залучається психіатр, щоб виключити гострі психічні стани, які можуть вплинути на ефективність надання соціальних послуг, а також визначити можливі потреби в лікуванні .

Що стосується родичів та друзів, вони є учасниками цього процесу, оскільки трапляється, що лікування людиною психоактивних речовин відбувається проти його волі, за згодою когось із її близьких. Це пов'язано з тим, що у них бувають різні ситуації, коли людина може втратити здатність поводитися «тверезо» і може бути небезпечною для оточуючих. У цьому випадку близькі люди ведуть її до фахівця, де вона отримує допомогу для свого блага, оскільки вона не несе відповідальності за адекватність своїх дій внаслідок алкогольного чи наркотичного сп'яніння.

Соціальна послуга надається за згодою одержувача / законного представника з дотриманням принципів доступності, задоволення потреб одержувача соціальної послуги, відкритості та відповідальності за надання соціальних послуг, партнерства та чесноти, захисту та безпеки одержувача соціальної послуги, повага та довіра до працівників постачальника соціальних послуг та конфіденційність отриманої інформації.

Доступність соціальних послуг:

- 1) постачальник соціальних послуг організовує свою діяльність у спеціально обладнаних приміщеннях, які відповідають державним будівельним нормам та пристосовані для обслуговування людей з інвалідністю, які потребують соціальних послуг;
- 2) надавач соціальних послуг вживає заходів щодо інформування одержувача соціальних послуг та / або його законного представника про порядок подання заявки на надання соціальних послуг, її зміст, обсяг, строк, умови та порядок надання, а також як форми та методи надання соціальних послуг, права та обов'язки, що об'єднують одержувача соціальних послуг;
- 3) інформація для одержувача соціальної послуги розміщується на спеціальних інформаційних стендах у доступному місці, висвітлених на веб-сайті постачальника соціальних послуг, у тому числі у формі, доступній для людей з обмеженими можливостями.

Добровільне отримання соціальних послуг: соціальна послуга надається на добровільних засадах за інформованою згодою одержувача соціальної послуги. Відповідність соціальної послуги потребам одержувача: соціальна служба повинна задовольняти особисті потреби отримувачів соціальної послуги, жінок з дітьми та вагітних жінок у всіх аспектах їх надання. Відкритість та відповідальність за надання соціальних послуг: постачальник соціальних послуг повинен дотримуватися цього стандарту; працівники постачальника соціальних послуг застосовують індивідуальний підхід (включаючи фізичний та психічний стан отримувачів соціальних послуг) та толерантне ставлення до отримувачів соціальних послуг незалежно від раси, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, стану здоров'я статус, етнічне та соціальне походження, сімейний та майновий стан, місце проживання, громадянство та мова відповідно до Закону України "Про принципи запобігання та протидії дискримінації в Україні"; отримувач соціальних послуг та / або його законний представник інформується про свої права та обов'язки.

Партнерство та складність: соціальна послуга надається на партнерських засадах між одержувачем та постачальником соціальної послуги та мультидисциплінарною командою, яка бере участь у процесі надання соціальної послуги.

Захист та безпека отримувача соціальних послуг:

- 1) соціальна служба забезпечується дотриманням прав людини та повагою до них, запобіганням нелюдським та дискримінаційним діям, проявам фізичного, психічного чи інших видів насильства щодо них;
- 2) соціальна служба повинна бути орієнтована на стать, враховувати принцип забезпечення рівних прав та можливостей для чоловіків та жінок, а також вік, стан здоров'я, особливості психологічного та фізичного розвитку, життєвий досвід, культурний, етнічний та ін характеристики;

3) отримувач соціальної послуги за необхідності інформується про державні та громадські організації, до повноважень яких належить надання спеціалізованої медичної допомоги та інших послуг (надання інформаційних листівок, буклетів тощо);

4) отримувач соціальної послуги та / або його законний представник отримує інформацію про порядок оскарження дій чи бездіяльності постачальника соціальних послуг.

Конфіденційність інформації:

1) постачальник соціальних послуг вживає заходів щодо захисту персональних даних відповідно до вимог законів України "Про інформацію", "Про захист персональних даних", конфіденційну інформацію про отримувача соціальних послуг та / або його юридичну представник;

2) одержувач соціальної послуги та / або законний представник повинен ознайомитись з інформацією про дотримання принципу конфіденційності постачальником послуг соціальної послуги та нерозголошення конфіденційної інформації при наданні соціальної послуги. При такому проходженні етапів як як правило, найближчі та члени сім'ї несуть фінансову відповідальність за психологічні послуги для людей, які страждають від психоактивних речовин, оскільки це "задоволення" вимагає великих грошей.

3.3. Методи надання психологічних послуг для гармонізації особистості та покращення якості життя людей з адитивною поведінкою

Профілактика є основним практичним результатом дослідження афективної поведінки. Кожен може підтвердити стару істину, що хворобу краще запобігати, ніж лікувати. Але в національному масштабі досить складно змінити загальну інерцію, коли фінансуються правоохоронні органи, репресивні заходи, в'язниці, але кошти на профілактичну діяльність

виділяються обмеженими коштами. Мабуть, це не випадково, можна визнати інерцію старих часів, домінує досить суперечлива ідея, що страх покарання (так звана загальна профілактика) є найкращою профілактикою негативного явища.

Оцінка будь-якої поведінки передбачає порівняння її з певною нормою (від лат. *Norma* - точний рецепт, зразок). При цьому норми можна приймати як статистичну норму (особливості поведінки, характерні для більшості людей у складі населення), соціальну норму (моральні, правові, професійно-організаційні та інші вимоги до поведінки, які суспільство встановлює на певний період розвитку), норми психічного здоров'я і "Я, психологічна норма розвитку особистості тощо [3, с. 56].

Останнє визначається по-різному залежно від напрямку психологічної науки. Отже, зокрема, в рамках ортодоксального психоаналізу нормальна людина повинна мати сильне Его ("Я"), яке підтримувало б прагнення Я ("Це") і Супер-Его ("Супер-Я") в рівновазі. Представники гуманістичної психології (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл) вважають, що людина повинна бути зосереджена на самоактуалізації, тобто реалізації свого духовного, творчого потенціалу, свободи та відповідальності [26].

Аналізуючи гіпотези виникнення та характеру адиктивної поведінки, слід зазначити, що майже повна відсутність розвитку індивідуально-психологічних аспектів проблеми, які базувалися на конкретних ефективних методах загалом. Саме поняття "поведінка викликає залежність" не підтримується чіткими критеріями, її концептуальний апарат не розроблений, межі не показані, і це дає можливість диференціювати прояви залежності. Питання психологічної структури адиктивної поведінки практично не відпрацьовані. Відсутність достовірної інформації про психологічні механізми, межі та психологічну структуру адиктивної поведінки є основною причиною недостатньої ефективності коригувальних заходів. Крім того, численні дослідження базуються на емпіричному описі невеликих груп наркоманів та алкоголіків, який ми також провели, що ще більше ускладнює подальший розвиток

наукових концепцій цього явища. За результатами порівняння з нормою визначається нормальна (відповідна нормі) та аномальна девіантна поведінка особистості. Поки що мене цікавить адитивна поведінка як одна з її форм.

Методами надання психологічних послуг для гармонізації особистості та покращення якості життя людей з адитивною поведінкою є:

1. Консалтинг,
2. Зв'язки з громадськістю,
3. Виховна робота,
4. Організаційно-методична робота,
5. Професійні навички спеціаліста з психологічних служб,
6. Медикаментозне лікування,
7. Спостереження на етапі лікування,
8. Зміна методів лікування у разі неефективності результатів,
9. Правильний підбір фахівців з комплексного лікування,
10. Встановлення графіка, режиму та частоти лікування.

Практика показує, що консультування є найпоширенішим та попереднім методом надання психологічних послуг для гармонізації особистості та покращення якості життя людей з адитивною поведінкою. В ході бесіди, вправ і прийомів психолог може зрозуміти справжню природу походження захворювання, штовхає людину вживати алкоголь і наркотики. Зокрема, вчені вважають, що алгоритм методів надання психологічних послуг повинен складатися з таких етапів, як: ознайомлення з проблемою та визначення цілей і завдань роботи; вибір теми, вибір ключових показників або критеріїв; розробка плану роботи та реалізація форм і методів діяльності; визначення ефективності праці, соціального статусу та психологічного благополуччя; корекція процесу

виховання та розвитку особистості відповідно до плану профілактичних заходів щодо запобігання залежності в поведінці; формулювання висновків, прогнозування подальших дій неповнолітніх та соціального педагога [20, с. 65].

Аналізуючи сукупність соціальних проблем, що виникають у цьому випадку, необхідно виявити ті, що виникають на доклінічному, клінічному та клінічному рівнях, оскільки методи будуть різними в кожному випадку. Тому під час дослідження ми виділили три типи програм: профілактичні, медико-соціальні та спеціалізовані. Потрібно було не працювати з людьми, як вони зазвичай використовуються, а застосовувати їх при аналізі результатів, це допомагало "побачити картину зсередини", тобто зрозуміти, що всі опитані знаходяться на тому чи іншому етапі, і його стан відображає кількість років впливу алкоголю та / або наркотиків. Тому ми будемо характеризувати вищезазначені програми, але будемо розуміти лише те, як формується залежність. Його перебіг залежить від біологічних, соціальних та психологічних факторів. У той же час можна виділити етапи вживання [14, с. 125].

- Перший етап - це початок використання. Зазвичай це відбувається в підлітковому віці.
- Другий етап - експериментування. На цьому етапі люди експериментують з різними видами алкоголю та наркотиків. Вони ще не розробили переваг та переваг. Додаток найчастіше спрямований на досягнення ейфоричного ефекту.
- Третій етап - соціальне застосування. Деякі люди розвивають певну форму, ритуал споживання. Це робиться в певних соціальних групах, споживачі усвідомлюють як позитивні, так і негативні наслідки.
- Четвертий етап - це додаток, який увійшов у звичку. І споживач прагне знайти друзів з подібним використанням. Можуть бути ознаки психологічної залежності та підвищеної толерантності (здатність насолоджуватися певною дозою речовини) [16, с. 195].

- П'ятий етап - надмірне вживання. У споживача можуть бути проблеми у відносинах, проблеми з роботою, фінансові проблеми або юридичні проблеми, що в свою чергу може призвести до серйозних зловживань. Для інших стає помітним проблемний характер вживання психоактивних речовин.

- Шостий етап - наркоманія (наркоманія). Цей етап характеризується повною втратою контролю над використанням, незважаючи на негативні наслідки (розлучення, втрата роботи, проблеми зі здоров'ям тощо) навколишнього середовища та інших складових життя.

Захоплююча поведінка або будь-який інший тип девіантної поведінки може бути опосередкований відхиленнями у функціонуванні будь-якого рівня особистості.

У сучасній психології під індивідуальністю розуміють унікальність, унікальність поєднання різних властивостей і якостей людини, що відображається в її поведінкових стереотипах. За сукупністю окремих якостей та властивостей люди можуть бути принципово подібними, але в поєднанні цих якостей вони також кардинально відрізняються [18, с. 76]. Прагнення до залежності можна визначити за типологічними характеристиками нервової системи. А. Томас і С. Тайм встановили, що основні властивості темпераменту вже проявляються у новонароджених дітей і згодом визначають індивідуальний стиль поведінки особистості. Автори виділили дев'ять основних параметрів темпераменту, включаючи пристосованість (до нових ситуацій), якість настрою, чуйність та контакт. Деякі з вроджених властивостей - це інші несприятливі умови, які сприяють формуванню адиктивної поведінки. Часто девіантні форми поведінки опосередковані за силою та виразністю темпераментних властивостей. Деякі з них засновані на емоційній лабільності (нестабільності), інші - на гіперактивності тощо. На рівні темпераменту норма впливає на рівновагу психофізіологічних процесів [18, с. 133].

Низька толерантність до стресу може бути важливим індивідуальним фактором, що впливає на поведінку особистості. Передбачається, що поведінка викликає звикання, виникає при порушенні функції подолання - механізмів боротьби зі стресом. Всі стратегії подолання стресу (стратегії подолання), що формуються у людини в процесі життя, Р. Лазарус ділить на три групи: стратегії вирішення проблем; пошук соціальної підтримки; уникнення. Вибір третьої стратегії часто призводить до розвитку залежності [10, с. 121].

Біологічні фактори: спадкова схильність до деяких форм звикання (наприклад, до алкоголізму), ступінь початкової толерантності до певних речовин тощо [18, с. 62]. На сучасному рівні знань добре усвідомлюються можливості успадкування та генетична схильність до зловживання наркотиками. Вивчення цього питання проводиться в основному трьома методами: генеалогічним, побратимованим та прийнятим.

Сучасні дослідження нейрофізіологічних механізмів схильності до формування залежності від психоактивних речовин в основному зосереджені на вивченні діяльності різних відділів мозку. Основним інструментом цих досліджень є дослідження біоелектричної активності мозку [15, с. 33]. Якщо говорити про фактори адиктивної поведінки, то варто зазначити, що вона базується на природних потребах людини. Залежність, як правило, є загальнолюдською характеристикою людини. Однак за певних умов деякі нейтральні предмети стають життєво важливими для особистості, і потреба в них зростає до некерованої. Незмінно підкреслюйте, що звикання до поведінки є результатом впливу не просто одного, а кількох факторів одночасно. Поєднання таких факторів є індивідуальним для різних людей [18, с. 62].

Початок формування процесу звикання завжди відбувається на емоційному рівні і має кілька етапів. На думку Н. Фетіскіна, відправною точкою є переживання інтенсивної гострої зміни психічного стану внаслідок гарного настрою, почуття радості, захвату, незвичного піднесення, почуття драматизму, ризику у зв'язку з певними діями (вживання речовини, що змінює

психічний стан, переживання російською мовою "зв'язок із ситуацією ризику в азартних іграх, відчуттям незвичного хвилювання під час знайомства тощо" та фіксація у свідомості цього зв'язку [27, с. 56].

Молоді люди, які переживають такі емоції, починають усвідомлювати, що, як виявляється, є доступні способи швидко і легко змінити свій психічний стан. Група ризику - це люди з низькими адаптаційними можливостями, нестійкі до стресових факторів, які демонструють постійне незадоволення собою, життям та навколишнім середовищем, коли у важкі часи немає підтримки [13, с. 121].

У структурі залежності В.Д. Менделевич виділяє дві складові: звичку та емоційну прихильність. Звичка - це стереотипна залежність. Другий компонент наркоманії - емоційна прихильність - виражається в одухотворенні об'єкта наркоманії [22, с. 7]. На думку Е. Ханзяна, основною причиною всіх розладів наркоманії є страждання, які наркомани намагаються полегшити за допомогою алкоголю, їжі тощо. Ц. П. Короленко, Т. А. Донських висвітлюють основні етапи формування процесу звикання: зміна психічного стану у вигляді підвищення настрою в момент прийому препарату та закріплення зв'язку у свідомості; встановлення певної послідовності вдавання до засобів залежності та певної частоти здійснення адиктивної поведінки; розвиток звикання до поведінки як складової частини особистості та її домінування зі зміною способу життя та стосунків з іншими; відсутність задоволення від звикання до поведінки; руйнування психічних, біологічних та фізіологічних процесів в організмі наркоманів [17, с. 98].

Залежна (залежність) поведінка, як тип девіантної поведінки особистості, у свою чергу, має багато підвидів, диференціальних, головним чином для об'єкта залежності. Теоретично це може бути будь-який предмет або форма діяльності - хімічна, грошова, робоча, ігри, вправи тощо [1, с. 70].

Отже, основою виникнення та розвитку залежностей є бажання змінити психічний стан, існує дещо незручне для особистості, згідно з яким

застосовуються методи профілактики та лікування. Зміст психологічної реальності, від якої людина намагається позбутися, різний, оскільки можуть бути різні способи її позбавлення [7, с. 3].

Ми вважаємо, що центральне місце серед методів займає профілактична діяльність соціального вчителя, яка повинна базуватися на поширенні емоційно забарвленої інформації про небезпеку вживання речовин, що викликають залежність. Доцільно проводити профілактику у формі лекцій, демонстрацій художніх та документальних фільмів. Майбутній фахівець повинен знати, що під час науково-популярних лекцій та навчальних бесід не зовсім доцільно детально описувати наслідки вживання речовин, що викликають залежність для печінки, серця та мозку. Така надмірно детальна та перенасичена медична термінологічна інформація не сприймається підлітками, оскільки вони ще не повністю розуміють перспективи майбутнього, але живуть сьогодні.

Непрофесійне впровадження методу боротьби із залежною поведінкою соціальним педагогом не матиме позитивних результатів і приречене на невдачу. Українські вчені С. Болтівець, Н. Заверіко, А. Іванцова, С. Мілушкін, А. Мірошніченко вважають, що під час профілактичної роботи необхідна співпраця між усіма учасниками освітнього процесу в школі. Виходячи з важливості професійного підходу до організації правильного застосування методів регулювання адиктивної поведінки, його слід починати зі студентів навчальних закладів.

Ми вважаємо за доцільне проаналізувати вимоги до соціального вчителя, і це буде здійснено. Ми посилалися на них:

1. Профілактика адиктивної поведінки повинна здійснюватися на основі комплексного підходу.
2. Профілактику адиктивної поведінки доцільно розпочинати зі створення позитивного психологічного мікроклімату в навчальному закладі.
3. Основною формою профілактики має бути профілактична освіта, спрямована на надання об'єктивної інформації про речовини, що викликають залежність, та наслідки їх вживання ще до їх першого вживання. Суть профілактичного

виховання полягає в тому, що інформація може стимулювати адекватну поведінку на основі здорового способу життя [27, с. 165].

4. Систематично проводити профілактичні заходи для підлітків, що належать до «групи ризику». В основному ця робота повинна базуватися на спеціальній роботі, спрямованій на корекцію їхньої особистості.

5. Співпрацювати з підлітками, які виховуються в сім'ях, члени яких є алкоголіками. Це пов'язано з тим, що сім'я має глибокий вплив на формування адиктивної поведінки у підлітка.

Ефективність профілактики негативних проявів адиктивної поведінки у неповнолітніх залежить, як зазначав І. Парфанович [23, с. 124] "від своєчасного усунення причин. Перш за все, виявлення неповнолітніх, які складають так звані «групи ризику», та організація профілактичної роботи серед них »[23, с. 127].

Фахівець повинен знати, що побудова програм профілактики цих негативних соціальних явищ вимагає врахування соціальної динаміки, ризиків у мікросоціальному та безпосередньому оточенні неповнолітнього. В ході дослідження ми з'ясували, що профілактика адиктивної поведінки відіграє дуже значну роль у професійній діяльності майбутнього соціального вчителя загальноосвітнього навчального закладу, а методи боротьби з адитивною поведінкою повинні бути комплексними та ефективними. Вивчаючи окреслене коло проблем, ми прийшли до розуміння того, що майбутній фахівець, який буде працювати в школі, повинен здобувати як теоретичні знання про залежність, так і залежну поведінку, а також вміти використовувати ефективні практичні способи організації профілактики залежності в школі навколишнього середовища та серед дорослих. ... особистість [18, с. 302].

У своїй практичній діяльності студент повинен навчитися ефективно спілкуватися з класним керівником та вчителями-предметниками щодо профілактичної діяльності, викликає звикання у поведінці учнів, які навчаються у загальноосвітніх закладах, і стосовно дорослих, які перебувають на

залежності від психотропних речовин. Також необхідно мати навички розпізнавання залежностей на ранніх стадіях і стадіях.

Майбутній фахівець повинен чітко знати основні причини, які спонукають дітей вживати речовини, що викликають звикання, а також вміти визначати основні механізми звикання та розвитку порочної поведінки, і, врешті-решт, тоді вони стають дорослими і мають з серйозними проблемами з цим потрібно боротися. Як показали наші дослідження, кожен розуміє катастрофічний характер своєї ситуації і готовий до боротьби, і там дуже важко. У нашому баченні, лише той соціальний педагог, який відповідає усім вимогам до нього як до професіонала у галузі профілактики, може робити це на високому професійному рівні [23, с. 170].

Зверніть увагу, що в нашому дослідженні питання профілактики адиктивної поведінки та робота з залежними людьми не вичерпані повністю. Логіка нашого дослідження передбачає детальний аналіз, який буде спрямований на з'ясування теоретичних аспектів, що висвітлюють суть готовності (компонентів, критеріїв, рівнів) майбутніх соціальних педагогів до запобігання залежній поведінці учнів загальноосвітніх навчальних закладів та лікування дорослим, пізно проводити профілактику.

ВИСНОВКИ

Вивчивши наукову та теоретичну літературу з цієї проблеми, ми з'ясували, що питання нашого дослідження представляє значний інтерес у наукових колах. Аналіз фахової літератури дозволяє зробити такі висновки:

1. Зробивши аналіз узагальнених показників поширеності зловживання наркотиками у людей з важкими захворюваннями, проблемами психічного здоров'я, впливу алкоголю та наркотиків на психічне здоров'я та соціальне функціонування, що існують у психологічній літературі, на особливості поведінки у осіб з акцентуаціями характеру. Наявні дані досліджень свідчать про те, що існує багато можливих пояснень того, чому люди з серйозними

проблемами психічного здоров'я вразливі до проблем вживання наркотичних речовин. Жодна окрема модель не може пояснити цього, і, ймовірно, багато моделей сприяють співіснуванню двох проблем. Таким чином, підсумовуючи, пропонуються різні теорії для вирішення проблеми високого співіснування важких психічних розладів, проблем зі здоров'ям та вживання наркотиків. Дві моделі мають найбільш емпіричну підтримку: модель гіперчутливості (тобто біологічна вразливість до проблем психічного здоров'я знижує поріг сприйманого негативного впливу відносно невеликої кількості речовин) та модель загального фактора ASPD (тобто сама ASPD збільшує ризик розвитку важкого психічного здоров'я проблема та проблема вживання наркотиків). Однак важливо зазначити, що спільні соціальні та особисті фактори (такі як соціально-економічні фактори та депривація) також можуть збільшити ймовірність, збільшуючи тим самим ймовірність розвитку співіснуючих проблем психічного здоров'я та вживання наркотичних речовин.

2. Досвід часто пов'язаний із серйозними проблемами психічного здоров'я

відчутне відчуття втрати. Люди часто втрачають свою соціальну роль, а може і виключені з нормативних способів отримання задоволення та соціального контакту з пов'язаною з ними стигмою проблем психічного здоров'я. Погані навички та впевненість у соціальних ситуаціях, шкільні та професійні невдачі, бідність, відсутність відповідальності дорослих, відсутність структурованої та змістовної повсякденної діяльності та життя в районах з високою доступністю наркотиків та девіантними підгрупами можуть збільшити вплив соціальних медіа, які вживають речовини , Botvin & James Ortiz, 1989; Pandina et al., 1990), а вживання речовин може сприяти соціальній взаємодії з однолітками (Drake, Brunette & Mueser, 1998; Salyers & Mueser, 2001). Сукупний ефект серйозних проблем психічного здоров'я та вживання проблемних речовин на міжособистісні конфлікти та фінансові проблеми часто робить цих клієнтів соціально вразливими до експлуатації наркотиків та незаконної поведінки

(Mueser et al., 2001). Всі ці фактори можуть виступати бар'єрами для залучення клієнтів до лікування та зміни поведінки.

3. Дослідження показало, що характеристиками зловживаючих наркотиками є: психічна нестабільність, низька самооцінка у поєднанні з високими претензіями; полегшене ставлення до проблем, зниження здатності до адаптації; емоційно відзначаються нестабільність, дратівливість, тривожність. Середній рівень депресії.

У міжособистісних стосунках потреба в контакті з іншими наркоманами проявляється у неможливості встановити та підтримувати емоційно близькі стосунки з людьми, які не вживають психоактивні речовини; поведінка демонструє підвищену конфліктність, імпульсивність, агресивні тенденції; раціоналізація, заперечення, проєкція та регресія стають характерними механізмами психологічного захисту; у людей із залежністю здатність до рефлексії знижена.

4. Психологічний захист наркозалежних пацієнтів є специфічною відмінністю від захисту здорових людей, він виражається в домінуючих захисних механізмах і формує поведінку захисних факторів. У наркозалежних пацієнтів спостерігається деформація психологічного захисту, що виражається в дискретності (розпаді єдиної структури). Алкоголіки характеризуються суперечливістю застосовуваних захисних механізмів. Формування нової структури психологічного захисту в стані наркоманії забезпечує потужні способи блокування від реальності та сприяє подальшому поглибленню особистісних деформацій та патологічних форм поведінки. У зв'язку з цим проблема вивчення та діагностики психологічного захисту є дуже важливою для психологічних аспектів наркології. Знання того, які зміни відбуваються в психологічному захисті в міру прогресування захворювання, може допомогти не тільки в лікуванні та реабілітації наркоманії.

5. Програми лікування, які повністю інтегрують лікування проблем вживання наркотичних речовин, можуть подолати багато традиційних послідовних або паралельних підходів до лікування. По-перше, організаційні та адміністративні витрати на вирішення проблеми ефективно усуваються завдяки інтегрованому лікуванню, оскільки координація між різними постачальниками послуг обмежена: загалом одна і та ж команда надає послуги з психічного здоров'я та зловживання наркотиками. По-друге, клінічних проблем, пов'язаних з лікуванням однієї проблеми, по-перше, а іншої - розладу, другої - щоб уникнути за допомогою комплексного лікування, оскільки обидві проблеми вважаються "первинними" і призначені для лікування в той же час. По-третє, конфлікт між різними філософіями психічного здоров'я та спеціалістами, що зловживають наркотиками, для лікування комбінованих проблем зводиться до мінімуму, коли лікарі працюють поруч і бажано на одній і тій же поштовій службі. Комплексний підхід до лікування цієї групи клієнтів забезпечує динаміку та взаємозв'язок між проблемами, з якими повинні зіткнутися клієнти, щоб їх систематично та цілісно виявити, дослідити та вирішити.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. Психическое здоровье. 2010. № 6. 49. С. 33–45.
2. Андерсон Келли. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак. Андерсон Келли. Копенгаген. Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро, Европейская серия, № 63. 2008. 95 с.
3. Березін С.В., Лисецький К.С., Назаров Е.А. Психологія наркотичної залежності та співзалежності. Монографія. С.В. Березін, К.С. Лисецький, Е.А. Назаров. Москва.МПА, 2001. С. 32
4. Беспалько В. В. Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманії серед учнівської молоді та обґрунтування її первинної профілактики на прикладі західного регіону України. автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03. В. В. Беспалько. Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. Київ, 2002. 20 с.
5. Битянский В.С., Херсонский Б.Т. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению наркотиками. В кн. Психологические исследования и психотерапия в наркомании. Л., 2009. 314 с.
6. Бітенський В. С. Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму й наркоманій. В. С. Бітенський. Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. 2007. № 1. 11. С. 7–11.
7. Богданова І. М. Соціальна педагогіка. навч. посіб. І. М. Богданова. Київ. Знання, 2008. 343 с.
8. Болотников И. Ю. Развитие вредных привычек в зависимости от условий жизни и воспитания учащихся различных учебных заведений. И. Ю. Болотников. Современные проблемы науки и образования. 2007. № 3. С. 24–37.

9. Бохан Н. А. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения. региональные тренды десятилетия Н. А. Бохан, В. Я. Семке, А. И. Мандель. Психическое здоровье. 2006. № 1. С. 32–38.
10. Бурлака В. В. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді. навч.-метод. Посібник. В. В. Бурлака. Київ. Герб, 2008. 224 с.
11. Вієвський А. М. Комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків як база сучасних медичних освітніх програм у цих напрямках. А. М. Вієвський. Медична освіта. 2011. № 4. С. 97–102.
12. Ганнушкин П. Б. Особенности эмоционально-волевой сферы при психопатиях. Психология эмоций. Тексты. Под ред. В. К. Вилюнас и Ю. Б. Гиппенрейтер. Москва. Изд-во МГУ, 2004. С. 252-279.
13. Грибанова О. В. Педагогические условия предупреждения аддиктивного поведения подростков на материале работы классного руководителя. автореф. дис. на соиск. науч. степ. канд. пед. наук : спец. 13.00.01. «Общая педагогика, история педагогики и образования». О. В. Грибанова. Волгоград, 2007. 24 с.
14. Дворяк С. Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин / С. Дворяк. Київ. Граффіті Груп, 2003. 56 с.
15. Дебер А. Как институт народного здоровья Швеции работает с вопросами предупреждения алкоголизма. А. Дебер. Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва, 2006. С. 11–19.
16. Джудіт Грізел. Завжди замало. YakabooPublishing. 2021. 256 с.
17. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». Электронный ресурс. Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc06.pdf>. Название с экрана.
18. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. А. Ю. Егоров. СПб. Речь, 2007. 132 с.

19. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркомании у подростков. учеб. пособие для студ. сред. и высш. пед. Заведений. Д. Д. Еникеева. 2-е изд, стер. Москва. Академия, 2001. 144 с.
20. Животовська Л. В. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю. Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник. Таврический журнал психиатрии. 2010. № 1. 14. С. 23–28.
21. Журавель Т. В. Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки: методичний посібник для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми і підлітками. Т. В. Журавель, Т. Л. Лях, О. М. Нікітіна. Київ, 2010. 37 с.
22. Захаров Н.П. Психотерапія прикордонних розладів і станів залежності / Н.П. Захаров. Москва. «Делі-принт», 2004. 288 с.
23. Змановская Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения. Е. В. Змановская. Москва. Академия, 2006. 288 с.
24. Інформаційно-аналітичні матеріали щодо діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у 2012 році [Електронний ресурс]. Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді. Режим доступу <http://www.dcssm.gov.ua/>.
25. Каражанова А. С. Особенности детского наркотизма. обзор отечественной и зарубежной литературы. А. С. Каражанова. Наркология. 2003. № 11. С. 37–55.
26. Кидряпкина А. В. Десятилетняя динамика смертности среди лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на территории Приморского края. автореф. дис. к.мед.н. А. В. Кидряпкина. Владивосток, 2001. 27 с.
27. Кіосєва О. В. Мотиваційні предиктори вживання психоактивних речовин молоддю України. О. В. Кіосєва. Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 4. 89. С. 61–64.
28. Королев К. Ю. Алкогольная зависимость. Жизнь над пропастью. МЕТ. 2004. 128 с.

- 29.Короленко Ц. П. Семь путей к катастрофе : деструктивное поведение в современном мире. Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. Новосибирск. Наука, 2009. 224 с.
- 30.Котляров А.В. Звільнення від залежностей, або [школа](#) успішного вибору / О.В. Котляров. Москва. «Психотерапія», 2005. 448 с.
- 31.Котляров А.В. Інші наркотики, або HomoAddictus. О.В. Котляров.Москва. «Психотерапія», 2006. 480 с.
- 32.Лебедько В., Баранник О. [Механізми](#) людських залежностей і стратегії звільнення від них. В. Лебедько, О. Баранник. Москва. МГУ, 2005. 56 с.
- 33.Лисецький К.С., Литягина Є.В. Психологія незалежності. К.С. Лисецький, Є.В. Литягина. Москва.«Універс-груп», 2003. 352 с.
34. Личко А. Е. Подростковая наркология. А. Е. Личко, В. С. Битенский. Ленинград. Медицина, 2011. 304 с.
- 35.Лукашевич М. П. Соціальна робота. теорія і практика. Підручник. М. П. Лукашевич, Т. В. Семигіна. Київ. Каравела, 2009. 368 с.
- 36.Любінець О. В. Стан та прогноз середньої очікуваної тривалості життя населення в Україні. О. В. Любінець. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 2. С. 15–23.
- 37.Максимова Н. Ю. Соціально-психологічний аспект адиктивної поведінки підлітків та молоді. Н. Ю. Максимова, С. В. Толстоухова. Київ. 2003. 200 с.
- 38.Мандель А. И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири : автореф. дис. д.мед.н. А. И. Мандель. Томск, 2007. 44 с.
39. Маркова М. В. Роль хімічної залежності в розвитку внутрішньосімейної дезадаптації. Москва. Маркова, Т. В. Селюкова, О. Б. Окара. Архів психіатрії. 2008. Томськ. 3, № 4. 22–23. С. 25–26.
- 40.Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. Е. А. Кошкина, Ш. И. Спектор, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов. Москва. ПЕР СЭ, 2008. 288 с.

41. Мэрион Вудман. Страсть к совершенству. Юнгианское понимание зависимости. Библиотека психологии и психотерапии. 2006. 272 с,
42. Москаленко В. Н. Зависимость. Семейная болезнь. Институт консультирования и системных решений. 2011. 356 с.
43. Парфанович І.І. Профілактика девіантної поведінки дівчат: [навчально-методичний посібник] І.І. Парфанович. Тернопіль. ТНПУ, 2011. 208 с.
44. Профілактика вживання алкоголю, наркотиків і токсичних речовин серед молоді. О. М. Балакірєва, П. Ю. Дупленко, Н. Ю. Максимова, К. Л. Мілютіна. Молодь України: стан, проблеми, шляхи розв'язання. Вип. 7. Київ. Студцентр, 2008. 56 с.
45. Рой Эскапа. Пить, чтобы бросить пить. ИП Стрельбицкий. 2016. 452 с.
46. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. под ред. И.В.Дубровиной. Москва. Академия, 2005. 170 с.
47. Сердюк О. О. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю. О. О. Сердюк, Ю. Л. Белоусов. Соціальна робота в органах внутрішніх справ України. навч. посіб. Харків. Нац. ун-т внутр. справ, 2006. С. 303-324.
48. Семігіна Т. В. Соціальна психологічна реабілітація в рамках програми замісної підтримки. Т. В. Семігіна. Київ. Консум, 2007. 51 с.
49. Смагин С. Ф. Аддиктивное поведение. С. Ф. Смагин. Нева. 2006. С. 153-165.
50. Соціальна педагогіка: підручник. за ред. проф. А. Й. Капської. 4-те вид., випр. та допов. Київ. Центр учб. л-ри, 2009. 488 с.
51. Технологія роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: методичний посібник. С В. Толстоухова, О. О. Яременко, О. В. Вакуленко та ін. Київ. Держ. центр соц. служб для молоді, Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. 88 с.
52. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика. О. М. Балакірєва, О. О. Стойко та ін.

- кер. авт. кол. О. О. Яременко. Київ. Держ ін-т пробл. сім. та мол., Укр. ін-т соц. д-нь, 2005. Кн. 7. 196 с.
53. Федосенко Е. В. Помощь подростку. Полное практическое руководство для психологов, педагогов и родителей. Е. В. Федосенко. СПб. Речь. Москва. Сфера, 2009. 320 с.
54. Филип Дж. Флорес. Групповая психотерапия зависимостей. Институт общегуманитарных исследований. 2014. 736 с.
55. Форсайт Марк. Краткая история пьянства от каменного века до наших дней. Что, где, когда и по какому поводу. Альпина Паблишер. 2018. 280 с.
56. Шабалина В.В. Психология зависимого поведения. В.В. Шабалина. СПб. Питер, 2001. 584 с.
57. Юр'єва Л. М. Історія. Культура. Психічні розлади та розлади поведінки. Людмила Миколаївна Юр'єва. Київ. 2002. 314 с.
58. Arnett J.J. The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*. 2005;35:235–253. [[Google Scholar](#)]
59. Arria A.M., Garnier-Dykstra L.M., Cook E.T., Caldeira K.M., Vincent K.B., Baron R.A., O'Grady K.E. Drug use patterns in young adulthood and post-college employment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;127:23–30. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
60. Balogh K.N., Mayes L.C., Potenza M.N. Risk-taking and decision-making in youth: Relationships to addiction vulnerability. *Journal of Behavioral Addictions*. 2013;2:1–9. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
61. Baron R.M., Kenny D.A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51:1173–1182. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
62. Baumeister R.F., Leary M.R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*. 1995;117:497–529. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

63. Best P., Manktelow R., Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review*. 2014;41:27–36. [[Google Scholar](#)]
64. Blinn-Pike L., Worthy S.L., Jonkman J.N. Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*. 2010;47:223–236. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
65. Boman J.H., IV, Stogner J., Lee Miller B. Binge drinking, marijuana use, and friendships: The relationship between similar and dissimilar usage and friendship quality. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2013;45:218–226. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
66. Brechwald W.A., Prinstein M.J. Beyond homophily: A decade of advances in understanding peer influence processes. *Journal of Research on Adolescence*. 2011;21(1):166–179. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
67. Buckingham S.A., Frings D., Albery I.P. Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2013;27:1132–1140. Advance online publication. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]