

Міністерство освіти і науки України
Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського
Навчально-науковий гуманітарний інститут
Кафедра психології, філософії та суспільних наук

На правах рукопису

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти «Магістр»

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З
АЛКОГОЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ**

Студент: групи 053-22 мз

Швець Євгеній Іванович

Освітня програма

053 Психологія

Науковий керівник

к.пед.наук, доцент кафедри психології,
філософії та суспільних наук

Копилова Світлана Вікторівна

АНОТАЦІЯ

У роботі теоретично обґрунтовано й емпірично перевірено ефективність комплексу психологічної реабілітації клієнтів з алкогольними розладами особистості в умовах реабілітаційного центру.

Проаналізовано сучасні підходи до розуміння сутності поняття «алкогольний розлад особистості», встановлено характерні ознаки даного типу розладу. Розглянуто специфіку деформації особистості в результаті формування алкогольної залежності. Проаналізовано теоретичні підходи до пояснення механізмів деградації особистості.

Визначено місце психологічної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, в системі реабілітаційних заходів, виділено й охарактеризовано чинники відповідного процесу. Емпірично встановлено рівень алкогольних розладів особистості та спрогнозовано систему відповідних реабілітаційних впливів. Розроблено й емпірично перевірено особистісно-орієнтований реабілітаційний комплекс як складову програми реабілітації клієнтів з алкогольними розладами особистості в умовах реабілітаційного центру

Ключові слова: алкогольний розлад особистості, деградація особистості, психологічна реабілітація, адаптаційний потенціал особистості, особа з алкогольною залежністю

SUMMARY

The qualification work theoretically substantiates and empirically verifies the effectiveness of the psychological rehabilitation complex for clients with alcohol personality disorders in a rehabilitation center.

Modern approaches to understanding the essence of the concept of "alcoholic personality disorder" are analyzed, and the characteristic features of this type of disorder are established. The specifics of personality deformation as a result of the formation of alcohol dependence are considered. Theoretical

approaches to explaining the mechanisms of personality degradation are analyzed.

The place of psychological rehabilitation of persons addicted to psychoactive substances in the system of rehabilitation measures is determined, the factors of the corresponding process are highlighted and characterized. The level of alcohol personality disorders is empirically established and the system of corresponding rehabilitation influences is predicted. A personality-oriented rehabilitation complex has been developed and empirically tested as a component of the rehabilitation program for clients with alcohol personality disorders in a rehabilitation center.

Keywords: alcohol personality disorder, personality degradation, psychological rehabilitation, personality adaptation potential, person with alcohol dependence

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕГРАДАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ АДИКЦІЄЮ	9
1.1. Проблема алкогольної залежності та підходи до її дослідження	9
1.2. Деформація особистості як результат формування алкогольної залежності	15
1.3. Теоретичні підходи до пояснення механізмів розвитку й деградації особистості	21
1.4. Психологічна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин	26
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА І РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ	30
2.1. Розробка програми та організація дослідження алкогольних розладів особистості клієнтів реабілітаційного центру.	30
2.2. Результати проведення емпіричного дослідження на базі реабілітаційного центру «Твереза спільнота «Крепость»	35
Висновки до розділу 2	41
РОЗДІЛ 3. ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ	43

3.1. Проблема реалізації особистісно-орієнтованого підходу у психологічній реабілітації осіб з алкогольною залежністю	43
3.2. Методичні рекомендації щодо комплексного впливу на осіб, що має розлади особистості внаслідок залежності	50
3.3. Роль групових методів у психологічній реабілітації осіб з розладами особистості внаслідок зловживання алкоголем	57
Висновки до розділу 3	65
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	

ВСТУП

У зв'язку з війною в Україні, для значної частини громадян посилюється небезпека залучення до вживання психоактивних речовин. До числа вразливих груп можуть бути віднесені молоді люди, які в умовах воєнного стану відчують нудьгу, відсутність перспектив, обмеженість можливостей самореалізації. Це може спонукати до пошуку приємних відчуттів через залучення до вживання алкоголю. Така ж тенденція може спостерігатись серед внутрішньо переміщених осіб, які не залучені до суспільно корисної праці.

Як показує зарубіжний досвід реалізації миротворчих місій, внаслідок психічних травм, а також соціальних негараздів, значна частина людей, які повертаються додому після військового конфлікту, намагаються вирішити зовнішні й внутрішні проблеми через вживання алкоголю. Це є спробою витіснити зі свідомості болісні переживання. За допомогою психотропних речовин вони намагаються позбутись негативних емоційних та психосоматичних станів: злості, ворожості, розпачу, провини, тривоги тощо. Усі ці категорії людей потребують фахової допомоги, яка надає можливість відновити втрачену особистісну цілісність та адаптуватися до життя в суспільстві. Метою реабілітаційних технологій є не тільки опрацювання психоемоційних станів, але й відновлення розладів особистості, які мають місце в ситуації зловживання психоактивними речовинами.

Традиційний підхід до надання допомоги людям, залежним від психоактивних речовин ґрунтувався на наданні медичної допомоги. У сучасній практиці набув поширення біопсихосоціальний підхід. З урахуванням сучасного стану розвитку науки стає можливим удосконалення вже відомих та розроблення нових ефективних технологій підвищення адаптивності осіб з алкогольними розладами особистості на основі особистісно орієнтованого підходу.

Психологічні аспекти цього явища обґрунтовувалися в працях І. П. Башкатова, О. І. Бондарчук, Б. С. Братуся, М. І. Буянова, Л. С. Виготського, О. В. Змановської, Н. Ю. Максимової, Д. І. Фельдштейна та інших. Увагу вчених привернули соціально-психологічні (міжособистісні стосунки) та індивідуально-особистісні (ставлення до себе, особливості мотиваційної сфери, пізнавальної діяльності тощо) характеристики, між якими виявлені складні взаємозв'язки.

Можемо констатувати, що на сьогоднішній день намічені лише окремі, часто недостатньо пов'язані фрагменти психотерапевтичної й психокорекційної роботи з особами, залежними від психоактивних речовин. Перспективи подальших досліджень пов'язані з необхідністю аналізу усіх ланок процесу психологічної реабілітації та з'ясування можливостей психолога у наданні дієвої психологічної допомоги.

З урахуванням актуальності проблеми, а також з відсутністю розкриття особливостей відповідного процесу в умовах реабілітаційного центру, нами обрано **тему дослідження**: Особливості психологічної реабілітації осіб з алкогольними розладами особистості

Об'єкт дослідження: функціональна недостатність осіб з алкогольними розладами особистості

Предмет дослідження: особливості психологічної реабілітації осіб з алкогольними розладами особистості в умовах реабілітаційного центру

Мета дослідження; теоретично обґрунтувати комплекс психологічної реабілітації клієнтів з алкогольними розладами особистості в умовах реабілітаційного центру й емпірично перевірити його ефективність

Завдання дослідження:

- 1) Проаналізувати сучасні підходи до розуміння сутності поняття «алкогольний розлад особистості»;

- 2) Визначити місце психологічної реабілітації в системі реабілітаційних заходів, виділити й охарактеризувати чинники відповідного процесу;
- 3) Емпірично встановити рівень алкогольних розладів особистості та спрогнозувати систему реабілітаційних впливів
- 4) Розробити особистісно-орієнтований реабілітаційний комплекс як складову програми реабілітації клієнтів з алкогольними розладами особистості в умовах реабілітаційного центру

Методи дослідження:

Теоретичні: комплексний аналіз, порівняльний аналіз, аналіз через синтез

Емпіричні: тестування, експеримент

Практична значущість дослідження: розроблено особистісно-орієнтований реабілітаційний комплекс як складову програми реабілітації клієнтів з алкогольними розладами особистості в умовах реабілітаційного центру. Методичні рекомендації можуть бути корисними організаторам груп взаємодопомоги осіб з алкогольною залежністю.

Структура кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, дев'яти підрозділів, висновків, списку використаних джерел, що містить 65 найменувань. Основний текст роботи викладений на 73 сторінках

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕГРАДАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ АДИКЦІЄЮ

1.1. Проблема алкогольної залежності та підходи до її дослідження

Традиційно проблема алкогольної залежності розглядається в медичній площині, а способи лікування визначаються знаннями в галузі психіатрії. Відповідно до цієї парадигми, оперують поняттями «алкоголізм», «патологія», «хвороба», «психофізіологічні процеси».

Алкоголізм розглядається як залежність від алкоголю, що має патологічний характер і супроводжується психосоматичними і неврологічними розладами, а також психічною деградацією, появою похмільного синдрому й порушенням соціальних функцій хворого [61, с.118]. Отже, ознакою алкогольної залежності є функціональна недостатність хворого.

Традиційно увага науковців зверталась на психічний і психофізіологічний аспект алкоголізму. У підручнику з валеології увага акцентується на впливі алкоголю на організм, а також на необоротному ураженні центральної нервової системи [9]. Л.М.Сідак зауважує, що алкоголізм виявляється у порушенні контролю прийому спиртних напоїв і супроводжується численними патологічними змінами в організмі й розладами психіки [48, с.78]. Вплив алкоголю на організм, насамперед, визначається характером нейропсихологічних процесів, які стали предметом експериментального дослідження.

Для надання кваліфікованої медичної й психологічної допомоги необхідно брати до уваги стан ураження організму. У перебігу алкоголізму виділяють три стадії: неврастенічна, розпалу хвороби, енцефалопатична. На кожній зі стадій спостерігаються симптоми, які мають психофізіологічний характер. Так, для першої стадії характерні

виникнення алкогольних палімпсестів, втрата захисної функції блювотного рефлексу; перехід від епізодичного до систематичного вживання алкоголю, симптомокомплекс астенічного характеру, психічна залежність.

Виникнення фізичної залежності (компульсивного потягу), абстинентний синдром, втрата ситуаційного контролю, поява псевдозапоїв та алкогольних психозів, а також органічних неврологічних і соматичних розладів; зміни особистості й соціальна дезадаптація, - усе це є симптомами другої стадії алкогольної деградації. Критерієм переходу до другої стадії вважається наявність абстинентного синдрому.

Про перехід на третю стадію деградації (енцефалопатичну) сигналізують такі симптоми: психічна й фізична залежність, що набуває виражений характер, втрата толерантності, алкогольний психоз, стійкий і незворотний характер соматичних та неврологічних порушень, посилення деградації особистості й соціальної дезадаптації. Критерієм переходу до третьої стадії є значне падіння толерантності, що приводить до хронічної інтоксикації, порушення обмінних процесів і органічного ураження внутрішніх органів [47]. І хоча особистісний фактор присутній серед числа наведених симптомів, головна увага науковців зосереджувалась на факторах психосоматики. Отже, він не набув конкретизації, а також не була встановлена його роль і значення в психологічному механізмі реабілітаційного процесу.

Як зазначають науковці, перехід до стану алкогольної хвороби відбувається упродовж багатьох років, через що залишається поза увагою не тільки самого хворого, а й його найближчого оточення, яке поступово звикає до змін у поведінці. Ознакою особистісної деформації є формування неадекватної самооцінки хворого й заперечення своєї хвороби [61, с.119].

У подальшому предметом психологічного дослідження стає адикція як вид девіантної поведінки особистості. Через це посилюється увага до

розробки й обґрунтування системи психокорекційної роботи із залежними особами.

Це позначилось на розумінні небезпечних наслідків алкоголізму: увага акцентується на соціокультурних аспектах. Особливості культурного середовища, доступність, культурна й психологічна толерантність розглядаються як чинники поширення алкоголізму [48, с.79]. З іншого боку, на думку Л.М.Сідака, алкоголізм наносить незворотну шкоду генотипу нації, негативно впливає на інтелектуальний потенціал працездатного населення і культуру взагалі.

У зв'язку з цим увагу дослідників привернула проблема особистісної деградації на підґрунті формування алкогольної залежності. Вона розвивається на віддалених фазах розвитку алкоголізму й проявляється через зниження пам'яті й інтелекту, афективні розлади, а також психопатоподібні порушення, етичне зниження, втрату критичного ставлення до свого стану [61]. До числа психічних і фізичних додаються ефекти зміни особистості, які мають вагоме значення у прогресуванні хвороби, а також у відновлювальному процесі.

Т.Д.Чубіна, С.М.Косяк, Я.А.Федоренко вказують на латентний характер механізму деградації особистості при алкогольній залежності. Оскільки залежність може виникнути у різні періоди життя, а також під впливом сукупності чинників, виявлення зв'язку між їх впливом і виникненням залежності (а також особистісних змін) важко простежити. До того ж адиктивний процес має тенденцію до самовідтворення й автономії [61, с.109].

Під впливом алкоголю людина втрачає почуття відповідальності перед суспільством і державою. Падіння моральності пов'язане саме з алкоголізмом [9].

На другій стадії продовжується формування залежності, що позначається на характерологічних рисах особистості при зловживанні алкоголем. Хронічний алкоголізм характеризується подальшою

моральною деградацією, ірраціональним мисленням, неясними страхами, фантазіями і психопатичною поведінкою - алкогольними психозами. Такої стадії людина може досягти за 5-25 років [9]. З цього моменту розпочинається третя стадія - стабільна, або фіксована поведінка, де зловживання алкоголем стає частиною стилю життя людини.

Алкоголізм має багато небезпечних наслідків, але відповідно до предмета дослідження, важливо зрозуміти, що відбувається з особистістю у процесі деградації. У валеологічному підході розкриваються психічні зміни, які супроводжуються пригніченістю та злісною дратівливістю. Алкоголік стає байдужим до роботи, сім'ї і дітей, настає зниження вищих емоційних реакцій. Відбуваються стійкі зміни в духовному складі людини, призводить її до деградації фізичної, моральної, духовної, соціальної і, врешті-решт, до загибелі [9].

Як зазначає О.Л.Христюк, алкогольна залежність приводить не тільки до незворотних змін психіки, а до деградації особистості [58, с.104]. На думку Л.М.Сідака, особливістю, що характеризує алкоголізм на індивідуальному й соціальному рівнях, є деградація особистості. Цей процес є зворотним по відношенню до розвитку особистості [49].

Для адиктів характерні безвідповідальність, схильність до звинувачень інших, перебільшення власних чеснот, маніпулятивність, брехливість тощо [61].

Важливо, що розлади особистості розглядаються не тільки як наслідок алкогольної залежності, але і як її передумова. Так, у підручнику з валеології стверджується, що до числа факторів, що сприяють алкоголізації, можуть бути віднесені: індивідуально-психологічні особливості та нервово-психічні аномалії особистості (зокрема, невротизація, патохарактерологічний розвиток особистості, психопатія); моральна незрілість особистості (вузьке коло інтересів, негативне ставлення до навчання, відсутність суспільно-політичної активності) [9].

Водночас, особливості особистості мають значення як

психологічний чинник формування залежності. До такого ж висновку приходять і Т.Д. Чубіна, С.М.Косяк, Я.А.Федоренко констатуєючи, що негативні характерологічні якості адиктів можуть провокувати процес чи бути його продуктом [61].

Л.В.Животовська, В.В.Борисенко, А.М.Скрипников підкреслюють особливе значення вивчення особистісних особливостей хворих із залежністю для виявлення причин формування різних форм адиктивної поведінки [16]. Особистісні особливості розглядаються як складові психологічної схильності до вживання алкоголю. Їх знання дозволяє своєчасно здійснювати діагностику й застосовувати психологічну корекцію.

Більшість науковців виділяють якусь одну особистісну характеристику і зосереджують увагу на встановленні зв'язку між нею і процесом формування алкогольної залежності. Так, О.А.Серебернікова предметом аналізу робить мотиви вживання алкоголю [47]; Л.В.Животовська, В.В.Борисенко, А.М.Скрипников вказують на характерологічні особливості, які впливають на швидкість формування й тяжкість дефіцитарних розладів [16]; О.Л.Христюк розглядає психопатії, акцентуації характеру як чинники схильності до вживання алкоголю [59]; Б.Ткач значущими вважає акцентуації характеру, агресивність і екстернальний локус контролю [54]. Н.Апетик звертає увагу на порушення у формуванні моральної саморегуляції [1]. Зазначені особистісні особливості впливають у комплексі з іншими чинниками.

О.Л.Христюк пов'язує схильність підлітків до вживання алкоголю з біологічними (мозкові дисфункції), соціальними (умови сімейного виховання й соціальна ситуація розвитку) й особистісними (психопатії, акцентуації характеру чинниками [59, с. 162]. Б.М. Ткач встановив особистісні характеристики, властиві для молоді, що епізодично вживає алкоголь. До їх числа віднесено акцентуації характеру, агресія деструктивного типу, послаблення самоконтролю, низький рівень емпатії,

домінування екстернального локусу контролю [65, с. 77].

Н.Апетик розглядала алкоголізацію як форму девіантної поведінки, вирішальною детермінантою якої є порушення у формуванні моральної саморегуляції підлітків. Несформованість особистості, її окремих компонентів розглядається дослідницею як чинник індивідуального рівня. Крім нього діють фактори на рівні суспільства і малих груп.

При розгляді процесу формування адикції, Т.Д. Чубіна, С.М.Косяк, Я.А.Федоренко виокремлюють дві групи чинників: прагнення до втечі від реальності й особистісну незрілість. Перше пов'язане з низькими адаптивними можливостями й передбачає втечу від травмивної реальності завдяки переживанню інтенсивних емоцій чи зміни психічного стану при прийомі алкогольних речовин. Ознаками особистісної незрілості є невираженість інтелектуальних і духовних інтересів, психологічна нестійкість і безвідповідальність, недотримання моральних норм [61, с.105-106].

М.Братусь розглядає хронічний алкоголізм як небезпечний за соціальними наслідками та досить поширений вид аномального розвитку. Це глибока психічна хвороба та деградація. Пияцтво раніше розглядалось як «добровільне божевілля».

Зародження потреби в алкоголі є точкою відліку на складному шляху деформації особистості. Вживання алкоголю – похідне від культури, від зовнішніх детермінант, пов'язаних з культурними значеннями. Спочатку відчуються зміни на першому рівні психічного здоров'я – на рівні психофізіологічного реагування, яке залежить від стану організму, особливостей конституції та нервової системи. Не алкоголь сам по собі (його фізіологічна дія), а, перш за все, проєкція психологічного очікування, актуальних потреб і мотивів на психофізіологічний фон сп'яніння створює внутрішню суб'єктивну картину, яку людина починає приписувати дії алкоголю. Саме у цьому «опредмечуванні» спочатку змістовно неоформленого стану і починається

психологічна привабливість алкоголю. У ньому людина починає бачити головне джерело стану, що її приваблює. Через 5-7 років після початку систематичного вживання з'являється перший симптом – втрата контролю за кількістю випитого [7].

Отже, вагоме значення у формуванні алкогольної залежності мають особистісні особливості людини, важливими з яких є акцентуації характеру, моральна саморегуляція, локус контролю. Вони можуть бути розглянуті і як соціальні, і як духовні чинники. Водночас граничні показники вказаних особистісних характеристиках можуть розглядатись не тільки як чинник, але й як результат особистісної деградації внаслідок зловживання алкоголем. Тому виникає необхідність, а разом з тим і можливості, реалізації особистісно-орієнтованого підходу до організації реабілітаційного процесу щодо осіб з алкогольною адикцією.

1.2. Деформація особистості як результат формування алкогольної залежності

Загальновідомо, що алкоголізм, як і будь-яка залежність, сприяє руйнації особистості [47]. Проте різні дослідники зосереджують увагу на різних проявах такого типу змін особистості. На основі теоретичних і емпіричних досліджень вдалось побудувати картину таких змін.

Багато науковців вказують на наявність акцентуацій характеру, під якими розуміють загострення деяких характерологічних рис унаслідок хвороби. Для хворих на алкоголізм типовими вважаються такі типи акцентуацій: астенічний (поява нетривалих епізодів дратівливої слабкості); експлозивний (переважання афектів агресії); нестійкий (відсутність цілеспрямованої діяльності); синтонний (переважання підвищеного настрою, оптимізму) [47]

Дослідженню індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів із запійними і епізодичними формами алкоголізму була присвячена робота Л.В.Животовської, В.В.Борисенко, А.М.Скрипникова. Для

вивчення особистісних характеристик хворих використано опитувальник Міні-Мульт. З'ясовано, що в обстежених пацієнтів переважають дистимічний і емотивно-лабільний типи акцентуацій, а також гіпостенічний тип реагування (це дає підстави констатувати невротичний варіант дезадаптації). Для хворих з епізодичними формами вживання алкоголю характерні збудливий, застрягаючий і циклотимний типи акцентуації та стенічний тип реагування (це вказує на дезадаптації асоціального типу). Висновки про домінуючі акцентуації та профілі особистості хворих із постійним/епізодичним зловживанням алкоголю дають можливість врахувати індивідуально-психологічні особливості хворих при виборі методів і мішеней психотерапевтичного впливу [14].

На основі порівняльного аналізу особистісних властивостей підлітків з урахуванням різновиду наркотичної речовини, що вживається, Н.Є.Завацькою зроблено висновок, що для більшості підлітків, які вживають алкоголь, характерні безініціативність, поверховість і нестійкість інтересів, легкість прийняття рішень, некритичність до своїх недоліків і помилок, а також нерозбірливість у контактах. На стадії психічного uzалежнення виникає нівелювання особистісних властивостей, через що проявляються брутальність, цинізм і згрубіння [18, с.119].

Т.Д. Чубіна, С.М.Косяк, Я.А.Федоренко також констатують наявність особистісних змін у осіб, що зловживають алкоголем. Процес формування залежності супроводжується внутрішньо особистісними конфліктами, почуття тривоги набуває захисний характер, спрацьовують захисні механізми, які забезпечують збереження відчуття психічного комфорту. Ознаками дії таких механізмів є фрази: «я вчиняю так, як мені подобається», «якщо заходу, – то все можу змінити», «мені байдуже на людей». Це позначається на поведінці та сприяє формуванню залежності, яка стає універсальним засобом втечі від реального життя. В цілому, залежні люди характеризуються як такі, що мають низьку стійкість до

психосоціальних стресів, неефективну адаптацію, що спонукає до пошуку доступного способу досягнення психофізіологічного комфорту, яким виявляється вживання психотропних речовин [61, с.115].

Серед проявів руйнації особистості Л.М.Сідак виділяє психоемоційну незрілість, агресивність і гнівливість, часту зміну настрою, патологічну схильність до брехні, прояви аморальності й цинізму, нездатність до тривалої концентрації на певному виді діяльності, тощо. Підтримуючи позицію С.Ахматнурова, також виділяються такі прояви моральної деградації алкоголіка є втрата почуття обов'язку, схильність до брехні, примітивність суджень, послаблення функцій совісті, прояви егоїзму [48].

М.Братусь пояснює, що після змін на індивідуально-виконавчому рівні осіб, що зловживають алкоголем, відбуваються зміни особистісно-смыслового рівня. Робота ними починає розглядатись тільки як джерело грошей на горілку. Алкоголь як мотив діяльності починає визначати особистісну спрямованість, поступово руйнуючи мотиваційно-смыслову ієрархію. Зміна мотиваційно-смыислової сфери зумовлює появу конкретних особливостей «алкогольної особистості». Механізм цього процесу розглядається на прикладі моральної деградації. Переважаючими стають ситуативні смисли, відсутність виражених «вертикальних характеристик смыслового поля». Відбувається деформація різних рівнів психічного здоров'я, перебудова мотиваційно-потребнісної та ціннісно-смыислової сфер особистості [7].

Варто зупинитись на емпіричному дослідженні А.І.Харківської, яка предметом дослідження зробила особистісні форми реагування хворих на алкоголізм до і після психокорекційних втручань, а саме, специфіку комунікації з оточенням, особистісну спрямованість й особистісні перспективи. До початку втручання для хворих були характерні індивідуально-психологічні особливості особистісного реагування. Так, особистісна неефективність виявлялась у сфері комунікації. У хворих

спостерігались вербальні прояви агресії у ситуаціях невдоволення чимось; вони перебивали один одного при обговоренні проблем, не були здатні до прояву вольових зусиль, не вміли організувати свою діяльність: ставити мету й обирати засоби досягнення, а також за потреби докладати зусилля. Усе це приводило до зниження самооцінки [57].

Що стосується особистісної спрямованості й установок, то для них характерні декларативний характер (бажання жити без алкоголю не підкріплювалось необхідною спонукальною силою мотиву тверезості). Навіть визнаючи пагубний вплив алкоголю на різні аспекти життя, залежні особи не бачили іншої альтернативи, через що цінність алкоголю переважувала цінність інших сфер життя (сімейного благополуччя, успішного навчання, роботи тощо). Отже, емоційна оцінка факту зловживання скоріше була позитивною, ознакою чого є висловлювання: «я не знаю що мені робити, якщо я припиню ще пити, моє життя стане ще більш нестерпним», «він покращував моє нудне життя». Мотив тверезого способу життя не був смислоутворювальним.

У ставленні до майбутнього простежується, що плани на майбутнє мають декларативний характер, ознакою чого є загальні фрази типу: «знайду роботу і все буде гаразд». Проте на пропозицію конкретизувати способи пошуку роботи вони уникали відповіді, пояснюючи тим, що ще не замислювались. Так само невизначеними були їхні дії на випадок повторної появи потягу до алкоголю.

Науковці часто відзначають, що для хворих на алкоголізм характерне порушення адекватності самооцінки. Це виявляється у некритичному ставленні до особистісних змін під впливом зловживання (одною з причин може бути дія захисних механізмів, що приводить до заперечення негативних наслідків зловживання). Самооцінка має нестійкий характер, ознакою чого є коливання від крайньої зневаги до себе до повного прийняття. Також спостерігається прагнення підвищити самооцінку за рахунок минулих досягнень або підкреслювати свою

виключність. У ряді випадків самооцінка відображує субдепресивний настрій хворих, тому має негативний характер й провокує байдуже ставлення хворого до себе й свого майбутнього.

Важливою особистісною характеристикою є позиція хворих щодо власної участі в реабілітаційному процесі. Більшість із них, визнаючи наявність залежності від психотропних речовин, схильні відповідальність за одужання покладати виключно на лікарів і психологів («хай зроблять так, щоб я одужав» [57]). Така позиція не дозволяє повернути контроль над своїм життям.

Представляють інтерес умовиводи О.Стеценка, викладені у публікації «Як не пити?» щодо особистісних особливостей осіб із алкогольною залежністю. Він приходить до висновку, що свою волю й інтелект алкоголіки ставлять на службу своєї хвороби. Для усунення перешкод у задоволенні своєї пристрасті вони проявляють достатньо великі вольові зусилля. Л.М.Сідак розрізняє особистість і личину, яка їй протидіє, неначе керує з-за спини. При цьому особистість сприймає нав'язані мотиви неначе свої [49, с.80; 52].

Особливістю духовного життя алкоголіків є образливість (у сполученні готовності самим образити будь-кого). Навіть за відсутності приводів для образи, такі люди їх знаходять. Основним проявом образливості є готовність хворих гніватись, що у певній мірі є небезпечним, але у той же час задовольняє потребу у мінімумі емоційного збудження. Це зайвий раз підкреслює припущення про збіднення емоційного життя, що має й інші прояви. Важлива не тільки інтенсивність емоцій, а й їх різноманітність. Тому має значення оцінка дійсності й висловлювання з цього приводу. Для алкоголіків характерний набір стандартних оцінок, у яких практично відсутні градації [49, с.80; 52].

Ще одна особливість, - байдужість до тих, кого особи з алкогольною залежністю люблять, і навіть до себе. Поступово зникає інтерес до життя сім'ї й власного життя, що виявляється в байдужості до

зовнішності й одягу. Крім втрати здатності любити, втрачається здатність до рефлексії й саморефлексії. У полі зору свідомості й позасвідомої активності залишається лише те, що стосується задоволення пристрасті. Також зменшується обсяг спогадів, частіше залишаються спогади про негативні емоції, що створює відчуття нестерпності буття. Збіднюється інтелектуальна діяльність, що позначається на оцінці реальності. Категоричність суджень алкоголіків пов'язана не з чуттєвим переживанням ситуації, об'єкта, а з поспішністю оцінки, прагненнями уникнути проблеми, звузити її сприйняття шляхом відкидання подробиць. Мова йде про неспроможність до оцінювання й втрату здатності до аналізу; через це пригнічується воля і швидко втрачається інтерес до предмета розмови. Виникає ситуація, коли алкоголік не знає, чого хоче. Рішення приймаються імпульсивно (особистість перестає бути суб'єктом мотивації, отже втрачає свободу), а проблеми розглядаються або як надмірно прості, або як такі, які не піддаються вирішенню [49, с.81]. Усе зазначене вище (збіднення емоційного життя, легка вразливість, байдужість до оточуючих) є ознаками руйнації особистості.

Зміни особистості під впливом алкогольної залежності по-різному позначаються науковцями: «деградація особистості», «деформація особистості», «розлади особистості», «функціональна недостатність».

1.3. Теоретичні підходи до пояснення механізмів розвитку й деградації особистості

Галузі психології особистості, а також психології розвитку дуже активно розвиваються в останні роки, але цей процес не можна уважати завершеним. Проаналізуємо деякі психологічні концепції, які, на нашу думку, є корисними для розуміння сутності процесу деградації особистості під впливом залежності від психотропних речовин.

Звичайні способи лікування, які зводяться до вироблення непереносимості, огиди до запаху та смаку спиртного або умовно-

рефлекторно, або за допомогою спеціальних препаратів, незважаючи на необхідність і важливість у загальному курсі лікування, найчастіше не зачіпають глибинні, смислові основи тяги до сп'яніння. Вона направлені на придушення фізичних, фізіологічних компонентів потягу, тоді як складна, діяльнісно-опосередкована основа пияцтва, звичні, вироблені роками установки і способи сприйняття світу залишаються практично незмінними.

Якщо установки пияцтва формувались у ході достатньо тривалого й складного розвитку особистості, то установки тверезості мають виникнути не раптом, а лише з опором на розвиток діяльності, але уже не ілюзорно-компенсаторного типу, а орієнтованої на реальність, що дає можливість по-новому побачити та задовольнити потреби у самоповазі, зміні вражень, які раніше задовольнялись за допомогою алкоголю. На думку М.Братуся, мова йде про психолого-педагогічні завдання виховання та корекції особистості. Маємо справу в основному з дорослими людьми, про складену аномальним чином структуру особистості, тому скоріше мова має йти про перевиховання. На цій стадії головною особою стає психолог. Причому думка про необхідність душевного переродження як важливу умову позбавлення від алкоголізму виловлювалась давно [7].

На думку Б.П.Лазоренко, дисоціація і відчуження є механізмом розщеплення цілісної особистості на окремі субособистості, які перебувають між собою у конфлікті. Таке розщеплення цілісності актуалізує механізм залежності. Людина постійно повертається до відтворення негативної субособистості, щоб знищити її чи хоча б позбавити сили шляхом витіснення в несвідоме і в такий спосіб відновити колишню цілісність.

Метафорично такий стан описується у байці Л.Глібова «Лебідь, щука, рак». Аналогічним чином залежна людина, що перебуває у конфлікті зі своєю «личиною», позбавлена можливості керувати своїми

станами. Прагнути до одного, вона робить зовсім інше. Навіть при зверненні за допомогою вона формулює свій запит через «Допоможіть розібратись», насправді прагне відновити особистісну цілісність (Б.П.Лазоренко, 2017). Ця думка найбільш точно характеризує розлад особистості, який виникає внаслідок формування алкогольної залежності. Зазвичай така конфліктна ситуація, на думку науковців, вирішується шляхом компенсаторного опосередкування, тобто перекладання образи, вини, а разом з тим і відповідальності за подолання суперечності на співзалежних людей з найближчого оточення, тобто назовні.

На сучасному етапі розвитку психологічної науки спостерігається її інтеграція з галуззю філософських знань. Це відкриває нові перспективи в осмисленні психологічних феноменів. Не є виключенням і процес особистісного розвитку осіб із залежністю.

Л.М.Сідак особистість розуміє як духовну реальність. Це дає підстави розглядати деградацію особистості, як і її розвиток, як процес, що складається з подій і має форму часу (буття реальностей ще має просторову форму). Події є способом буття особистості; вони наповнюються певним змістом, що робить буття особистості більш повним чи менш наповненим, збідненим. Має значення не тільки насиченість подіями, але й внутрішні зв'язки між ними, які пов'язані з актами самооцінювання, рефлексії, самовідчуття тощо. Вони залежать не тільки від подій, але й від станів буття особистості, є духовними феноменами. Ці зв'язки наповнюють буття особистості, збагачують його, або навпаки, – роблять нестерпним і примітивним [48, с.79]

Буття особистості також характеризуються причиною подій, що складають його зміст. Події можуть детермінуватись взаємодією з іншими реальностями, яка характеризується закономірністю; це рух як буття детермінованих реальностей. Також події можуть визначатись причинами, що залежать від самих реальностей (мотивами), виникають завдяки ним, а тому входять до складу буття цих реальностей; це саморух

як прояв свободи тих реальностей, що нею наділені. Другий тип реальностей називається особистостями [48, с.79-80]. Таке бачення відповідає функціональному підходу у психології.

Розвиток є таким способом буття особистості, що складається з низки пов'язаних подій, які характеризуються зміною станів, де кожен наступний відповідає більш повному й більш досконалому буттю. Аналогічно, саморозвиток слід розглядати як взаємопов'язані події, зумовлені спрямуванням свободи, що внутрішньо притаманна особистості; вона об'єктивно забезпечує таку зміну її станів, що кожен наступний відповідає більш досконалому буттю [49, с. 105]. Це дає підстави Л.М.Сідаку зробити висновок про те, що наявність свободи особистості є необхідною умовою її саморозвитку; тим самим особистість набуває здатність бути причиною і суб'єктом подій свого буття. І ми цілком згідні з цією тезою.

Відповідно протилежним є процес руйнації особистості. Він пов'язаний із обмеженням можливостей саморозвитку; у цьому випадку розвиток стає обумовленим закономірністю, випадковістю, впливом іншої особистості. Втрата свободи призводить до деградації особистості. Л.М.Сідак висуває припущення, що розвиток особистості можливий лише у формі саморозвитку [49].

Без проявів свободи зникає повнота буття, відповідно деградація передбачає збідненість буття. Позбавлення свободи як внутрішньо притаманної особистості бути суб'єктом подій свого життя, означає відсутність того, що мотивує буття особистості, отже унеможливорює саморозвиток. Проте питання, що є причиною, а що наслідком (проявом): втрата свободи чи деградація особистості?, – залишається відкритим. На думку Л.М.Сідака, руйнація стає можливою лише за умови втрати свободи.

О.Стеценко вказує на суперечливість особистості алкоголіка. Це, на його думку, пояснюється присутністю двох персон, перша з яких

поступово формувалась із дитинства, а формування другої відбувалось одночасно з розвитком залежності [52]. Другу особистість Л.М.Сідак називає «личиною» й зазначає, що вона є однаковою для всіх залежних. Ця «личина» не розвивається: не набуває досвіду, не докладає зусиль, не стає індивідом як носієм неповторності, ні повноцінним суб'єктом активності. Вона тільки користується інтелектом та волею свого «господаря» (для виправдання залежності, відмови від лікування тощо; причому залежно від ступеня розвитку особистості в доалкогольний період, сила аргументації може різнитись).

Це дає підстави стверджувати закономірний характер формування суб'єкта дій (тобто відсутність свободи). Закономірність протистоїть свободі, тому у цьому випадку прояви особистості у поведінці, комунікації та ставленні до себе набуватимуть характер поступової втрати свободи, отже, і духовної активності в цілому [49, с.80].

Через збіднення духовного і душевного буття алкоголіка зменшується насиченість подіями та їх інтенсивність переживання. Причиною цього є формування духовного феномену, який умовно названий «личиною»; його утворення блокує функцію мотивації духовної активності (тобто, свободу особистості) й спрямовує її прояви (волю, інтелект, любов, оцінювання) лише на задоволення пристрасті. Отже, на основі умовиводів Л.М.Сідаком доводиться, що саме втрата свободи алкоголіка обумовлює руйнацію його особистості. Причому ця руйнація, насамперед, виявляється у втраті свободи [49, с.81-82]

Зворотним є процес відновлення особистості, набуття нею внутрішньої свободи (хоча, на думку Л.М.Сідака, процес відновлення фізичного, психічного й духовного здоров'я не може стати повноцінним)

Буття, інтелектуальне й емоційне життя особистості, яка позбавляється залежності, поступово збагачується. Відновлення духовних та психічних функцій особистості слід розглядати як її розвиток. Існує думка, що ефективними шляхами розвитку особистості

алкоголіка, за умови стійкої ремісії, є навчання, трудова діяльність і вирішення професійних завдань. Це ті сфери, де можлива творчість у різних формах. Саме творчість потребує свободи, адже це «Я бажаю, Я оцінюю, Я пізнаю, Я породжую ідею (смысл), Я її втілюю в реальність, Я люблю своє творіння і Я бачу його недоліки» [49].

Не менш важливим у процесі відновлення є оцінювання, зокрема своїх можливостей. Особистість має бачити перспективи, сама ставити мету й визначати терміни й засоби її досягнення. Отже, умовою успішного позбавлення алкогольної залежності є не просто утримання від алкоголю, а розширення меж своєї свободи паралельно зі збагаченням духовного життя. Відновлення духовних функцій за своєю природою є саморозвитком особистості. Його зміст складають два взаємопов'язані процеси, - розширення меж свободи й збагачення буття. Перший відбувається за умови, якщо мотиви є проявами свободи.

Прояви свободи самі по собі складають буття особистість. Їх відсутність обумовлює відсутність духовних феноменів, суб'єктом яких є особистість, отже, поза свободою неможливе збагачення буття. Феномени, які виникають поза свободою особистості, неспроможні наповнити духовні феномени смыслом, збагатити буття. Тому не лише втрата свободи означає руйнацію особистості, а й руйнація позначається на свободі вибору. Це взаємообумовлений процес, який можна пояснити за аналогією розповсюдження електромагнітної хвилі.

Л.М.Сідак приходять до висновку, що свобода особистості полягає у здатності збагачувати буття, а саморозвиток особистості є внутрішньо притаманною потребою, яка й обумовлюється свободою. Це робить людину залежною від сторонніх факторів, у тому числі від впливу інших особистостей [49, с.82].

Таким чином, охарактеризовані теоретичні положення, що пояснюють механізм і наслідки формування алкогольних розладів

особливості прийняті нами до уваги при розробці реабілітаційного комплексу.

1.4. Психологічна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин

Реабілітація – (лат. *rehabilitatio* – відновлення, от *rehabilito* – відновлюю): 1) відновлення у правах; 2) у медицині – комплекс медичних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, направлених на відновлення здоров'я і працездатності осіб з обмеженими фізичними і психічними можливостями в результаті перенесених захворювань і травм.

Виділяють такі види реабілітації: медична, професійна, психологічна, педагогічна

Психологічна реабілітація – це вплив на психічну сферу особистості, спрямований на подолання в свідомості людини уявлення про безвихідь становища, формування впевненості та мотивації з подолання ситуації. До числа порушень, що визначають заходи психологічної реабілітації, відносять такі: порушення психомоторних функцій та мови; локальні порушення інтелектуальної діяльності (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення); локальні емоційно-мотиваційні порушення; системні порушення в інтелектуальній та емоційній діяльності; патологічний розвиток особистості (неврози, психопатії); характерологічні дисгармонії, що не відносяться до розряду психологічних та патопсихологічних особливостей, але утруднюють успішність соціальної адаптації (самооцінка, рівень притягань, ціннісні орієнтації). Метою психологічної реабілітації є розвиток здібності до адекватної поведінки, спілкування з оточуючими, самообслуговування, отримання освіти, професійної освіти, що необхідне для інтеграції в суспільство [50].

Психологічна реабілітація також розглядається як система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей,

властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості (за наявності психологічних проблем, у тому числі у сім'ї, та у випадках виявлення порушень та/або відхилень у психічній діяльності, поведінці). У систему реабілітаційних заходів включають такі: психокорекція якостей і функцій індивіда, мотивації до життєдіяльності та праці, профілактика негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції; консультивання, профілактики, психопрофілактична та психокорекційна робота сім'єю інваліда, дитини-інваліда. Інвалідів навчають прийомів, методів саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження в реальних умовах життєдіяльності негативних психічних станів, формування позитивних мотивацій, соціальних установок на життя та професію [42].

У процесі психологічної реабілітації виникає необхідність відбору, конструювання, апробації конкретних інструментів втручання. Для цього насамперед, важливо більш чітко окреслити, локалізувати спрямованість та межі втручання. Наприклад, як точка програми може бути обрано формування смислової установки на тверезість як однієї зі складових процесу коригування особистості.

У процесі психологічної реабілітації можна спиратись на положення, сформульоване М.Братусем стосовно того, що появі нових мотивів, нової особистісно значимої спрямованості діяльності суб'єкта передують особливі перехідні потребнісно-мотиваційні стани, що виникають внаслідок тих чи інших кризових явищ особистісного розвитку, розчарування в колишніх мотивах і способах дії тощо. На відміну від власне потреб, яким відповідає той чи інший конкретний предметний зміст, про потребнісні стани можна говорити лише щодо досить широкого кола потенційних, можливих, гаданих, але не твердо закріплених предметів. Наступна стадія руху – вибір конкретного предмета, мотивоутворення. Нарешті, остання – спонукання через

знайдений мотив діяльності, подальша трансформація в ній потребнісно-мотиваційної сфери [7].

Таким чином, під алкогольним розладом особистості будемо розуміти порушення характерологічної конституції та поведінкових тенденцій особистості, яке охоплює зазвичай декілька психологічних сфер та майже завжди супроводжується особистісною і соціальною дезінтеграцією. Ознаками розладу є: 1) особистісні (акцентуації характеру; порушення мотиваційно-сислової сфери; деформація спрямованості особистості, у т.ч. втрата життєвих перспектив); 2) поведінкові: функціональна недостатність особистості (прояви дезадаптації, втрата соціальних і творчих функцій). Психологічна реабілітація осіб з алкогольним розладом особистості передбачає вплив на психічну сферу особистості, спрямований на подолання в свідомості людини уявлення про безвихідь становища, формування впевненості та мотивації з подолання ситуації.

Висновки до розділу 1

Вагоме значення у формуванні алкогольної залежності мають особистісні особливості людини, важливими з яких є акцентуації характеру, моральна саморегуляція, локус контролю. Водночас граничні показники вказаних особистісних характеристиках можуть розглядатись не тільки як чинник, але й як результат особистісної деградації внаслідок зловживання алкоголем. Отже, виникає необхідність, а разом з тим і можливості, реалізації особистісно-орієнтованого підходу до організації реабілітаційного процесу щодо осіб з алкогольною адикцією.

Зміни особистості під впливом алкогольної залежності по-різному позначаються науковцями: «деградація особистості», «деформація особистості», «розлади особистості», «функціональна недостатність».

Процес руйнації особистості пов'язаний із обмеженням можливостей саморозвитку. Через збіднення духовного і душевного буття

алкоголіка зменшується насиченість подіями та їх інтенсивність переживання. Прояви свободи самі по собі складають буття особистість. Їх відсутність обумовлює відсутність духовних феноменів, суб'єктом яких є особистість, отже, поза свободою неможливе збагачення буття.

Під алкогольним розладом особистості будемо розуміти порушення характерологічної конституції та поведінкових тенденцій особистості, яке охоплює зазвичай декілька психологічних сфер та майже завжди супроводжується особистісною і соціальною дезінтеграцією.

Психологічна реабілітація – це вплив на психічну сферу особистості, спрямований на подолання в свідомості людини уявлення про безвихідь становища, формування впевненості та мотивації з подолання ситуації. У процесі психологічної реабілітації виникає необхідність відбору, конструювання, апробації конкретних інструментів втручання

РОЗДІЛ 2
ПРОГРАМА І РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСІБ ІЗ
ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

2.1. Розробка програми та організація дослідження алкогольних розладів особистості клієнтів реабілітаційного центру.

Мета дослідження: емпірично встановити наявність алкогольних розладів особистості клієнтів реабілітаційного центру та експериментально перевірити ефективність розробленого на засадах особистісно орієнтованого підходу реабілітаційного комплексу.

Завдання емпіричного дослідження:

- 1) Перевірити наявність розладів особистості клієнтів реабілітаційного центру, які мають другу стадію залежності;
- 2) Перевірити ефективність розробленого особистісно орієнтованого реабілітаційного комплексу шляхом порівняння особистісних і поведінкових характеристик до і після експерименту;
- 3) Статистично перевірити чи сприяв упроваджений реабілітаційний комплекс підвищенню показників адаптаційного потенціалу особистості (G-критерій знаків).

Методики дослідження. Для виявлення алкогольних розладів особистості проводилась ідентифікація психологічних особливостей клієнтів центру. Для цього, з урахуванням ознак алкогольного розладу особистості був підібраний комплекс методик, до складу якого включено:

1. Опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека для визначення типів акцентуації характеру
2. Опитувальника Міні-Мульт (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО) для оцінювання профілю особистості

3. Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна (2006)
4. Опитувальник самооцінки змін якості життя, розроблений К. О. Кальницькою і Б. П. Лазоренком.

Охарактеризуємо обрані методики.

Опитувальним Міні-Мульт представляє скорочений варіант методики ММРІ. Він спрямований на оцінку властивостей особистості, отже, відповідає предмету нашого дослідження. Загальна кількість питань, – 71. Загальна кількість шкал в опитувальнику – 11, 3 з них призначені перевірки щирості респондента, встановлення ступеня достовірності результату, а також для встановлення величини корекції. Базис методики становлять вісім шкал. Рекомендується проводити опитування в індивідуальній або груповій формі. Експериментатор має бути присутнім на опитуванні, щоб мати можливість відповідати на питання, а також представити інструкцію та пояснити вимоги щодо заповнення бланку відповідей.

У спеціальному бланку один бік призначений для надання відповідей респондентів, а другий бік, — для побудови профілю особистості респондента (у цьому процесі враховується значення шкали корекції).

Підрахунок результатів здійснюється на оціночних й базисних шкалах. Перші містять шкали брехні, достовірності, корекції. Базисні шкали дозволяють виміряти ознаки іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, паранойяльності, психастенії, шизоїдності, гіпоманії. Усе, що перевищує 70 балів вважається високими оцінками, менше 40, – низькими.

Іпохондрія – наближеність до астеноневротичного типу. Характерна неквапливість, пасивність, приймання на віру, покірність, повільність пристосування, непереносимість змін обстановки, втрачання рівноваги у конфліктах

Депресія– чутливість і сензитивність, тривожність і сором'язливість. Старанність у справах і сумлінність, висока моральність, відсутність здатності самостійно приймати рішення, недостатня впевненість у собі, відчай при невдачах

Істерія – схильність до захисних реакцій конверсійного типу; маніпулюють симптомами соматичного типу для виникнення відповідальності, занурюються у хворобу для уникнення проблем, прагнуть привернути увагу, почуття й інтереси поверхневі, на рівні жаги захоплення

Психопатія – прояви соціальної дезадаптації, агресивність і конфліктність, нехтування соціальними нормами й цінностями; нестійкість настрою, образливість і збудливість

Паранойяльність – схильність до формування зверхідей; однобічність і агресивність у сполученні зі злопам'ятністю; категоричність в оцінці інших, приписування ярликів, нав'язування поглядів, схильність до конфліктів, схильність до переоцінювання успіху

Психастенія –тривожно-недовірливий тип з проявами тривожності, боягузтва, нерішучості, сумнівів

Шизоїдність – здатність тонко відчувати та сприймати абстрактні образи з поєднанням відсутності реагування на повсякденні радощі тобто поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю, наслідком чого є відчуженість у міжособистісних стосунках.

Гіпоманія –піднесеність настрою незалежно від обставин; активність, енергійність, діяльність і життєрадісність. Віддають перевагу роботі з частими змінами, контактують із людьми, мають поверхневі й нестійкі інтереси, бракує витримки та наполегливості.

Для діагностики акцентуацій характеру використаний опитувальник К.Лонгарда-Г.Шмишека. Він містить 88 питань, що стосуються різних сторін особистості. Кожне передбачає дихотомічну відповідь «так» або «ні». Для обробки результатів використовуються

«ключі». Згідно з «ключами» відбувається множення на 2, 3 або 6. Максимальна кількість балів після процедури множення – 24.

До акцентуацій характеру віднесено такі: демонстративність, педантичність, застрягання, збудженість. У переліку акцентуацій темпераменту: гіпертимність, дистимність, циклотимність, екзальтованість.

Опитувальник самооцінки змін якості життя учасників Школи соціально-психологічної допомоги (ШСПД), розроблений Кальницькою К. О., Лазоренко Б. П.. Він має складну структуру, в якій представлено питання щодо участі у заняттях, самооцінка власного фізичного й психологічного самопочуття, самооцінки змін у стосунках із членами сім'ї, із колегами по роботі. До респондента звертаються із проханням конкретизувати характер змін, які відбулись у житті, а також вказати припущення щодо причини цих змін. Респондент у цьому опитувальнику може надати інформацію щодо тривалості ремісій порівняно з попередніми лікуваннями; вказати факт повернення до роботи чи навчання; звернути увагу на появу нового мікросоціального оточення, у тому числі осіб, що не зловживають алкоголем; покращення сімейних стосунків. Кожне питання оцінюється за трибальною шкалою: не набагато, помірно, значно.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛЮ-АМ) розроблений А. Г. Маклаковим та С. В. Черм'яніним. Опитувальник призначений для виявлення адаптаційних можливостей особистості на основі врахування соціально-психологічних й психофізіологічних характеристик, як дають уявлення про особливості нервово-психічного та соціального розвитку особистості. Методика має чотири структурні рівні, що дозволяє отримати інформацію різного обсягу і характеру.

Автори методики виходили з припущення, що адаптація є безперервним процесом активного пристосування людини до умов соціального середовища та професійної діяльності, що змінюються.

Ефективність адаптації завжди залежить від того, наскільки людина реально сприймає себе та свої соціальні зв'язки; порівнює свої потреби з наявними можливостями; усвідомлює мотиви своєї поведінки. Відповідно спотворене (недостатньо розвинене) уявлення про себе буде приводити до порушення адаптації, а також супроводжуватися: конфліктністю; порушенням взаємовідносин; зниженням працездатності; погіршенням здоров'я. Випадки глибокого порушення адаптації можуть приводити до розвитку хвороб, у тому числі алкогольної залежності. Методика передбачає вимірювання за трьома шкалами.

Поведінкова регуляція (ПР) є складним, ієрархічним утворенням, інтеграція різних рівнів якої в єдиний комплекс, забезпечує стійкість процесу регуляції поведінки. Ця шкала дозволяє виявити здібність регулювати взаємодію із середовищем життєдіяльності. Поведінкова регуляція ґрунтується на таких елементах як самооцінка, рівень нервово-психічної стійкості, наявність соціального схвалення (соціальної підтримки) з боку інших людей. Ці елементи відображають співвідношення потреб, мотивів, емоційного фону настрою, «Я-концепції.

Комунікативні можливості (комунікативний потенціал, КП) характеризують уміння досягнути контакту та взаєморозуміння з оточуючими людьми; визначаються потребою спілкування, наявністю досвіду та рівнем конфліктності. Мають значення для побудови відносин з іншими людьми; співвідносні з успішністю діяльності.

Моральна нормативність (МР) забезпечує здатність адекватно сприймати певну соціальну роль, що пропонується людині. Рівень моральної нормативності визначається процесом соціалізації, а саме характером сприйняття моральних норм поведінки, та ставленням до вимог безпосереднього соціального оточення.

Для отримання інтегральної оцінки, під якою розуміється рівень адаптаційний потенціал особистості, «сирі» бали за шкалами «поведінкова регуляція» (ПР), «комунікативний потенціал» (КП) і

«моральна нормативність» (МН) підсумовуються

Опитувальник містить 165 питань, які відповідають таким шкалам: достовірність (Д); нервово-психічна стійкість (НПС); комунікативні здібності (КП); моральна нормативність (МН); особистісний адаптивний потенціал (адаптивні можливості).

2.2. Результати проведення емпіричного дослідження на базі реабілітаційного центру «Твереза спільнота «Крепость»

Емпіричне й експериментальне дослідження проводилось на базі реабілітаційного центру громадської організації «Твереза спільнота «Крепость». Під час проведення емпіричного дослідження у реабілітаційному центрі знаходилось 49 клієнтів. Для участі у дослідженні було відібрано 40 осіб. До складу групи не було включено тих, хто має ознаки третьої стадії хвороби. Дослідження проводилось протягом 9 місяців, починаючи з січня 2024 року.

На першому етапі дослідження було поставлено завдання з'ясувати наявність/відсутність розладів особистості. Результати дослідження відображено у таблицях 2.1 і 2.2.

Таблиця 2.1. Результати дослідження наявності акцентуацій характеру клієнтів реабілітаційного центру «Крепость» (за опитувальником К. Леонгарда – Г. Шмішека)

Акцентуації характеру	Клієнти Центру	
	К-ть	%
Демонстративність	4	10
Педантичність	2	5
Застрягання	9	22,5
Збудженість	13	32,5
Гіпертимність	5	12,5

Дистимність	6	15
Циклотимність	9	22,5
Екзальтованість	2	5

Таблиця 2.2. Результати дослідження профілю особистості клієнтів реабілітаційного центру «Крепость» (за опитувальником Міні-Мульт)

Тип особистості	Клієнти Центру	
	К-ть	%
Іпохондрія	4	10
Депресія	2	5
Істерія	3	7,5
Психопатія	7	17,5
Паранойяльність	2	5
Психастенія	1	2,5
Шизоїдність	2	5
Гіпоманія	1	2,5

На другому етапі з числа клієнтів було відібрано для участі в експерименті група по 40 осіб. Головним критерієм для відбору була стадія залежності, а саме друга, на якій уже спостерігається алкогольний розлад особистості. Також до складу групи увійшли ті, хто вживає наркотичні речовини, але за ознаками відповідають основному складу.

До складу експериментальної групи увійшли хворі зі стійкими формами алкогольної залежності віком від 29 до 45 років (середній вік – 35 ± 4 роки). Всі вони належать до чоловічої статі (це пов'язане зі специфікою діяльності центру). Для учасників експерименту характерний

постійний тип зловживання алкоголем, за якого період щоденного пияцтва чергується з інтервалами утримання від вживання, вживанням систематично у великих дозах, з втратою самоконтролю.

За результатами застосування реабілітаційного комплексу спостерігались позитивні результати, які могли бути виміряні. Ці результати відображені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3. Результати дослідження адаптаційного потенціалу осіб з алкогольними розладами особистості до і після експерименту (за опитувальником «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна)

Шкала	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Нервово-психічна стійкість	0 (0%)	3 (7,5%)	19 (47,5%)	27 (67,5%)	21 (52,5)	10 (25%)
Комунікативний потенціал	3 (7,5%)	8 (20%)	18 (45%)	26 (65%)	19 (47,5%)	6 (15%)
Моральна нормативність	3 (7,5%)	9 (22,5%)	13 (32,5%)	22 (55%)	24 (60%)	9 (22,5%)
Адаптаційний потенціал особистості	2 (5%)	7 (17,5%)	17 (42,5%)	25 (62,5%)	21 (52,5%)	8 (20%)

Запропоновані прийоми реабілітаційної роботи, що набули самостійне значення як спосіб реалізації комплексного особистісно орієнтованого підходу, дозволили досягти успішних результатів. Ефективність проведеного емпіричного дослідження є підтвердженням правильності теоретичних гіпотез, на якій вибудовувався задум та розроблялась методика впливу на свідомість клієнтів реабілітаційного центру.

Для перевірки достовірності отриманих результатів було обрано

критерій відмінності між залежними вибірками – G-критерій знаків.

Критерій знаків дає можливість виявити загальний напрямок зміни певних показників в одній групі (залежна вибірка) після експериментального впливу. Він дозволяє виявити існування зсуву показників та його напрямок, однак, не дозволяє встановити інтенсивність зсуву. За допомогою критерію знаків з'ясовано, чи сталися зміни в групі до і після експериментального впливу. Вплив чинника вважають статистично достовірним, якщо розбіжності перевищують критичне значення.

Було сформульовано дві статистичні гіпотези:

H_0 – відмінності показників після реабілітаційного комплексу випадкові і не значимі.

H_1 – відмінності показників після тренінгу достовірні, значимі.

Нетиповий зсув G_{emp} збігся з критичним значенням зони значущості $G_{0,01} = 0$. гіпотеза H_0 відхилена та прийнята гіпотеза H_1 : зсув показників після реабілітаційного комплексу не випадковий і є статистично значущий на рівні $p = 0,01$

Отже, упроваджений особистісно орієнтований реабілітаційний комплекс статистично достовірно сприяв підвищенню показників за ознакою адаптаційного потенціалу особистості

За результатами експерименту було відмічено особистісні зміни, а саме, підвищення адаптаційного потенціалу особистості: високий рівень на 12,5%, середній рівень на 20%, зменшення низького рівня на 32,5%. Також за результатами спостереження за клієнтами центру, персоналом було виявлено такі ознаки: набуття впевненості в собі, прояв вольових зусиль, посилення організованості, відновлення самоповаги, переосмислення взаємин із близькими й друзями, зменшення кількості конфліктів, підвищення толерантності

Підвищення адаптаційного потенціалу особистості, що діагностується за рядом критеріїв і показників (поведінкова регуляція,

комунікативний потенціал, моральна нормативність) було відзначена у 32,5% хворих експериментальної групи, які пройшли інтегративний реабілітаційний комплекс. Отже, порівняно зі стандартним медикаментозним лікуванням особистісно орієнтований підхід у комплексній реабілітації осіб з алкогольними розладами особистості дозволяє підвищити результативність відповідного процесу.



Рис.2.1. Динаміка адаптаційного потенціалу особистості клієнтів реабілітаційного центру «Крепость» до і після експерименту

Після проведення експерименту нами проаналізовано психологічні зміни, які відбулись внаслідок реабілітаційного процесу. Обговорення цих станів на психокорекційних заняттях, засвоєння навичок роботи з рецидивами сприяли зниженню психічного потягу, придбанню здатності впливати на психічний потяг, зменшуючи його. Ознакою досягнення цілей у процесі роботи є набуття впевненості в собі, прояв вольових зусиль в різних видах діяльності, покращення організованості. Реалізуючи на

практиці знання й навички, набуті під час психокорекційних занять відбувалось посилення організованості й ефективності. Важливо, що ці зміни не просто відбувались, але й помічались клієнтами центру, позитивно ними оцінювались. Позитивні відгуки було отримано й від найближчого оточення. Внаслідок зміни особистої поведінки, відбулись зміни психоемоційного стану.

Завдяки використанню опитувальника самооцінки змін якості життя, розробленого К. О. Кальницькою і Б. П. Лазоренком (додаток А), було зафіксовано зрушення у поведінкових проявах, збільшення випадків просоціальної поведінки.

Упровадження реабілітаційного комплексу надало можливість особам, залежним від психоактивних речовин, переосмислити свої взаємини із близькими й друзями. Їх стосунки набули більш конструктивний характер. Найголовніше, що відбулось і було відмічено родичами, це зведення до мінімуму різних форм маніпулятивної поведінки, а також зміна кола спілкування. Клієнти центру робили спроби розірвати стосунки з тими, з ким раніше вживали алкоголь. При цьому відбулось розширення кола друзів, на що клієнти центру вказали в опитувальнику.

Особливо позитивними були відгуки про участь у групах взаємодопомоги. Завдяки відвідуванню зустрічей, а також залученню до різних видів просоціальної активності, учасники реабілітаційного процесу стали більш толерантними до інших, а це зменшило кількість проблем у спілкуванні, у тому числі кількість конфліктів.

Покращення фізичного й психічного стану, відчуття задоволеності від власних досягнень та відновлення самоповаги є внутрішніми мотиваторами утримання від вживання алкоголю. Якщо на початку реабілітаційного процесу переважав зовнішній вплив (стимулювання, переконання), то після завершення експерименту був явно помітним повернення інтересу до життя. Мотив тверезості поступово

утверджувався в системі особистісної спрямованості, що підкріплювалось упевненість у можливості одужання і повернення до повноцінного життя.

Ще одним показником змін в особистісній структурі хворого є побудова конкретних планів особистого одужання. Клієнти навчились не тільки будувати план організації власного життя на день, тиждень, рік, але й успішно реалізувати його у житті. При цьому навіть спостерігались спроби критичного аналізу причин, які привели до виконання окремих пунктів плану. Такий досвід «керування» життям посилював упевненість, сприяв позитивному баченню майбутнього, ознакою цього було зростання адекватності та стійкості самооцінки.

Висновки до розділу 2.

Під час проведення емпіричного дослідження увагу було спрямовано на встановлення наявності алкогольних розладів особистості клієнтів реабілітаційного центру та експериментальну перевірку ефективності розробленого особистісно спрямованого реабілітаційного комплексу.

За допомогою опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека для визначення типів акцентуації характеру та опитувальника Міні-Мульт для визначення профілів особистості встановлено високий відсоток осіб, що мають акцентуації характеру, у тому числі: збудженість, застрягання, циклотимність, гіпертимність. Також серед клієнтів центру переважають особистості з профілем «психопатія», «іпохондрія», «істерія».

Перевірка ефективності розробленого особистісно орієнтованого реабілітаційного комплексу шляхом порівняння особистісних і поведінкових характеристик до і після експерименту. Для цього використано багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна (2006) та опитувальник самооцінки змін якості життя, розроблений К. О. Кальницькою і Б. П. Лазоренком.

За результатами експерименту було відмічено особистісні зміни, а саме, підвищення адаптаційного потенціалу особистості: високий рівень на 12,5%, середній рівень на 20%, зменшення низького рівня на 32,5%.

Для перевірки достовірності отриманих результатів було обрано критерій відмінності між залежними вибірками – G-критерій знаків. Зсув показників після реабілітаційного комплексу не випадковий і є статистично значущий на рівні $p = 0,01$

РОЗДІЛ 3

ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

3.1. Проблема реалізації особистісно-орієнтованого підходу у психологічній реабілітації осіб з алкогольною залежністю

Лікар та психолог лише допомагають хворому. Справжнє одужання починається не після повної деінтоксикації, а хоча б після часткового звільнення, набуття свободи, відновлення духовних функцій. Але не менш важливим є не зупинятися лише на завданні утриматися від алкоголю, адже емоції, думки, мотиви, устремління не виникають і не змінюються лише завдяки більш-менш тривалому утриманню у задоволенні пристрасті. Якщо просто утримуватися і не змінювати своє емоційне, інтелектуальне життя, пристрасть обов'язково посилиться і рано чи пізно зламає опір свідомості [6; 48]. Отож умовою успішного позбавлення від алкогольної залежності є не просто утримання від алкоголю, а розширення меж своєї свободи з одночасним збагаченням духовного життя.

На даний момент найбільш поширеним у наданні психологічної допомоги особам із різними формами залежності є біопсихосоціальний підхід. Відповідно до його положень, алкогольна залежність є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів [16].

Тенденція до збільшення кількості людей із алкогольною залежністю внаслідок участі у бойових діях, зумовлює необхідність пошуку нових методів профілактики, корекції та терапії залежностей. Передумовою цього може стати застосування особистісно-орієнтованого підходу у реабілітації осіб із алкогольною залежністю.

На сучасному етапі розвитку психологічної науки й практики роботи із залежностями, остання розглядається як проблема, що має не

тільки медичну психологічну і соціальну, але ще й духовну складові. Це спонукає до філософського осмислення залежності, що дозволяє вирішити завдання створення загальної методологічної основи досліджень зазначеної проблематики [48].

Становлення особистісно-орієнтованого підходу до надання психологічної допомоги особам з різними формами залежності пов'язане з посиленням уваги до акцентуацій характеру осіб з різними видами адикцій. Так, Л.В.Животовська, В.В.Борисенко, А.М.Скрипников для вибору методів та мішеней психотерапевтичного впливу, а також з метою підвищення якості профілактичних і лікувально реабілітаційних заходів дослідили клініко-психопатологічні й патопсихологічні особливості пацієнтів, які мають запійні форми алкозалежності. Результати дослідження відображено у [16, с.69].

Паралельно дослідники дійшли до висновку, що характерологічні особливості слід розглядати як патопластичні фактори, що визначають клініко-психопатологічні особливості алкогольної залежності, зокрема позначаються на швидкості її формування та тяжкості дефіцитарних розладів [16]. Ми підтримуємо позицію зазначених авторів щодо необхідності врахування психологічних особливостей осіб, що зловживають хімічними речовинами, у розробці лікувально-терапевтичних і профілактичних заходів. Особливий наголос має бути зроблено на вивченні ролі особистісних якостей у механізмі формування стану залежності, і відповідно у виході з цього стану.

У традиційних підходах до пояснення механізму утворення залежності від алкоголю, виходили з розуміння психологічної природи людини, відповідно до якого вона прагне до повторення відчуття ейфорії. На наступних фазах залежності, вживання алкоголю розглядається як прагнення зняти психологічне напруження, яке виникає в стані тверезості. Хронічному пригніченому настрою у стані тверезості протиставляється психологічне збудження й піднесення, яке виникає з появою перспективи

вживання алкоголю [48]. У подібних схемах пояснення поза увагою залишалось значення особистісних якостей, отже, і їх роль у відновлювальному процесі.

На основні аналізу праць українських науковців в контексті проблеми алкогольної залежності, є передумови стверджувати, що підвищення результативності подолання стану залежності можливе на основі реалізації особистісно-орієнтованому підходу, який передбачає зосередження уваги на особистісному зростанні хворого. Таке зростання стає можливим як завдяки професійній корекційно-терапевтичній роботі, так і завдяки спеціально організованим психосоціальним практикам. Незрілість особистості є не тільки вагомим чинником виникнення й формування алкогольної залежності, але й метою корекції uzалежненої поведінки.

Ми поділяємо думку І.П. Лисенко, який на основі дослідження динаміки патопсихологічних симптомокомплексів алкозалежності на різних стадіях і з урахуванням психопатологічних станів довів, що особистісне зростання хворого,—це шлях виходу стану залежності [30].

А.І.Харківська констатує, що руйнування патопсихологічних симптомокомплексів різних видів залежності стає можливим завдяки особистісному зростанню хворого, покращення саморегуляції й соціальної адаптації. Особистісне зростання хворого забезпечується через психокорекційну роботу й розглядається як спосіб підтримання ремісії й виходу зі стану залежності. Ознаками такого зростання є визнання необхідності та докладання зусиль для подолання хвороби; визнання своїх помилок та усвідомлення обов'язків перед іншими, здатність до моральної самооцінки й співжиття у злагоді з іншими, прагнення допомогти іншим з ознаками залежності (як спосіб допомогти собі), набуття мудрості й душевного спокою тощо [57].

О.Т. Чередниченко розглядає суб'єктивну активність особистості як чинник, що опосередковує вплив соціальних, культурологічних і

біологічних чинників. Ця характеристика залежить від особливостей мотиваційної сфери осіб, залежних від психотропних речовин. Потреба особистості у змінах своєї сутності, переживання власної недосконалості й прагнення її позбутись, намагання ставати суб'єктом діяльності, – усе це є передумовою подолання хвороби [59, с.107; 60]

Н.Завацька, О.Двіжона, О.Л.Хитрук наголошують на необхідності особистісного підходу до роботи з уязвленою поведінкою підлітків. На думку Н.Завацької, програма психологічної корекції має базуватись на урахуванні властивостей особистісної деформації залежно від виду психоактивної речовини, що вживається [18; 59, с.107]. О.Двіжона розглядає особистісні властивості підлітків з адиктивною поведінкою і як чинник, що зумовлює таку поведінку, і як шлях її подолання [13; 59, с.107].

Цікавою, на нашу думку, є спроба філософського обґрунтування особистісного підходу до надання психологічної допомоги хворим на алкоголізм на основі феномену свободи. Л.М.Сідак виходить з припущення, що залежність протистоїть свободі. Це дає орієнтир для розуміння природи руйнації та саморозвитку особистості, – через набуття або втрату нею свободи [48].

Засновуючись на викладених вище аргументах, а також положеннях функціонального підходу у психології, ми припустили, що розлади особистості є джерелом втрати творчих функцій, а відповідна втрата посилює розлад особистості. Відповідно, у психологічній реабілітації хворих на алкоголізм важливо сполучати обидва підходи: біопсихосоціальний і особистісно орієнтований.

Критеріями відбору учасників психокорекційної групи були висловлені клієнтами наміри утримуватися від вживання спиртних напоїв після лікування (тобто наявність хоча б вербальної установки); відсутність вираженої деградації чи супутніх ендогенних психічних захворювань.

У розробці реабілітаційного комплексу на засадах особистісно орієнтованого підходу, ми виходили з положення про те, що процес психологічної реабілітації осіб з розладами особистості, які перебувають в умовах реабілітаційного центру, доцільно організувати у чотири етапи. Ці етапи були виділені М.Братусем.

Мета особистісно орієнтованого реабілітаційного комплексу: сприяння розширенню меж свободи особистості та відновлення її функціональної здатності засобами корекційно-терапевтичної роботи й спеціально організованих психосоціальних практик.

Перший – мотиваційний – етап передбачає створення у хворих високої особистісної, емоційної зацікавленості в пропонованих психокорекційних заняттях за методикою відновлення. На другому – орієнтаційному – мають бути уведені різні предмети тверезого способу життя, що потенційно здатні опредметити існуючий стан потреб. На третьому – власне настановному – на основі досягнень орієнтувального етапу формуються особистісно-прийнятні для даного клієнта мотиви тверезого життя, індивідуальна форма відповідної установки. Четвертий, останній етап, названий діяльнісним, полягає у розробці кожного пацієнта розгорнутих планів організації майбутнього тверезого життя. Наскрізною для всіх цих етапів є діяльність групового спілкування, яка буде розглянута у подальшому.

Розробка реабілітаційного комплексу, що був інтегрований у практику діяльності реабілітаційного центру, відбувалась з урахуванням трьох основних і одного додаткового блоків.

Перший, – діагностично-дослідницький блок, був спрямований на підбір і використання методик, які мали на меті надати інформацію про стан розладів особистості, її психоемоційний стан.

У цьому блоці можуть бути використані такі методики: багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна, 2006; опитувальник самооцінки змін якості

життя, розроблений К. О. Кальницькою і Б. П. Лазоренком; опитувальник Міні-Мульт.

Другий блок, – реабілітаційно-інтеграційний, – передбачає опанування власної особистості, досягнення внутрішньої гармонії. Провідне значення у цьому блоці має організація груп взаємодопомоги на основі вирішення завдань зростання особистісного потенціалу, розв'язання психологічних і соціальних проблем. Технологіям групової взаємодопомоги належить провідна роль у психологічній реабілітації осіб, залежних від алкоголю.

Третій блок, – психосоціальний. Він орієнтує на аспект відновлення різних форм і способів соціальної взаємодії як чинника психологічної реабілітації. Важливе значення має залучення авторитетних осіб із реального життя (у тому числі учасників терапевтичної спільноти, та членів міждисциплінарної команди закладу), а також духовні образи пов'язані з віруванням (для релігійних осіб) або деякого ідеалу для тих, хто не вірить у Бога. Такими особами можуть навіть стати родичі (бабусі, прабабусі тощо) як взірці вирішення складних життєвих проблем (ті, хто пережила голодомор, репресії тощо).

Четвертий блок, – психоедукаційний, він має додаткове значення, реалізуючи профілактичну складову роботи психолога. Комплексна інформаційно-освітня робота має забезпечити підкріплення досягнутих зрушень та запобігти рецидивам.

3.2. Методичні рекомендації щодо комплексного впливу на осіб, що мають розлади особистості внаслідок алкогольної залежності

Основою реалізації процесу психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю в умовах реабілітаційного центру, є індивідуальні і групова робота, а також тематичні майстер-класи.

Участь у психологічній реабілітації мають брати спеціалісти різного

профілю. Мають бути об'єднані зусилля практичних, клінічних, психологів, лікарів, соціальних працівників тощо. Це дозволить підвищити ефективність психологічної допомоги шляхом реалізації комплексного підходу.

На першому етапі психологічної реабілітації зусилля спрямовується на подолання недостатньої мотивації, з якої починається весь процес. Відновлення втрачених функцій особистості має ґрунтуватись на реалістичній оцінці своїх можливостей. Для цього особистість має побачити бачити перспективи свого подальшого життя, сама визначати мету, терміни.

У реабілітаційному процесі використано методику формування установки на тверезість, яка розрахована на застосування в центрах реабілітаційної спрямованості й ґрунтується на психологічному знанні (М.Братусь). Як зазначає М.Братусь, «висловлювана» хворими установка на тверезість не завжди ґрунтується на справжній потреби у тверезому житті. Дуже часто має місце лише вербальна, а не смислова установка [7]. Проте сам факт приходу людини в реабілітаційний центр говорить про те, що колишній спосіб життя, пов'язаний із пияцтвом з різних обставин (скоріше за все зовнішніх, наприклад, тиск сім'ї) і на якийсь термін (як правило нетривалий) стає таким, що формально] засуджується. З психологічної точки зору має місце дифузний і невизначений мотиваційно-потребнісний стан з невідповідністю усвідомлюваних і неусвідомлюваних компонентів. На відміну від сформованої потреби, у такому стані ще немає окреслених мотивів, конкретних планів і способів реалізації. Тому у методичному плані необхідне поетапне переведення до іншого психологічного стану, за якого утвердиться повноцінна потреба у тверезому житті, що стане основою майбутньої установки на тверезість.

Відбувається пошук та активізація старих та нових мотиваторів. У першому випадку пропонується використовувати такі техніки як техніка активізації бажання самозміни (спогади про період життя, який був

позитивним, коли хотілось і були можливості учитись і розвиватись); техніка стимулювання позитивних спогадів (діалог про яскраві і щасливі моменти життя, значущі стосунки, перемоги на конкурсах і у змаганнях, про улюблену справу тощо). На нашу думку, в умовах реабілітаційного центру виправданим є застосування техніки стимуляції позитивним прикладом. Така техніка ґрунтується на реальному або віртуальному знайомстві з хворими, які успішно подолали свою проблему і знайшли сили реалізувати себе у волонтерській активності, а також відновити сімейні, професійні, дружні стосунки.

У другому випадку для пошуку нових перспектив рекомендується використати такі реабілітаційні техніки: техніку мрій і фантазій про бажане майбутнє, що передбачає діалог, який краще розпочинати з дитячих мрій і поступово рухатись до мрій про майбутнє; техніку розробки кіносценарію (альтернативною формою є створення казки або розповіді про історію життя залежного через 5-10 років). Важливою складовою програми має стати опанування технікою подолання перешкод. Вона базується на заохоченні ретроспективного погляду на складні життєві ситуації, які були пережиті, і способи, завдяки яким можна було перемагати.

Наприклад, вправа «Що справді змінилося?» призначена для того, щоб забезпечити практичним інструментарієм для допомоги людині із залежністю у аналізі змін, які відбулися через зловживання алкоголем

1. Ведучий зображує на дошці людину з великим колом замість голови, поділений на 10-15 сегментів. Далі просить називати сфери (аспекти) життя людини – робота, сім'я тощо, які записує у сегменти зображеного кола. Після того, як пропозиції щодо сфер життя вичерпано, пропонує розглянути кожний аспект життя крізь призму запитання «Які зміни можуть відбутися у кожному аспекті життя людини у зв'язку зі зловживанням алкоголем? Чим викликані ці зміни?»

2. Коментарі учасників ведучий записує поруч із сегментом (аспектом життя). Достатньо розглянути 3-4 ключові аспекти життя

3. Ведучий пропонує охочим прокоментувати виконання вправи
Запитання для обговорення: Які висновки ви можете зробити щодо змін у розглянутих аспектах життя людини, яка не дотримується норм тверезого способу життя?

4. Ведучий підсумовує вправу, обов'язково зазначивши, що вона призначена для допомоги людині, що має проблеми із залежністю, у аналізі змін свого життя та у подальшому плануванні необхідних змін. При виконанні вправи обирати аспекти життя для аналізу і роботи висновки має сам клієнт.

Оскільки завданням терапевтичного етапу може бути спонукання людини із залежністю до планування свого подальшого життя, то необхідно вміти аргументувати свою позицію і допомогти учаснику групи знайти власні причини, для чого це робити. Вправа має допомогти виробити аргументацію щодо того, навіщо хворій людині планувати своє життя, та забезпечити відповідним практичним інструментарієм

1. Ведучий пропонує учасникам з'ясувати, для чого необхідно планувати майбутнє. Для цього вони мають взяти аркуш паперу та ручку, подумати і одним реченням записати відповідь на запитання: Для чого (навіщо) планувати майбутнє людині, що має хворобу?

2. При цьому ведучий звертає увагу на різницю питань «чому?» та «для чого (навіщо)» – просить переконатися у тому, що надані відповіді даються у спосіб «для того, щоб...», а не «тому що...». Коли всі написали (1-2 хв.), просить уважно перечитати нотатки подумки.

3. Ведучий просить одного зі слухачів прочитати свій варіант відповіді, який записує на дошці. Він пояснює, що надалі записана відповідь на запитання розглядатиметься як приклад, і запрошує групу разом попрацювати з цим реченням згідно з подальшими інструкціями. Також пропонує всім охочим продовжити роботу із власними варіантами

відповідей на вибір (це можна зробити паралельно або самостійно у вільний час).

4. Ведучий дає подальші інструкції: уважно прочитати написане на дошці речення, сформулювати і записати в одному реченні відповідь на запитання: Для чого (навіщо) потрібне те, що записане на дошці?» Відповіді учасники мають записати у себе на папері (1-2 хв.)

5. Кільком охочим пропонують оголосити свої варіанти. Один із варіантів записують на дошці під попереднім реченням.

6. Для продовження роботи ведучий знову пропонує прочитати щойно написане речення, подумати, сформулювати і записати в одному реченні відповідь на аналогічне запитання: для чого (навіщо) потрібне те, про що йдеться у цьому реченні? Відповіді учасники знову записують у себе на папері.

7. Ведучий пропонує знову зробити те саме, вже востаннє (для демонстрації можна обмежитися трьома етапами виконання вправи, проте обов'язково попросити охочих одразу дати відповідь)

8. Далі ведучий зачитує вголос речення на дошці та пропонує тим, хто працював самостійно, про себе прочитати те, що вийшло у них в результаті роботи, або пропонує кільком охочим прочитати свою роботу вголос.

9. Ведучий переходить до підбиття підсумків вправи, запитуючи учасників: Як ви зрозуміли, для чого ж необхідне планування життя при ВІЛ-інфекції? Які висновки ви зробили з вправи?

10. Ведучий просить учасників: «Будь ласка, прошу підняти руки ті, хто після виконання вправи вважає, що зміг би переконати людину, залежну від алкоголю, у необхідності планування свого подальшого життя. Інші думки? Хто хоче прокоментувати свою позицію.

Рекомендації для ведучого: для пришвидшення роботи слід записувати першу-ліпшу відповідь, яка спадає на думку. Для демонстрації вправи, особливо за умов браку часу, останнє, четверте,

коло відповіді на запитання можна оминати. При цьому варто поцікавитися, чи є добровольці, готові дати миттєву відповідь. Якщо такі є, потрібно записати їхні відповіді. Оскільки четверта стадія вправи є дуже важливою (під час її виконання, як правило, люди виходять на філософський рівень, на цінності), тому в практичній роботі обмежуватися трьома колами виконання вправи не рекомендують.

Складним завданням у психологічній реабілітації залежних осіб є подолання внутрішнього конфлікту, зокрема конфлікту субособистостей: між Я-справжнім та «личиною», що руйнує зсередини. Щоб позитивно розв'язати цей конфлікт, клієнту важливо прийняти розщеплені субособистості як власні і корисні, тобто визнати їхні конструктивні функції. А психолог має у цьому допомогти шляхом постановки питань, і сприянню переосмисленню пережитого. Треба набути досвід корисних дій у випадку «активізації негативної субособистості». Це можна зробити шляхом допомоги в асиміляції «ворожої» субособистості. Перешкоди на цьому шляху пов'язані з неусвідомленням і опором сприйманню цієї субособистості «ворога» як такої, що належить особистості (зазвичай, проявляється прагнення дистанціюватись від неї). Рекомендується для інтегрування, присвоєння субособистості «ворога», «личини» фокусуватись на безпосередності сприйняття своїх негативних ворожих станів (люті, злості, ненависті у власних тілесних відчуттях). Це дозволяє усвідомити, що вони виникли як захисна реакція на зовнішні загрози; тим самим у подальшому досягається прийняття своїх негативних станів більш спокійно, і навіть із повагою і вдячністю. Наступним кроком буде зміщення уваги на протилежну субособистість, яка зазвичай сприймається як Я-позитивне (і відповідно переживається із повагою і вдячністю). Почергове переміщення уваги з одної субособистості на іншу дозволяє інтегрувати позитивні стани спокою, умиротворення, упевненості (техніка аналогічна двом стільцям, які використовується у гештальттерапії, а також техніці обміну ролями з психодрами). У процесі

застосування цієї техніки важливим є налагодження контакту з клієнтом, створення простору довіри, що дає можливість працювати із внутрішніми захистами клієнта, забезпечити психологічну підтримку зміни емоційних і психосоматичних станів. Для налагодження контакту й досягнення довіри під час індивідуальних зустрічей (а разом з тим і під час групових занять) можуть бути використані дихальні психотехніки, які водночас полегшують процес концентрації уваги на своїх емоційних а психосоматичних станах, а також покращують механізм саморегуляції.

На основному етапі стабілізація нового стану клієнта досягається через рольові ігри і тренінгові вправи, завдяки яким відпрацьовуються навички конструктивної поведінки, у тому числі спілкування з близьким й найближчим оточенням.

На другому етапі реабілітаційного процесу увага зосереджується на формуванні установки на тверезий спосіб життя. Тут ми пропонуємо використати такі психокорекційні техніки, які пов'язані з посиленням здатності до самоорганізації й самопізнання. Доцільними є техніки опису власного дня (тут також можна будувати застосування технік на основі комунікативних практик). Через опис типового дня сьогодення з'являється можливість усвідомлення змін у своїх звичках, уподобаннях тощо.

Що стосується посилення залежних осіб здатності до самопізнання, рекомендується обирати нестандартні підходи. Наприклад, це може бути техніка створення шаржу, карикатури на себе. Це допомагає привернути увагу до власного зовнішнього вигляду, а також до змін у ставленні до себе до і після залучення до зловживання алкоголем.

Завдяки використанню зазначених технік поступово відновлюється здатність до рефлексії, що забезпечить можливість зміни відношень, а також допоможе побачити себе очима рідних і друзі. Це буде посилювати здатність самостійно змінювати власне життя у бажаному напрямі. Для цього рекомендується застосовувати методи проєктування майбутнього

через життєві вибори, методику перевірки проєктів майбутнього через конкретизацію життєвих завдань та оптимізації способів їх реалізації.

У психкорекційній роботі з залежними особами в умовах реабілітаційного центру ми використали реабілітаційні техніки, які використовуються для роботи з травмою. Уважаємо, що вони мають більш широкий спектр дії і відповідають завданням психологічної реабілітації залежних осіб. До того ж ці техніки забезпечують роботу над проєктами майбутнього. До числа таких технік ми віднесли:

- техніку зміни фокусу автобіографії: опис історії власного життя з підкресленням ролі автора у тому, що відбувається (та скеровування на другорядні позиції друзів і сім'ї);
- техніку реалістичного оцінювання обмежень власної життєдіяльності з акцентом на доступні ресурси, врахування перешкод та використання особливостей власного стилю;
- техніку звільнення майбутнього від тягаря травматичних переживань минулого, що базується на наданні допомоги в усвідомленні справжніх причин залучення до алкоголю;
- техніку редагування власного життєпису шляхом розширення кола адресатів, яким надсилається версія власного майбутнього.

Наступний етап реабілітаційного процесу передбачає підтримку особистісного зростання. На цьому етапі відпрацьовуються корисні навички вирішення повсякденних проблем, усунення внутрішніх конфліктів. Можуть бути використані :

- реконструкція спогадів: перебудова життєвої історії на основі не хронологічної, а смислової послідовності подій;
- техніка зміни акцентів у власному досвіді: осмислення випадкового, другорядного та знаходження значущого;
- техніку спільного бачення ситуації : інтеграція досвіду учасників групи, вироблення способів поведінки, що більше відповідають ситуаційним особливостям.

У системі комплексної реабілітації може бути використана психотехнологія самодопомоги. Вона передбачає оволодіння навичками застосування ефективних копінг-стратегій щодо власних негативних станів та психологічних проблем. Призначення копінгу в тому, щоб допомогти особистості якнайкраще адаптуватися до особливостей проблемної життєвої ситуації, послабити або пом'якшити її вплив. До ефективних копінг-стратегій можуть бути віднесені стратегії пошуку соціальної підтримки, опора на власний оптимізм та самоефективність, залучення соціальних та особистісних ресурсів, посилення самоконтролю в ситуаціях ризику. Корисними є проблемно-фокусовані копінг-стратегії, спрямовані на прийняття рішень і здійснення конкретних дій для подолання наслідків психотравми.

Під час психологічної реабілітації акцент також має бути зроблено на підтримці здатності клієнтів до особистісного зростання. Для цього важливо спрямувати зусилля на перебудову ставлення до себе як до ресурсу, а не як до проблеми; покращення середовища власної життєдіяльності. Пропонується використовувати такі техніки; техніка переоцінювання життя в причинно наслідкових зв'язках із минулим, майбутнім і теперішнім (відновлення цілісності життя); порівняння Я-чуттєвого та Я-рефлексивного (гармонійна композиція життєвих подій); техніка розвитку толерантності до оточення (посилення гнучкості).

Протягом всього періоду доцільно використовувати елементи психоедукації, у тому числі неперервне переконання залежних осіб про реальність і високу ймовірність особистісного зростання. Принцип оптимістичності скерує на зосередженість на позитиві, приємних несподіванках.

2.3. Роль групових методів у психологічній реабілітації осіб з розладами особистості внаслідок зловживання алкоголем.

Наступний етап комплексу має забезпечити реадаптацію реінтегрованої особистості до життя в умовах соціуму. Традиційно це завдання реалізується через технологію соціально-психологічного супроводу, яка передбачає сприяння в отриманні роботи та досягнення матеріальної забезпеченості; розв'язання житлових проблем; здобуття освіти; відновлення сім'ї; забезпечення умов для професійного й особистісного саморозвитку тощо. Опанування майбутньої професії або робота за фахом стабілізує і впорядковує психологічний стан реабілітанта, організує життєвий час і простір, є матеріальним підґрунтям для забезпечення самостійності й соціальної адаптації.

Ми зупинимось на тих завданнях, які можуть бути досягнуті в умовах реабілітаційного центру. Підвищення адаптивності залежних осіб на цьому етапі досягається шляхом вирішення нагальних життєвих завдань та закріплення просоціальних моделей поведінки у відповідних життєвих практиках відновлення.

Відомо, що соціальна підтримка пом'якшує вплив стресорів на людину, однак для травмованої людини прийняти підтримку часто означає визнати власну недосконалість, неспроможність, а часто – і надмірну вразливість. Спеціалісти звертаються до оточення, що сприяє поступовим модифікаціям домашнього, професійного, дозвіллевого середовищ. Окремим напрямом психологічної реабілітації залежних від психоактивних речовин є активізація оточення.

Ефективною в психологічній реабілітації є непряма психологічна допомога залежним. Важливо підкреслити, що крім обов'язкового залучення сім'ї і друзів, також практикується заохочення людини до участі в тематичних групах, які можуть бути створені в різних соціальних мережах, можуть практикуватись обговорення спільних проблем з

однодумцями. Розширення комунікативних практик стимулює рефлексивні процеси.

Для покращення середовища життєдіяльності залежних осіб з метою психологічної реабілітації можуть також бути надані рекомендації щодо поглиблення взаємодії з природою (систематичні прогулянки у парку, догляд за рослинами, проведення групових сесій на свіжому повітрі); уведення у повсякденне життя різних видів фізичної активності (щоденна фізкультура, дихальні і релаксаційні вправи, відвідування спортзалу). Корисними є життєві практики збереження власного здоров'я, у тому числі психологічного.

Ще один спосіб відновити зв'язки із середовищем, що відповідає завданням реадaptaції, передбачає використання групових форм роботи. Групові технології є особливо важливими з огляду на те, що дозволяють учасникам набути навички не тільки отримання, а й надання психологічної допомоги іншим. Паралельно з цим закріплюються власні уміння, у тому числі комунікативні, набувається досвід толерантного ставлення до інших людей, а також виявлення до них поваги і вдячності.

Є кілька моделей організації групової роботи. Перша модель передбачає організацію розгалуженої мережі груп взаємодопомоги, до діяльності яких можна залучати фахівців (медиками, психологами, соціальними працівниками). Групи взаємодопомоги – регулярні зібрання людей, що поєднані спільними характеристиками, що проводяться з метою обміну досвідом та моральної підтримки учасниками один одного.

Дещо відмінною є друга модель, яка позначається «група самодопомоги». У ній діяльність здійснюється за технологією «рівний – рівному». Метою таких об'єднань є захист прав учасників, реалізація інтересів та згуртування для вирішення соціальних проблем.

Сучасним напрямом у соціальній підтримці осіб, залежних від алкоголю, є організація груп самодопомоги, які об'єднують людей, що мають однаковий досвід, життєву ситуацію або проблему і збираються

разом для розв'язання своїх індивідуальних проблем, одночасно допомагаючи розв'язати проблеми іншим членам групи. Вони відіграють значну роль у збереженні якості життя цих людей.

Групи самопомоги дістали поширення у 1950-роки. Головним стимулом появи таких груп за кордоном (та й у нашій країні) стала неефективність чинних служб, з якою стикалися користувачі у спробах отримати професійну допомогу, а також наміри послабити монопольний соціальний контроль, котрий здійснювався професіоналами і розширити використання природних ресурсів для надання допомоги в рамках своєї громади. Нині самопомога є глобальним феноменом, який надалі розвивається та адаптується до різних культурних контекстів, адже участь у групах самопомоги має позитивний вплив на ставлення людей до життя. На відміну від традиційної практики, робота груп самопомоги не передбачає індивідуальну оцінку кожного члена групи. Цілі втручання стосуються всієї групи у цілому, тому їхні досягнення мають вимірюватися саме на цьому рівні [18, с.155].

Група самопомоги (група взаємодопомоги, самокерована група) – це об'єднання людей, яким властиві схожі проблеми чи ситуації. Це може бути хронічне захворювання або залежність, якої учасник і група бажають позбутися. Це може бути особиста трагедія, яку пережили учасники і психологічні наслідки якої хочуть подолати, а також ситуація неприйняття суспільством та потреба відстоювати свої права і спосіб життя.

В обох випадках такі групи очолюють лідери з числа тих, хто пройшов шлях реабілітації, а також пройшов відповідне навчання й фахову підготовку. Це вирішує ще одне завдання, дозволяє поширювати життєвий успіх тих, кому вдалось досягти позитивних результатів відновлення. Вони є зразком для наслідування, виконують функцію рекапітуляції первинної сімейної групи.

Самі члени групи також мають вибрати час, частоту та загальну

кількість зборів. Члени груп можуть підтримувати контакти один з одним і між засіданнями групи.

Етапи розвитку груп самопомоги такі: заснування/початок; неформальна організація; поява керівництва; початок формальної організації; поява /призначення оплачуваного штату і професійних працівників. Хоча стадії групи можуть бути концептуалізовані таким чи іншим чином, немає жодної гарантії, що всі групи обов'язково пройдуть через них або в будь-якому разі переживуть їх саме у цій послідовності. Для правильної побудови діяльності та взаємин група має орієнтуватися на рівноправні, здорові стосунки між людьми; учасники мають демонструвати повагу до статусу особистості, безумовне прийняття один одного, досвіду і відкритість у спілкуванні, важливою є й підтримка і взаємовиручка як у групі, так і поза її межами.

На етапі заснування групи важливо вирішити, чи членство у групі є відкритим або закритим; якщо вона відкрита – то якими є правила прийому нових членів до групи або виходу з неї. Групу самопомоги може організувати професіонал, який на початку керуватиме нею, щоб гарантувати отримання достовірної інформації та професійних порад до того часу, поки члени групи не будуть готові діяти самостійно.

Група самопомоги для алкозалежних людей спрямовані переважно на психотерапевтичний процес і прагнуть допомогти своїм членам подолати кризові ситуації, надати їм моральні сили для боротьби за своє здоров'я та добробут. Метою діяльності груп самопомоги є адаптація до життя з проблемою залежності, підвищення самосвідомості та самооцінки, впевненості учасників у собі, надання підтримки у розв'язанні психологічних соціальних та матеріальних проблем. Завданнями є: подолання внутрішньої стигми, підвищення самооцінки, зняття стресу, розвиток активної життєвої позиції тощо. Групи можуть бути орієнтовані на вихід з ізоляції; набуття впевненості й здатності обговорювати свої проблеми з сім'єю і друзями; можливості поговорити

про свої проблеми; знайти товаришів, які розуміють твої переживання, навчатися в інших, знайти підтримку, пізнати себе за допомогою інших [12]. Саме завдяки участі у таких групах найбільш ефективно вдається урахувати особливості цільової групи.

Завдання фахівця здебільшого полягає у тому, що він допомагає групі розпочати роботу, а потім залишає її, коли серед учасників групи виокремлюється лідер, здатний проводити групову роботу; коли група вже може функціонувати самостійно як організована система самодопомоги

Учасники групи діляться своїми почуттями та накопиченим досвідом, а це, своєю чергою, дає кожному унікальне відчуття співпереживання та взаємної підтримки, а також можливість зібрати усю практичну інформацію та методи подолання труднощів. Такими групами керують самі учасники, і групи існують на їх благо. Деякі групи розширюють сферу своєї діяльності. Окрім внутрішнього обговорення нагальних питань та шляхів їх розв'язання, вони можуть, наприклад, надавати інформацію іншим людям, які зіткнулися з тією самою проблемою чи життєвою ситуацією, або організувати громадські кампанії для досягнення необхідних змін. Іноді в роботі групи беруть участь спеціалісти – лікарі, юристи, психологи тощо. Деякі групи мають оплачуваних робітників, інші існують на добровільних засадах

Існують різні форми проведення груп самодопомоги [17]:

1) короткочасні (один-два місяці роботи) – закриті групи (наприклад, набирають певну групу людей і певний час проводять з ними інтенсивну роботу разом із фахівцями щодо упорядкування негативних емоцій та пошуку шляхів для зміни стереотипів поведінки);

2) довготривалі (постійні) або відкриті групи; при організації діяльності довготривалих груп варто знати, що ці групи можуть формуватися із короткотривалих (за часом діяльності) груп самодопомоги, які попередньо були ініційовані фахівцями, або з

терапевтичних груп, члени яких вирішили продовжити спілкування після того, як фахівець завершив групову роботу з ними.

Принципи роботи групи самопомоги такі: допомагаючи іншим, допомагаєш собі; орієнтація на практичну допомогу та емоційну підтримку; оптимізм; конфіденційність інформації\

Ефективність роботи груп самопомоги може бути оцінена за такими критеріями: подолання відчуття ізоляції й самотності; взаємна підтримка; формування корисних навичок та впевненості у собі; інформація та консультування; отримання знань щодо ситуації; повернення в суспільство; конкретні результати (працевлаштування тощо).

Прогресивність цієї специфічної форми терапевтичного впливу полягає у тому, що завдяки груповій динаміці відбувається зміна фокусу діяльності групи від зосередження на власних проблемах її членів через саморозвиток до зростання свідомості, коли учасники групи вчаться брати відповідальність за зміни, стають більш упевненими у власних силах, навчаючись розв'язувати власні та колективні проблеми без допомоги фахівця [15].

Досить часто створення та проведення груп самопомоги супроводжується низкою труднощів, зокрема:

- не всі учасники одразу погоджуються з метою групи самопомоги, поняття «допомога» сприймається з матеріального погляду;
- лідери групи можуть очікувати від учасників такої самої участі й віддачі, які вкладають самі;
- учасники не виконують правил проведення групи, вважаючи їх неважливими, і це може значно знизити терапевтичний ефект групової роботи

Особливості планування зустрічей учасників групи самопомоги для алкозалежних осіб зумовлені специфікою потреб і проблем цієї цільової групи. З урахуванням проблем і проблем алкозалежних осіб, які

були охарактеризовані вище, встановлюється тематика груп. Доцільним є планування опрацювання таких тем: «Навіщо потрібно визнати свою залежність», «Яке позбутись алкозалежності», «Керування емоціями», «Як розв'язувати конфлікти у сім'ї», «Цінність шлюбних стосунків», «Як реагувати на образи», «Подолання депресії», «Як побороти бажання випити», «Важливість позитивного мислення» та інші.

У плануванні діяльності групи самопомоги доцільно врахувати такі форми діяльності як дискусійні гуртки і взаємодопомога у групі. Дискусійні гуртки призначені для обговорення питань, що цікавлять її членів. Вони можуть мати заздалегідь складений і погоджений план проведення таких дискусій або ж працювати у менш формальний спосіб, відгукуючись на поточні проблеми своїх членів. Краще, щоб дискусії тривали не більше двох годин. Така форма роботи як взаємодопомога у групі, добре корелюється з елементами допоміжної психотерапії, заснованими на рольовій теорії, згідно з якою людина, виступаючи в ролі помічника іншого, виявляє вміння знайти рішення у важкій ситуації. Отримавши відповідні навички, навчившись бути помічником, людина поводить асертивно, (впевнено висловлює свої емоції та думки), демонструє нові для неї зразки поведінки. Це може стати умовою для переходу від учасника групи до учасника суспільства.

Під час проведення груп можна застосовувати такі методи, як «мозковий штурм, інформаційний блок, рольова гра, гра-диспут, робота у парах, «криголами» (розігрів на початку зустрічі) тощо, тобто всі ті методи, що застосовуються у груповій роботі.

Також рекомендується урахувати при плануванні такі види роботи як представництво інтересів і активний захист своїх членів (у судах та інших організаціях) та ініціювання проведення реформ. Само та взаємопредставництво як метод роботи є надзвичайно цінними, оскільки люди прагнуть мати право бути задіяними у прийнятті рішень і виконанні дій, що стосуються їхнього життя. Ці форми представництва є за своєю

суттю та стратегіями як індивідуальним, так і колективним захистом інтересів.

Для формування установки на тверезість на заняття групи можуть бути запрошені спеціалісти або колишні учасники реабілітаційного центру, які мають позитивний досвід реабілітації. Залучення спеціалістів допомагає вирішенню актуальних для залежних осіб проблем, що сприяють формуванню усвідомленого ставлення до здоров'я, мотивації до реабілітації.

Ще один вид діяльності, який може бути використаний – консультування за принципом «Рівний-рівному». Воно направлене на допомогу у подоланні стресу та прийнятті особистих інформованих рішень, пов'язаних із лікуванням. Завданнями є надання достовірної інформації про хворобу у доступній формі, надання емоційної підтримки, мотивація на зміну поведінки. Велике значення консультування за принципом «рівний-рівному» має для тих категорій клієнтів, які не довіряють медичним працівникам.

Ще одна форма роботи – групові заняття «Школа соціально-психологічної допомоги». Вони представляють собою серію інформаційних семінарів для клієнтів за встановленою програмою. Метою є формування та підтримання у клієнтів стійкої довготривалої прихильності лікувально-терапевтичним заходам у цілому. Учасники надають один одному психологічну та емоційну підтримку.

Ефективність запропонованого комплексу психологічної реабілітації на засадах особистісно орієнтованого підходу може бути перевірена на основі таких **критеріїв**: стан психосоціального відновлення, відновлення цілісності особистості; доброзичливість і толерантність у стосунках з іншими; відновлення соціального статусу (сімейного й професійного); зміна якості життя та психологічного стану.

Висновок до розділу 3.

Умовою успішного позбавлення від алкогольної залежності є не просто утримання від алкоголю, а розширення меж своєї свободи з одночасним збагаченням духовного життя. На даний момент найбільш поширеним у наданні психологічної допомоги особам із різними формами залежності є біопсихосоціальний підхід. Відповідно до його положень, алкогольна залежність є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів

Становлення особистісно-орієнтованого підходу до надання психологічної допомоги особам з різними формами залежності пов'язане з посиленням уваги до акцентуацій характеру осіб з різними видами адикцій. На основі аналізу праць українських науковців в контексті проблеми алкогольної залежності, є передумови стверджувати, що підвищення результативності подолання стану залежності можливе на основі реалізації особистісно-орієнтованому підходу, який передбачає зосередження уваги на особистісному зростанні хворого. Таке зростання стає можливим як завдяки професійній корекційно-терапевтичній роботі, так і завдяки спеціально організованим психосоціальним практикам.

Розробка реабілітаційного комплексу, що був інтегрований у практику діяльності реабілітаційного центру, відбувалась з урахуванням трьох основних (діагностично-дослідницький, реабілітаційно-інтеграційний, психосоціальний) і одного додаткового (психоедукаційний) блоків.

Підвищення адаптивності залежних осіб досягається шляхом вирішення нагальних життєвих завдань та закріплення просоціальних моделей поведінки у відповідних життєвих практиках відновлення. Ефективною в психологічній реабілітації є непряма психологічна допомога залежним. Розширення комунікативних практик стимулює рефлексивні процеси.

ВИСНОВКИ

Алкоголізм розглядається як залежність від алкоголю, що має патологічний характер і супроводжується психосоматичними і неврологічними розладами, а також психічною деградацією, появою похмільного синдрому й порушенням соціальних функцій хворого. Порушення функціональної здатності слід розглядати як причину і, водночас наслідок, порушення структури особистості. Через розлади особистості осіб, залежних від алкоголю, медикаментозні засоби виявляються неефективними. Виникає потреба в комплексі реабілітації психологічного характеру.

Порушення структури особистості по-різному позначаються дослідниками. У науковій літературі можна зустріти поняття «алкогольний розлад особистості», «деформація особистості», «деградація особистості», «проблемність особистості». Кожне поняття описує специфічний аспект особистості хворого на алкоголізм. Поняття «деградація особистості» вказує на процес змін, що супроводжуються втратою самоконтролю, руйнуванням мотиваційно-сислової сфери. На думку Сідака, особливістю, що характеризує алкоголізм на індивідуальному й соціальному рівнях, є деградація особистості. Цей процес є зворотним по відношенню до розвитку особистості. Ознакою особистісної деформації є формування неадекватної самооцінки хворого й заперечення своєї хвороби. Процес формування залежності супроводжується внутрішньо особистісними конфліктами, почуття тривоги набуває захисний характер, спрацьовують захисні механізми, які забезпечують збереження відчуття психічного комфорту. Наслідком зміни особистості є соціальна дезадаптація, яка уже спостерігається на другій стадії алкогольної деградації.

Під реабілітацією розуміють комплекс медичних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, направлених на відновлення здоров'я і

працездатності осіб з обмеженими фізичними і психічними можливостями в результаті перенесених захворювань і травм

Психологічна реабілітація – це вплив на психічну сферу особистості, спрямований на подолання в свідомості людини уявлення про безвихідь становища, формування впевненості та мотивації з подолання ситуації

Було розроблено реабілітаційний комплекс для клієнтів з алкогольними розладами особистості в умовах реабілітаційного центру.

Перший дослідницько-діагностичний блок призначений для з'ясування стану й прогнозування наслідків виникнення розладів особистості. Він дозволяє з'ясувати характер порушень функціональної здатності особистості, прояви порушень адаптивності особистості та допомогти реабілітантам здійснити адекватну самооцінку якості свого життя.

Другий блок реабілітаційного комплексу має реабілітаційно-реінтегративний характер. Він дозволяє мотивувати й залучити осіб із залежністю від психоактивних речовин до участі в реабілітаційному процесі. Він передбачає застосування технік відновлення цілісності особистості шляхом розв'язання її внутрішньо особистісних конфліктів. У цьому блоці запропоновані методичні рекомендації, які можуть бути корисними при виборі технік психологічного втручання на індивідуальному й груповому рівні.

Третій психосоціальний блок зосереджує увагу на реадaptaції особистості до природного та соціального середовища. Технології цього блоку допоможуть учасникам відновити контакти із середовищем, напрацювати комунікативні практики та успішно визначати й реалізовувати завдання повсякденного життя. На цьому етапі важливо забезпечити умови для фіксації результатів особистісного відновлення.

Четвертий блок має допоміжний характер. Він має психопрофілактичну спрямованість і передбачає систему

психоедукаційних заходів, орієнтованих на клієнтів, їхнє оточення, а також персонал реабілітаційного центру. Це допоможе залежним особам відновити позитивні сімейні зв'язки, запобігти рецидиву вживання алкоголю шляхом зміцнення мереж підтримки.

Застосування реабілітаційного комплексу виявилось продуктивним у прикладному плані. Сміслова установка на тверезість, що діагностується за рядом критеріїв і методик, була відзначена у 76% хворих експериментальної групи, які пройшли психокорекційні заняття (проти 32% у хворих контрольної групи, що пройшли стандартне медикаментозне лікування).

Запропоновані прийоми психокорекційної роботи, що набули самостійне значення як спосіб реалізації комплексного особистісно орієнтованого підходу, дозволити досягти успішних результатів. Ефективність проведеного емпіричного дослідження є підтвердженням правильності теоретичних гіпотез, на якій вибудовувався задум та розроблялась методика впливу на свідомість клієнтів реабілітаційного центру.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Апетик Н.П. Моральна саморегуляція як умова попередження девіантної поведінки підлітків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, 2001. 20 с
2. Бойко А. М. Соціальна робота з клієнтами із залежністю від алкоголю та наркотиків: Методичні рекомендації з навчального курсу для магістеріуму. Київ-Ужгород, 2000. С. 61.
3. Бойко А. З досвіду роботи терапевтичної спільноти «Маріїна школа» КМНЛ «Соціотерапія». *Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин*. Київ : Граффіті Груп, 2003. 30 с.
4. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник\ Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
5. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
6. Бурмака Н.П. Психологічні чинники формування алкогольної адиктивної поведінки у підлітків та юнаків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Київ, 2002. 18 с
7. Братусь Б.С. Аномалії особистості. 1988
8. Бугайова Н.М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. *Проблеми загальної та педагогічної психології*, т. XII, ч.4. С. 48 – 56
9. Валецька Р. О. Основи валеології. 2007
10. Гавенко В. Л., Самардакова Г.О., Бачериков М.Е. Психіатрія і наркологія. Київ : Здоров'я, 1993. 192 с.
11. Гаврищак Л. Психологія залежної поведінки : методичні рекомендації до семінарських занять. Дрогобич, 2018. 66 с.

12. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ : КІБіТ, 2015. 42 с.
13. Двіжона О.В. Психологічні детермінанти асоціальної поведінки підлітків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «психологія». Івано-Франківськ, 2004. 20 с
14. Енциклопедія сучасної України URL: <https://esu.com.ua/article-24364>
15. EMDR. Подолання наслідків психотравми: практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. Львів : Свічадо, 2017. 259 с.
16. Животовська Л.В., Борисенко В.В., Скрипников А.М. Особистісні особливості пацієнтів із запійними формами алкогольної залежності. *Медична психологія*, 2017. № 3. С.67-70
17. Журавльова Л.П. Психологія емпатії: Монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. 328 с.
18. Завацька Н.Є. Психологічні особливості корекційної роботи з підлітками, що зловживають психоактивні речовини *Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ, 2001. Т. 3. Ч. 5. С. 117–124
19. Іванов В.О., Безсмертний Ю.М., Старков Д.Ю. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: Науково-методичний посібник. Київ: ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.
20. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості: психологічний практикум. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2018. 64 с.
21. Коваль І.А. Особистість і розлади особистості в сучасній практиці лікування. *Збірник наукових праць К-ПНУ ім.І.Огієнка*. С.286-294
22. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

23. Карачевський А. Б. Подолати алкогольну залежність Львів : Свічадо, 2016. 124 с. (Серія «Сам собі психотерапевт»).
24. Коцун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
25. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. К 75 Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
26. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. Харків : Арсіс, 2001. 303 с.
27. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
28. Лєко Б.А. Психологічні особливості формування алкогольної установки в залежності від індивідуально-типологічних властивостей особистості: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.01. Київ, 1997. 225 с.
29. Лисенко І. П. Сімейні проблеми хворих на наркоманію та алкоголізм: робота психолога. *Практична психологія та соціальна робота*. №6 (25). С.28-31
30. Лисенко І.П. Динаміка і корекція патопсихологічних симптомокомплексів у осіб, залежних від алкоголю та наркотиків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Київ, 2003. 44 с.
31. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 10. С. 1– 4
32. Москаленко В.В. Соціальна психологія: підручник. Київ : Центр навчальної літератури, 2005. 624 с.
33. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.

34. Наркологія: навч. посібник; за ред. І. К. Сосіна, Ю. Ф. Чуєва. Харків: Колегіум, 2014. 1500 с\
35. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця : Міленіум, 2007. 95 с.
36. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с
37. Папуча М.В. Внутрішній світ людини та його становлення : наукова монографія. Ніжин. Видавець Лисенко М.М. 656 с.
38. Практика психологічної допомоги військовослужбовцям : Методичний посібник / Копаниця О. В., Пішко І. О., Хоружий С. М. Київ : НДЦ ГПЗ СУ, 2012. 160 с.
39. Психіатрія особливого періоду : навч. посібник / 2-е вид., перероб і доп. Київ : «МП Леся», 2015. 228 с
40. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнерьова, В.М. Невмержицький. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с.
41. Психічні та поведінкові розлади (синдром залежності) внаслідок вживання опіоїдів: клінічна настанова. 2020. 258 с.
42. Психологія девіантної поведінки особистості : навч. посіб. / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини ; уклад.: О. Д. Сафін, С. П. Байда. Умань : Візаві, 2021. 202 с.
43. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.
44. Розлади адаптації : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. Харків, 2009. 32 с.
45. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

46. Савчук О.В. Соціально-психологічні детермінанти адиктивної поведінки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.05 «Соціальна психологія, психологія соціальної роботи». Київ, 2006. 20 с.
47. Серебреннікова О.А. Медичні та соціальні проблеми вживання психоактивних речовин: тези лекції з психіатрії та наркології
48. Сідак Л.М. Алкоголізм і руйнація особистості як втрата свободи. *Практична філософія*. 2019. № 3 (№ 79). С.78-83
49. Сідак Л.М. «До визначення понять «розвиток», «саморозвиток», «саморозвиток особистості». *Теорія, і практика управління соціальними системами* : Щоквартальний науково-практичний журнал. Х.: НТУ «ХП», 2006. -№ 2. 125 с С. 96-106
50. Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин. Київ : Граффіті Груп, 2003. С. 14.
51. Спицька Л. Психічні розлади особистості: сучасний стан. Постановка проблеми <https://doi.org/10.48020/mppj.2023.01.08>
52. Стеценко О. Я не пити? Режим доступу: http://noalcoblog.rn/2016/04/05AafcjBe_pitkniga_o_stetsenko_chitat_onlayn_skachatJbesplatno/
53. Старков Д.Ю., Іванов В.О., Забава С.М. Особливості соціального супроводу сімей з алкогольною залежністю . Актуальні проблеми психологіх. Т.7., Вип.35, С.274-281
54. Ткач Б.М. Індивідуально-психологічні та нейропсихологічні особливості молоді з адиктивною поведінкою: дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.04. Київ, 2006, 211 с.
55. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL:

- http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMR_PTZR.doc (accessed: 01.03.2016).
56. Формування здорового образу життя // Вакуленко О. та ін. Київ : Український інститут соціологічних досліджень, 2000. С. 40.
 57. Харківська А.І., Прокопович Є. Динаміка психологічних характеристик у хворих на алкоголізм під впливом корекційних заходів. *Логос. Онлайн*. 2020 <https://doi.org/10.36074/2663-4139.16.07>
 58. Христук О.Л. Проблема алкогольної адикції у сучасній вітчизняній психології. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2012. № 2 (2) С.104-112
 59. Христук О.Л. Проблема алкогольної адикції учнів молодшого шкільного та раннього підліткового віку: теоретичний та практичний аспекти. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць*. Вип. 2. Львів: ЛьвДУВС, 2010. С.151–164.
 60. Чередниченко О.Т. Особливості мотиваційної сфери наркоманів: автореф. дис. на здобуття наук ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.01 Загальна психологія. Київ, 1995. 19 с.
 61. Чубіна Т.Д., Косяк С.М., Федоренко Я.А. Поведінкові аномалії в умовах трансформації сучасного суспільства. С.104-127 URL: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-208-1-5>
 62. Шестопалова Л. Ф., Болотов Д.М, Кожевникова В.А. Застосування психокорекційно-психотерапевтичного комплексу при розладах адаптації. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2006. № 2 (10). С. 43–44.
 63. Шестопалова Л. Ф., Кожевников В.А., Болотов Д.М. Загальні принципи та підходи лікувально-реабілітаційних заходів для осіб, що пережили різні екстремальні події. *Український вісник психоневрології*. 2007. Т.15, Вип. 1 (50), додаток.

Кальницька К. О., Лазоренко Б. П. Опитувальник
самооцінки змін якості життя учасників Школи
соціально-психологічної допомоги (ШСПД)

Шановні учасники Школи! Просимо вас відповісти на запитання,
які

стосуються оцінювання вами змін власної якості життя та життя
ваших близьких, які ви пов'язуєте з вашою участю в ШСПД та набуттям
навичок само- і взаємодопомоги. Ваші відповіді і побажання
допоможуть

удосконалити цю форму нашої співпраці з вами та іншими людьми,
які мають потребу в такій соціально-психологічній послугі.

Щиро дякуємо за співпрацю!

Відповідаючи на запитання, Ви можете зберігати анонімність або ж
вказати своє ім'я, щоб ми могли подякувати Вам особисто за
надану допомогу.

Ваше ім'я _____ вік ____ Стать: чол., жін., Дата: ____ __ 20__ р.

Ви учасник(-ця) АТО, в/с ЗСУ, волонтер(-ка), ВПО,

член сім'ї: учасника АТО, в/с ЗСУ, ВПО

(потрібне підкреслити)

Кількість занять, у яких ви взяли участь ____

На запитання, наведені нижче, ви відповідаєте Так (+) або Ні (-)

1	Ви активно долучалися до проживання власних станів у групових сесіях.	
2	Ви більше спостерігали за роботою в групі інших учасників.	
3	Ви також працювали індивідуально з ведучими в практичних сесіях або по їх закінченні.	
4	Ви виконували домашні завдання на засвоєння навичок самодопомоги.	

5	Ви використовували набуті навички для надання допомоги близьким і рідним, друзям.	
6	Ви брали участь у групах взаємодопомоги між сесійними заняттями ШСПД як користувач допомоги.	
7	Ви брали участь у групах взаємодопомоги між сесійними заняттями ШСПД як надавач допомоги	

Самооцінка змін власного фізичного самопочуття (п. 9, 10 – обираєте свою відповідь +):

8	Моє психологічне самопочуття не змінилось			
9	Моє психологічне самопочуття покращилось	Не набагато	помірно	значно
10	Моє психологічне самопочуття погіршилось	Не набагато	помірно	хначно

Які саме зміни відбулись і з чим Ви їх пов'язуєте?

Самооцінка змін у ваших стосунках із членами вашої сім'ї (п. 15, 16, 17, 18, 19 – обираєте свою відповідь +):

14	Моє ставлення до батьків, чоловіка/дружини, дітей не змінилось			
15	Моє ставлення до батьків, чоловіка/дружини, дітей покращилось.	Не набагато	помірно	значно
16	Моє ставлення до батьків,	Не набагато	помірно	хначно

	чоловіка/дружини, дітей погіршилось			
17	Ставлення батьків, чоловіка/дружини, дітей до мене не змінилось			
18	Ставлення батьків, чоловіка/дружини, дітей до мене покращилось	Не набагато	помірно	значно
19	Ставлення батьків, чоловіка/дружини, дітей до мене погіршилось	Не набагато	помірно	значно

Що саме змінилося і з чим Ви це пов'язуєте?

Самооцінка змін у ваших стосунках із колегами за місцем праці, служби (п. 20, 21, 22, 23, 24 ,25 – обираєте свою відповідь +):

20	Моє ставлення до керівництва, колег не змінилось			
21	Моє ставлення до керівництва, колег покращилось.	Не набагато	помірно	значно
22	Моє ставлення до керівництва, колег погіршилось	Не набагато	помірно	значно
23	Ставлення керівників, колег до мене не змінилось			
24	Ставлення керівників, колег до мене покращилось	Не набагато	помірно	значно
25	Ставлення керівників, колег до мене погіршилось	Не набагато	помірно	значно

Що саме змінилося і з чим Ви це пов'язуєте?

Що, як Ви вважаєте, Вам вдалося досягти чи змінити у своєму житті завдяки участі в ШСПД?

26	Чи зможете Ви користуватися набутими навичками для самодопомоги?	ні	сумніваюсь	можливо	скоріше так	так
27	Чи зможете Ви допомагати своїм рідним і близьким?	ні	сумніваюсь	можливо	скоріше так	так
28	Чи зможете Ви допомагати своїм друзям, колегам і тим, хто цього потребує?	ні	сумніваюсь	можливо	скоріше так	так

Ваші побажання щодо вдосконалення і підвищення ефективності такої форми соціально-психологічної роботи:

Дякуємо за співпрацю!