МІНІСТЕРСТВОФІНАНСІВУКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-гуманітарних технологій,
спорту та реабілітації
Кафедрапсихології, педагогіки та суспільних дисциплін

КВАЛІФІКАЦІЙНАРОБОТА

натему: Відновлення психологічного здоров'я залежних осіб засобами групової психотерапії

Здобувача вищої освіти
другого(магістерського)рівня
ПСМ22-1 групи,
спеціальності 053 «Психологія»
ОПП«Психологія. Психологія
бізнесу»

_____ Дмитро Ленси
підпис здобувачавищої освіти

Науковий керівник _____ **Л.М. Клевець**
підпис наукового керівника к.психол.н., доцент

Гарант освітньо-
професійноїпрограми _____ **О.О. Нежинська**
підпис керівника ОПП к. психол.н., доцент

Допущенодозахистузарішенням кафедри
психології, педагогіки та суспільних дисциплін
протоколвід«1» грудня 2023 р. № 7
Завідувачкафедри _____ **І.О. Пєтухова**,
підпис к. пед. н., доцент

Ірпінь–2024

Реєстрація№ 23 25.01.2024
(дата) (підписвідповідальноїособи)

Результатиперевірки до захисту 01.12.2023
(дозахисту,на доопрацювання) (дата) (підпис)

Результатзахисту 80 08.02.
(оцінка) (дата) (підпис)

Головакомісії: С.І. Корсун
(підпис) (ініціали,ПІБ)

Членикомісії: О.О. Нежинська
(підпис) (ініціали,ПІБ)

І.О. Пєтухова
(підпис) (ініціали,ПІБ)

М.Ю. Заушнікова
(підпис) (ініціали,ПІБ)

МІНІСТЕРСТВОФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технології, спорту та реабілітації
Кафедрапсихології, педагогіки та суспільних дисциплін
Спеціальність053«Психологія»
Освітньо-професійнапрограма«Психологія. Психологія бізнесу»

Затверджую:
Завідувач кафедри психології, педагогіки та суспільних дисциплін
_____ І.О. Пєтухова

Завданнянаквалiфікаційнуроботу
здобувача вищоїосвіти
Лиману Дмитру Олександровичу
(прізвище,ім'я,побатькові)

Темаквалiфікаційноїроботи: **Відновлення психологічного здоров'я залежних осіб засобами групової психотерапії**
Затвердженанаказомректоравід17. 11. 2022 № 1216
Термін подачізакінченоїроботи: 25.12.2023

В останні десятиліття питання залежності від різних речовин і поведінкових моделей стає все більш актуальним для вивчення та вирішення. Проблеми психологічного здоров'я залежних осіб вимагають комплексного та ефективного підходу. Одним з можливих методів відновлення є групова психотерапія, яка дозволяє поєднати індивідуальний та колективний підхід до вирішення цієї проблеми.

*Мета роботи:*Дослідити ефективність групової психотерапії у відновленні психологічного здоров'я залежних осіб, вивчити особливості цього

тоду та визначити його переваги в порівнянні з іншими формами ихотерапії.*Об'єктом дослідження* є психологічне здоров'я залежної особи.

Предметом дослідження є відновлення психологічного здоров'я залежних іб засобами групової психотерапії.
вадослідження: Центр амбулаторної соціально-психологійчної реабілітації лежних від алкоголю «СЕНС» та приватні медичні заклади: «Rehab», «Мед - хід», «МєдіМед»

Календарнийпланвиконанняроботи

	Назваетапів кваліфікаційноїроботи	Строквиконанняетапівроботи	
		Запланом	Фактично
	2	3	4
	Вибір теми, вивчення літературних джерел та складання плану роботи	30.10.2022	30.10.2022
	Підготовка першого розділу роботи та подання її керівнику	30.03.2023	30.03.2023
	Підготовка другого розділу роботи та подання її керівнику	30.06.2023	30.06.2023
	Підготовка третього розділу роботи та подання її керівнику	20.09.2023	20.09.2023
	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	20.10.2023	20.10.2023
	Отримання відгуку керівника роботи	20.12.2023	20.12.2023
	Публікація тез у збірнику наукових матеріалів	16.11.2023	16.11.2023
	Попередній захист роботи	22.11.2023	22.11.2023
	Отримання зовнішньої рецензії	20.12.2023	20.12.2023
0.	Допуск роботи зав. кафедри до захисту	15.01.2024	15.01.2024
1.	Захист роботи	31.01.2024	31.01.2024

1. Датавидачізавдання«19 » грудня 2022
2. Керівникваліфікаційноїроботи _____ Л.М. Клевець
3. Керівникосвітньо-професійноїпрограми _____ О.О. Нежинська
4. Завданнядовиконанняотримав здобувачвищоїосвіти _____ Д.О. Лиман

Анотація

Тема: Відновлення психологічного здоров'я залежних осіб засобами групової психотерапії.

Актуальність дослідження: Залежність є складною проблемою, що суттєво впливає на психологічне здоров'я осіб. Групова психотерапія стала популярним методом лікування залежностей, проте існує потреба в глибокому розумінні ефективності цього підходу та його впливу на психічний стан клієнтів.

Мета дослідження: Метою магістерської роботи є дослідження ефективності групової психотерапії у відновленні психологічного здоров'я залежних осіб.

Завдання дослідження:

1. **Проаналізувати методи групової психотерапії:**

Розгляд різних технік та підходів, використовуваних в груповій психотерапії для лікування залежностей.

2. **Оцінити ефективність групової терапії:**

Порівняння результатів групової психотерапії з іншими методами лікування для залежних осіб. Аналіз змін у психологічному стані та якості життя після участі в груповій терапії.

3. **Вивчити особливості реабілітації залежних осіб:**

Дослідження факторів, які впливають на процес відновлення психологічного здоров'я. Розгляд психологічних аспектів самоідентифікації та прийняття залежної особи.

4. **Розробити рекомендації для практики:**

Формулювання конкретних рекомендацій для фахівців у сфері психотерапії та реабілітації.

Методологія:

Дослідження базується на комбінації як кількісних, так і якісних методів дослідження, включаючи аналіз літератури, анкетування, спостереження та інтерв'ювання учасників групової терапії.

Очікувані результати:

В роботі передбачається отримання глибокого розуміння ефективності групової психотерапії у відновленні психологічного здоров'я залежних осіб та розробка рекомендацій для практичного використання цього методу.

Практичне значення:

Результати дослідження можуть служити основою для вдосконалення програм групової терапії для залежних осіб та покращення психологічної підтримки цільової аудиторії.

Ключові слова: залежність, групова психотерапія, відновлення, оцінка, вивчення, дослідження, аналіз.

ABSTRACT

Topic: Restoration of Psychological Well-being in Dependent Individuals through Group Psychotherapy.

Relevance of the Study: Dependency is a complex issue significantly impacting the psychological well-being of individuals. Group psychotherapy has become a popular method for treating dependencies, but there is a need for a deep understanding of its effectiveness and its impact on clients' mental states.

Research Objective: The objective of this master's thesis is to investigate the effectiveness of group psychotherapy in restoring the psychological well-being of dependent individuals.

Research Tasks:

1. **Analyze Group Psychotherapy Methods:**

Examine various techniques and approaches used in group psychotherapy for treating dependencies.

2. **Evaluate the Effectiveness of Group Therapy:**

Compare the results of group psychotherapy with other treatment methods for dependent individuals.

Analyze changes in psychological well-being and quality of life after participating in group therapy.

3. **Study the Rehabilitation Features of Dependent Individuals:**

Investigate factors influencing the process of restoring psychological well-being.

Examine psychological aspects of self-identification and acceptance of dependent individuals.

4. **Develop Recommendations for Practice:**

Formulate specific recommendations for professionals in the fields of psychotherapy and rehabilitation.

Methodology: The study is based on a combination of both quantitative and qualitative research methods, including literature analysis, surveys, observations, and interviews with participants in group therapy.

Expected Results: The thesis aims to achieve a deep understanding of the effectiveness of group psychotherapy in restoring the psychological well-being of dependent individuals and to develop practical recommendations for its use.

Practical Significance: The research results can serve as a foundation for improving group therapy programs for dependent individuals and enhancing psychological support for the target audience.

Key Phrases: dependency, group, psychotherapy, restoration, assessment, study, research, analysis

ЗМІСТ

ВСТУП…… 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: ПОНЯТТЯ, ЗМІСТ ТА КРИТЕРІЇ 10

1.1. Визначення проблеми «психологічного здоров'я» у вітчизняній та зарубіжній психології 10

1.2. Психологічні механізми розвитку і становлення психологічного здоров'я 16

1.3. Суб`єктивні й об'єктивні фактори порушення психологічного здоров'я 26

Висновки до 1 розділу 36

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИБОРУ СТРАТЕГІЙ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ 40

2.1. Організація методик емпіричного дослідження та опис групи досліджуваних 40

2.2. Методи та методики проведеного емпіричного дослідження позитивних змін відновлення психологічного здоров'я залежних осіб 53

Висновки до 2 розділу 74

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУБ'ЄКТИВНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ ПРОЯВУ МОДЕЛЕЙ ВИБОРУ СТРАТЕГІЙ ЗМІН 79

3.1. Особливості вибору моделей позитивних змін у відновленні психологічного здоров'я залежних осіб 79

3.2. Взаємозв'язок характеристик та моделей вибору позитивних змін відновлення психологічного здоров'я залежних осіб 92

ВИСНОВКИ..... 97

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…… 103

ДОДАТКИ…… 108

ВСТУП

Психологічне здоров’я є необхідною умовою повноцінного розвитку людини. «Тіло не хворіє окремо і незалежно від душі» (Сократ).

Фізичне здоров’я та психологічне здоров’я взаємопов’язані. Думки і емоційні реакції впливають на фізичне здоров’я.

Сильні емоції (страх, гнів, горе) – особливо, якщо вони витісняються і придушуються – можуть бути причиною психосоматичних захворювань. Фізичне здоров’я (правильне харчування, фізичні вправи, дихання, сон) впливає на нашу духовне і емоційне життя.

Психологічне здоров’я – стан душевного благополуччя (комфорту), адекватне ставлення до навколишнього світу, відсутність хворобливих психічних явищ (фобій, неврозів).

В сучасному суспільстві існують кризові явища в багатьох сферах суспільного життя. Страх перед дійсністю породжує прагнення втекти від реальності. Більшою мірою до страху схильні люди з низькими адаптаційними здібностями. У пошуках засобів захисту від напруження, дискомфорту, стресу такі люди часто вдаються до стратегії адиктивної поведінки.

Адиктивна поведінка – одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні втекти від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах, чи активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Суть адиктивної поведінки полягає в тому, що, прагнучи втекти від реальності, люди намагаються штучним шляхом змінити свій психічний стан, що дає їм ілюзію безпеки, відновлення рівноваги. Цей процес настільки захоплює людину, що починає управляти її життям. Людина стає безпорадною перед своєю пристрастю. Воля слабшає і ти не можеш вже протистояти можливості своїй залежності. Виникають взаємні труднощі у процесі спільної діяльності залежного з іншими людьми.

Є дві групи форм, що змінюють психічний стан:

1. Фармакологічні форми: алкоголь, наркотики, лікарські препарати, токсичні речовини.

2. Нефармакологічні форми: азартні ігри, комп'ютер, інтимні стосунки, голодування і переїдання, роботоголізм, тривале прослуховування ритмічної музики.

Актуальність теми дослідження цієї теми пов’язана з тим, що в сучасному житті людина знаходиться в умовах постійного стресу і психотравмуючих ситуацій. Війна, вимушена міграція, технічний прогрес, швидкий темп життя, постійна гонка за матеріальними благами, не відповідність бажаного і реального, проблеми з близькими і рідними людьми все це призводить до травм, які мають різноманітну природу. Все це змушує людей шукати вихід з психологічного навантаження, стресових ситуацій.

Мета дослідження – визначити психологічні особливості, структуру та функції психологічної підтримки осіб із залежністю через групову психотерапію.

Відповідно до мети визначено такі завдання дослідження:

1. Проаналізувати існуючі підходи до розуміння феномену психологічного здоров’я в контексті психологічних знань та особливостей його відновлення у залежних людей.

2. Обґрунтувати методичні засади та розробити процедуру дослідження психологічних особливостей відновлення психологічного здоров’я у залежних осіб через групову психотерапію.

3. Визначити методи та методики відновлення психологічного здоров’я у залежних людей.

Об’єкт дослідження: специфіка застосування моделей позитивних змін в умовах залежності.

Предмет дослідження: можливість і доцільність застосування групової психотерапії у відновленні психологічного здоров’я залежних людей на прикладі алкозалежних.

Робота складається з 3 розділів:

В першому розділі розкриваються поняття, зміст, критерії проблеми психологічного здоров’я, з’ясовується сучасний стан проблематики, проводиться теоретичний аналіз наукової літератури за темою дослідження.

У другому розділі проводиться методологічне обґрунтування та процедура проведення емпіричного дослідження (пояснення вибору емпіричних методів збору даних, характеристика вибірки досліджуваних, проведення психодіагностичних методик, бесіди, статистичної обробки даних).

У третьому розділі проводиться психологічний аналіз суб’єктивної детермінації прояву моделей вибору стратегій змін.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: ПОНЯТТЯ, ЗМІСТ ТА КРИТЕРІЇ

1.1. Визначення проблеми «психологічного здоров'я» у вітчизняній та зарубіжній психології

Останнім часом значно зріс негативний вплив на особистість різних чинників, у людей загострюються почуття страху, невизначеності, невпевненості, розгубленості та деколи й розчарування. Сучасний світ через свою динамічність і суперечливість усе більше втручається в особистісний простір людини, що негативно позначається на її здоров'ї загалом і на психологічному здоров'ї зокрема. Проблема психічного та психологічного здоров'я традиційно має наукове та практичне опрацювання у медицині та психології.

Увага до питання психологічного здоров'я є цілком закономірною. Проблема психологічного, психічного, душевного, духовного, морального здоров'я для науки є не новою.

Сьогодні проблема психологічного та психічного здоров'я особистості є актуальною і досліджується рядом науковців в різних галузях гуманітарних наук. У вітчизняних дослідженнях її намагалися розв'язати в межах психології, психіатрії та психопатології, а саме: В.О. Ананьєв, В.П. Войтенко, П.І. Калью, І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич, М.В. Ходирєва та ін.

Значну увагу цій тематиці приділено в працях зарубіжних психологів і психіатрів А. Адлера, А. Асаджіолі, С. Грофа, А. Елліса, Е. Еріксона, А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла, З. Фрейда, Е. Фрома, К. Хорні, К. Г. Юнга та ін.[1]

Наукову категорію «психологічне здоров'я» ввела І. В. Дубровіна в 1991 р. Вона розуміє психологічне здоров'я як динамічну сукупність психічних властивостей, що забезпечують гармонію між різними сторонами особистості людини, а також між людиною та суспільством, можливість повноцінного функціонування людини в процесі життєдіяльності [2].

Поняття психологічного здоров'я тривалий час було базовою категорією психічного здоров'я. Однак сучасна наука розмежовує сфери психічного та психологічного здоров'я [1].

О. В. Шувалов стверджує, що визначення поняття «психологічне здоров'я людини» складається з двох категоріальних словосполучень: «психологія здоров'я» та «психологія людини». На стику цих галузей знання виникають психологічні моделі, що розглядають проблему здоров'я з людинознавчої позиції. Науковець виділяє такі позиції щодо психологічного здоров'я: [3]

1. Поняття «психологічне здоров'я» фіксує суто людський вимір, по суті, будучи науковим еквівалентом духовного здоров'я.

2. Проблема психологічного здоров'я – це питання про норму й патології в духовному розвитку людини.

3. Основу психологічного здоров'я становить нормальний розвиток людської суб'єктивності.

4. Визначальними критеріями психологічного здоров'я є спрямованість розвитку та характер актуалізації людського в людині [3].

Вагомий внесок у розуміння поняття психологічного здоров'я зробили представники гуманістичного напряму психології. Г. Олпорт визначив образ психологічно зрілої особистості. К. Роджерс, наполягав на тому, що людина наділена вродженим, природним прагненням до здоров'я та зростання, розкрив образ повноцінно функціонуючої особистості. Здорова особистість відкрита до нового досвіду, без психологічних захистів, усвідомлює відповідальність за своє життя й власні вчинки, ставиться до інших людей як до унікальних істот, має творчий підхід до життя, об'єктивну й досить високу самооцінку, усвідомлює свої колосальні можливості.

А. Маслоу на основі теорії мотивації особистості вивів образ психологічно здорової людини. Загалом здорову людину науковець розуміє як автономну, спонтанну, здатну сприймати себе та інших, чутливу й творчу особистість, яка володіє почуттям гумору, нестандартним мисленням і здатністю до так званих містичних (пікових) переживань.

У прагненні відшукати сенс життя В. Франкл вбачає шлях до всіх видів здоров'я – психічного, психологічного та душевного, а втрату сенсу вважає

головною причиною не тільки різних розладів психіки, а й безлічі інших проблем людини [4].

Психологічне здоров'я визначають також як: стан балансу між різними аспектами особистості людини (Р. Ассаджолі); баланс між потребами індивіда та суспільства, що підтримується завдяки постійним зусиллям (С. Фрайберг); процес життя особистості, у якому збалансовані рефлексивні, емоційні, інтелектуальні, поведінкові аспекти (М. Г. Гаранін, А. Б. Холмогорова); функція підтримання рівноваги між особистістю та середовищем, адекватної регуляції поведінки й діяльності людини, здатності протистояти життєвим труднощам без негативних наслідків для здоров'я (А. В. Петровський, М. Г. Ярошевський) [5].

П. І. Калью, аналізуючи теорії здоров'я, розподіляє їх на чотири концептуальні моделі.

1) медична модель здоров'я передбачає таке його визначення, що містить лише медичні ознаки та характеристики здоров'я (воно усвідомлюється як відсутність хвороб, їх симптомів);

2) біомедична модель визначає здоров'я як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я (увагу акцентовано на природно-біологічній сутності людини, підкреслено домінуюче значення біологічних закономірностей у життєдіяльності людини та її здоров'я);

3) біосоціальна модель здоров'я передбачає біологічні та соціальні ознаки, що розглядаються в єдності (водночас соціальним ознакам належить пріоритетне значення);

4) ціннісно-соціальна модель тлумачить здоров'я як цінність для людини, обов'язкову передумову повноцінного життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, участі в праці та соціальному житті, економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності [6].

Одним з головних завдань психології здоров'я є вивчення критеріїв психологічного здоров'я, факторів, що його зумовлюють.

Як підкреслює А. Маслоу, духовне здоров'я виявляється у зв'язках людини зі світом: у релігійності, відчутті краси, гармонії та захопленні власне життям [4].

Критеріями психологічного здоров'я, згідно з концепцією А. Елліса, американського психолога і когнітивного терапевта, є:

1. Інтерес до самого себе: чутлива й емоційно здорова людина ставить свої інтереси трохи вище інтересів інших, певною мірою жертвує собою заради тих, про кого піклується, але не цілком.

2. Суспільний інтерес: якщо людина поводиться аморально, не обстоює інтереси інших і заохочує соціальний відбір, малоймовірно, що вона побудує собі світ, у якому зможе жити затишно та щасливо.

3. Самоврядування (самоконтроль): здатність брати на себе відповідальність за своє життя й водночас прагнення до об'єднання з іншими без вимагання значної підтримки.

4. Висока фрустраційна стійкість: надання права собі та іншим робити помилки без засудження своєї особистості або особистості іншого.

5. Гнучкість: пластичність думки, відкритість до змін; людина не ставить собі та іншим жорстких незмінних правил.

6. Прийняття невизначеності: людина живе у світі ймовірностей та випадковостей, у якому ніколи не буде повної визначеності.

7. Орієнтація на творчі плани: творчі інтереси займають більшу частину існування людини й вимагають від неї участі.

8. «Наукове» мислення: прагнення бути більш об'єктивним, раціональним. Регуляція своїх почуттів і дій за допомогою оцінювання їх наслідків відповідно до ступеня їх впливу на досягнення близьких і віддалених цілей.

9. Прийняття самого себе: відмова від оцінювання своєї внутрішньої цінності за зовнішніми досягненнями або під впливом оцінки інших, прагнення радіти життю, а не лише стверджувати себе.

10. Ризик: емоційно здорова людина схильна ризикувати виправдано й прагне робити те, що вона хоче, навіть коли існує можливість невдачі, вона прагне бути заповзятливою, проте не нерозважливо хороброю.

11. Тривалий гедонізм: людина шукає задоволення як від поточного моменту, так і від можливого майбутнього; вона вважає, що краще думати як про сьогодні, так і про завтра, і не захоплена негайним отриманням задоволення.

12. Нонутопізм: відмова від нереалістичного прагнення до всеосяжного щастя, радості, досконалості або до повної відсутності тривоги, депресії, приниження своєї гідності й ворожості.

13. Відповідальність за свої емоційні порушення: схильність брати на себе відповідальності за свої вчинки, а не прагнення з метою захисту звинувачувати інших або соціальні умови [6].

М. Бекер сформулював три головні компоненти душевного здоров'я, а саме: добре душевне й фізичне самопочуття; самоактуалізація (розвиток, автономія); повага до себе та до інших (почуття власної цінності, здатність любити). Психічна, або душевна, складова, стосується функціонування психіки людини, саме тому критеріями психічного здоров'я вважають відповідність чи невідповідність суб'єктивних образів об'єктам дійсності й характеру реакцій – зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій; адекватний віку рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості; адаптивність у мікросоціальних відносинах; здатність до саморегуляції поведінки, розумного планування життєвих цілей і підтримки активності в їх досягненні; упорядкованість і причинну зумовленість психічних явищ, критичну самооцінку й оцінку навколишніх обставин, почуття прихильності до близьких людей і відповідальність за них; здатність до постійного розвитку та збагачення особистості.

З. Фрейд уважав психологічно здоровою людину ту, яка здатна узгодити принцип задоволення з принципом реальності [7].

На думку К. Юнга, здоровою може бути особа, яка асимілювала зміст свого несвідомого й вільна від захоплення будь-яким архетипом [8].

І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич виділили такі його критерії:

1. Усвідомлення відповідальності за своє життя, зокрема за власне здоров'я.
2. Самопізнання як аналіз себе.
3. Саморозуміння та прийняття себе, процес внутрішньої інтеграції.

4. Уміння жити сьогоденням.

5. Свідомість індивідуального буття і, як наслідок, усвідомлено вибудована ієрархія цінностей.

6. Здатність до розуміння, слухання та прийняття інших [5].

Визначальними факторами здоров'я є: спосіб життя, навколишнє середовище, генетичні та медичні фактори.

Виділяють **три основні групи психологічних чинників**, що корелюють зі здоров'ям і хворобою: попередні, передавальні та мотиватори [9]. Попередні фактори включають особистісні характеристики, поведінкові особливості, когнітивні, демографічні та соціальні ресурси людини. Базовими поняттями в цій групі факторів є «здоров'я», «здоровий спосіб життя», «якість життя», «здорова поведінка». Середовище в соціальній групі сприяє підтриманню здорового способу життя. Вплив сім'ї, виховання в сім'ї, стосунки між батьками й дітьми також мають провідне значення у формуванні способу життя та здоров'я.

Друга група психологічних факторів здоров'я –передавальні фактори, що передбачають специфічну поведінку, яка виникає у відповідь на різні стресори. До цієї групи належать чотири фактори. Перший – це переживання й регулювання проблем, стресорів, саморегуляція. Другий – вживання та зловживання речовинами, що в психології здоров'я розглядають як одну зі стратегій подолання та регуляції зовнішніх стресорів або внутрішніх проблем, але з негативними результатами для здоров'я. Третій фактор – це фізична активність у способі життя, фізичні вправи, здорове харчування, особиста гігієна й самозбереження. Четвертий фактор – дотримання правил із підтримання здоров'я. До них належать: профілактичні самоогляди, регулярна турбота про порожнину рота, зниження ваги, збільшення фізичних навантажень, виконання лікувальних процедур.

До третьої групи чинників психологічного здоров'я належать мотиватори. Під час стресу у людини починає діяти індивідуальний механізм виходів із кризових ситуацій. Група мотиваторів впливає на здоров'я та хвороби опосередковано – через передавальні фактори.

1.2. Психологічні механізми розвитку і становлення психологічного здоров'я

Загальні визначення психологічних механізмів практично відсутні. Серед найпоширеніших підходів до визначення механізмів – забезпечення функціонування психічних процесів за умови використання певних засобів. Так, **Є. І. Бойко** вважає, що механізми психічних процесів варто вважати їх спеціальною деталізованою характеристикою. Відкрити механізм, за Є. Бойко, означає проникнути до його внутрішньої побудови, і, зрозуміти та пояснити сутність предмету (процесу), його закономірний хід і його неминуче виникнення за певних умов.

У більш широкому аспекті про психологічні механізми йдеться в аспекті їх становлення. [9]

Поняття психологічного механізму часто пов'язують з проблемою мотивації. У розумінні В. Г. Леонтьєва психологічний механізм є системою психічних явищ, призначену для перетворення і формування активності, вираженої одним або декількома мотивами, у діяльність необхідну, виражену іншими мотивами.

Відповідно до цього підходу, **О.О Самилова**, розглядаючи проблеми розвитку в юнацькому віці, вважає, що «психологічний механізм – це цілісна психологічна система засобів, яка діє постійно або виникає ситуативно, і забезпечує виконання тих або інших регулятивних функцій і включає до себе основні підсистеми регуляції».

О. В. Фалуніна зі співавторами тлумачить психологічні механізми як процес внутрішньо особистісних змін та індивідуальних психічних перетворень.

Як бачимо, в дослідженнях великої кількості фахівців механізми обговорюються, виділяються окремі їх типи, рівні, прояви, однак, загальна концепція практично відсутня. А в тих випадках, коли така концепція все ж таки пропонується, з нею не завжди можна погодитися.

С. Д. Максименко тлумачить психологічний механізм як знаряддя, розглядаючи механізми психіки людини у контексті генетичної психології. Він зазначає, що «механізм – це знаряддя, пристрій у людини, завдяки якому

поєднуються у цілісність її органи і системи для передачі і перетворення енергії та інформації в процесах її діяльності». Він визначає склад механізмів психіки людини, серед яких: відображення, проектування і опредметнення. Психічне відображення характеризується системою функцій (активність, випереджувальний характер, суб'єктивність, розвиток) як регулятора діяльності людини. Основною функцією проектування як психологічного механізму автор вважає впорядкування і гармонізацію змістів відображення відповідно до мети дій чи діяльності людини. А опредметнення, як елемент свідомої і доцільної діяльності людини має три основні форми: матеріальну, психічну і творіння себе самого.[10]

З іншого боку, в концепції психологічних механізмів Ю. І. Машбиця, психічні явища і процеси пропонує розглядати як системи і підсистеми. Поняття психологічний механізм – це не метафора, а теоретичний конструкт, і різниця між ними, як зазначає Ю. І. Машбиць,– в евристичній цінності, тобто значенні для постановки та проведення психологічних досліджень, реалізації підходів до психолого- педагогічного обґрунтування дидактичних рішень тощо. «Ми розуміємо під механізмом системи навчання,– писав він,– теоретичний конструкт, який описує взаємодію компонентів системи, що забезпечує її функціонування. Якщо система є предметом психології, ці механізми мають описувати взаємодію на психологічному рівні, тобто бути психологічними механізмами». [11] Варто зазначити, що Ю. І. Машбиць не розглядав загально психологічне визначення механізму, а завжди зупинявся на розгляді психологічних механізмів навчання.

Загальновизнано, що тілесне здоров'я людини пов'язане з її психологічним здоров'ям, більшість тілесних хвороб зароджуються на рівні психіки і мають психологічну природу. Сучасні дослідження це підтверджують. Так, наприклад, прихована агресія може бути причиною виразкової хвороби («в'їдлива людина»); глибокі та не відпрацьовані образи, злість, ненависть іноді можуть бути причиною ракових захворювань; захворювання щитоподібної залози у жінок часто пов'язані з домашнім насильством, тиранією чоловіка та глибоким терпінням; нестача радості, психічне вигоряння, любовні страждання — один із факторів серцево-судинних захворювань; а захворювання на грип іноді є захисною реакцією організму та

психіки, формою виходу з емоційно складної ситуації, несвідоме намагання взяти тайм-аут тощо.

Психологічне здоров'я людини пов'язане з її психологічним благополуччям, якістю життя в цілому. Виділяється «актуальне психологічне благополуччя» й «ідеальне психологічне благополуччя», у якому уявлення про «ідеальне» виступає глобальним інструментом оцінки людиною свого буття.

Особливо актуальним на сучасному етапі розвитку суспільства стає вивчення психологічного здоров'я та благополуччя особистості в екстремальних умовах життєдіяльності, що, перш за все, зумовлено значним збільшенням кількості природних, антропогенних і техногенних екстремальних впливів на людину.

Таким чином, поняття «психічне здоров'я» — складова частина медичного підходу до феномена здоров'я. Психічно здоровою вважається людина, у якої відсутні клінічно виражені прояви психопатології та якій не встановлено діагноз психічного захворювання. Термін «психологічне здоров'я» в цьому сенсі більш нейтральний для сприйняття і має пряме відношення як до психічно здорової людини, так і до розвитку її особистісної індивідуальності. Водночас проблеми психічного та психологічного здоров'я тісно взаємопов'язані.

Так, психологічні проблеми, що загострилися, за певних умов і факторів, наприклад, при генетичній схильності до психопатій або у разі глибоких потрясінь і психотравмуючих подій, можуть призвести до неврозу, психозу й інших психічних розладів, у тому числі необоротних. З другого боку, людина з психічними патологіями навряд чи може бути повноцінно психологічно здоровою та благополучною, принаймні в очах громадськості.

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 р. психічні розлади увійшли до першої п'ятірки хвороб, які лідирують за кількістю людських працевтрат, пов'язаних із цими захворюваннями. Уже котрий рік поспіль Україна посідає перше місце за кількістю психічних розладів у Європі [12].

За одними даними, майже 2 млн українців щороку стають пацієнтами психіатричних лікарень. За іншими свідченнями, в Україні в середньому 2,5 % населення щороку звертаються за психіатричною допомогою до фахівців, а 72 % із

таких людей переживають тимчасові або пограничні психічні розлади (депресії, неврози, зміни особистості через певні органічні розлади тощо), при цьому більшість із них залишаються практично здоровими, а частка таких пацієнтів виявляється з патологічними психічними розладами.

До 80 % українців із психічними розладами жодного разу не зверталися до лікарів.

Проте в Україні набагато більше людей, які потребують психологічної допомоги немедикаментозного характеру. Практично кожна психічно здорова людина не менше одного-двох разів у житті переживає серйозні психологічні проблеми, для розв'язання яких вона потребує кваліфікованої допомоги.

Факторами, які негативно впливають на психологічне здоров'я та благополуччя особистості, є: хронічну втому; страх самотності; сильний страх за своє здоров'я; незадоволеність собою; стрес через сварку з близькими і друзями; стрес через втрату роботи; різноманітні побутові та трудові конфлікти; страх залишитися без грошей; хвороба, смерть близьких тощо.

У січні 2005 р. на конференції в Гельсінкі була прийнята «Європейська декларація з охорони психічного здоров'я», в якій визнається, що психічне здоров'я та психічне благополуччя — це найважливіші передумови для гідної якості життя і продуктивної діяльності окремих осіб, сімей, місцевих громад і народів у цілому, тому що вони дозволяють людям сприймати своє життя як повноцінне та значуще і бути активними та творчими членами суспільства. Україна приєдналась до Європейської декларації щодо охорони психічного здоров'я [13].

Взагалі в резолюціях Ради Європейського Союзу, рекомендаціях Ради Європи та резолюціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, починаючи з 1975 р., визнається важливе значення діяльності, спрямованої на зміцнення психічного здоров'я, а також наявність безпосереднього взаємозв'язку між проблемами психічного здоров'я, з одного боку, і соціальної нерівності, безробіття, безпритульності та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю й інших психоактивних речовин — з другого.

В Україні працює система психіатричної та медико-психологічної допомоги населенню на підставі закону України «Про психіатричну допомогу». Але це, як правило, медикаментозна допомога хворим людям, а не особистостям, які розвиваються.

І якщо такі проблеми, як наркоманія, алкоголізм, СНІД, що вражають десятки і сотні тисяч людей, сьогодні хоча б на слуху, існують різні програми, у тому числі державні, щодо розв'язання та профілактики цих негативних явищ, то проблема психологічного здоров'я, надання якісних психологічних послуг населенню дійсно знаходиться «в застої», у результаті чого реально, явно чи приховано страждають мільйони людей, а зрештою і саме суспільство.

Проблема психологічного здоров'я в Україні набула вже національного характеру і стає все більш масштабною. За останні 20 років, напевно, не було тієї сфери життєдіяльності, яка б не реформувалася, іноді по кілька разів. Невдачі реформ, їх непослідовність дуже боляче б'ють по душевному стану людей, вони починають жити в постійному очікуванні найгіршого.

Зростаюча кількість розлучень і кинутих дітей, неправильний вибір професії, низька продуктивність праці та систем управління, загрозливо зростаюча соціальна та творча апатія, деградація, низька задоволеність життям і невміння долати життєві труднощі та проблеми, що виникають, високий ступінь залежності (від наркотиків, алкоголю, гри тощо), захворюваності та смертності — усе це результат психологічних дефектів і невідповідності психосоціального розвитку особистості сучасної людини соціально-економічним, політичним, інформаційним, технологічним, екологічним та іншим процесам, що відбуваються.

Таблиця 1.2.1

Погляди філософів

Особистість	Використання терміну механізм	Що замість	Зауваження
Арістотель (384-322 до н.е. Про душу	Не використовував	Говорив про спосіб мислення, шлях здійснення тих чи інших інтелектуальних дій. Практично вся книга III трактату "Про душу" присвячена опису того "яким саме способом відбувається мислення"	Словники давньогрецької мови не фіксують терміну механізм є тільки μηχανή 1) знаряддя, пристрій , споруда.;2)театральна машина 3) засіб, спосіб, можливість В сучасній грецькій мові механізм має зовсім інших корінь: **γεωργικά .** **Етимологія слова бере початок із праіндоєвропейського Маг(х)ана - той що дає мажливість.**
Аврелій Августин (354 - 430) Про кількості душі	Не використовував	Говорив про особливі "сили душі", які є "бажаннями душі".	
Аквінський Тома (1225-1274) Сума теології, Сума проти язичників, Дискусійне питання про душу.	Не використовував	Не вживаючи терміну практично поставив проблему механізмів в I томі "Суми теології":Питання 85. Про спосіб і порядок пізнання.	Фома Аквінський був великим популяризатором і послідовником Арістотеля. Та відштовхуючись від його тверджень він створив абсолютно нову систему поглядів на душу і душевний світ людини.
Декарт Рене (1596 - 1650) Правила для керівництва розумом, Метафізичні роздуми, Страсті душі.	Стосовно психічних явищ терміну не вживав. Широко використовував термін механізм стосовно фізіологічних та нейрофізіологічних процесів. Описував фізіологічні явища як роботу чітко налагодженого механізму	Замість психологічних механізмів описував нейрофізіологічні:будем о ввазати, що душа має своє місцезнаходдження…в маленькій залозі, яка розташована в центрі мозку, звідки вона випромінюється (rayonne) в усе тіло, через посередництво духів, нервів і навіть крові ..	Декарт любив писати лише те, що сам дослідив, а тому визнавав, що проблема діянь душі дуже складна оскільки "взагалі невідомо, яким чином ці …духи і ці нерви впливають на рух і відчуття…, не відоме те тілесне начало, яке змушує їх діяти…"
Локк Джон (1632-1704)Розвідка про людське розуміння	Використовував часто, але , в основному, як метафору.		"…отримати чітку ідею того, як мислить душа..не важче, чим мати таку ж ідею стосовно тіла…" В роботі ж тіла для Берклі головне - зчеплення елементів.
Берклі Джордж (1681-1753) Трактат про принципи людського знання	Використовував як метафору		Якщо в роботі певного тілесного чи душевного механізму відчувається розладнання, його слід усунути.

Еммануїл Кант (1724-1804) Критика практичного розуму	Використовував часто, говорив , зокрема, про механізм волі, механізм вчинку, механізм природної необхідності		Визначення терміну не дає, опису механізму теж.
Гегель Георг Вільгельм (1770-1831). Феноменологія духа, Філософія духа.	Використовував і як термін і як метафору: "дух за своєю сутністю полягає у тому, щоби бути при самому собі…тут же він ніби в середині самого себе відчужений від самого себе і його діяльність є ніби механізмом" (про заучування незрозумілого)		Дав короткі визначення окремих механізмів: "звичка є механізм відчуття самого себе", "пам'ять є механізм інтелігенції"
Гербарт Йоган Фрідріх (1776 -1841) Психологія	Широко використовував терміни " психічний механізм і механіка духу"		Висловив припущення, що в основі механіки духу (психічного механізму) лежать математичні закони і взаємодія сил.

Таблиця 1.2.2.

Погляди західних психологів

Особистість	Використання терміну механізм	Що замість	Зауваження
Вундт Вільгельм (1832-1920) Вступ до психології, Проблеми психології народів.	Не використовував	"Першим завданням кожної науки..є виявлення елементів, а потім - знаходження законів, за якими ці елемента поєднуються один з одним. Завдання психології таким чином зводяться до двух проблем: чим є (якими є) елементи свідомості? Які поєднання утворюють ці елементи і за якими законами."	Поняття механіки і механізмів свідомості запропоновані Гербартом принципово відкидав: "Механіка душі… являє собою абсолютно трансцендентну дисципліну, що немає нічого, крім назви, спільного с дійсною психологією, що намагається зрозуміти душевні стани в їх умовах і взаємостосунках,"
Джеймс Вільям (1842-1910) Психологія.	Говорив про фізіологічний механізм душевних явищ.		

Тітчинер Едвард (1867-1927). Значення і задачі психології	Питання механізмів не розглядав і терміну не вживав	"Завдання психології потрійне: 1) аналізувати даний конкретний душевний стан, розклавши його на прості складові частини; 2) знайти яким чином поєднані ці складові частини, які закони керують їх комбінацією і 3) привести ці закони у зв'язок з фізіологічною організацією".	
Фрейд Зігмунд (1856- - 1939) Вступ до психології,	Створив теорію захисних механізмів. Широко вживав термін "механізм" у своїх роботах.		В книзі "Тотем і табу" використав термін "психологічний механізм". В книзі "Психологія неусвідомлюваного" вживав термін "психічні механізми".

Вертгеймер Макс (1880-1943), Продуктивне мислення.	Використовував, але не постійно і швидше як метафору.		“Навіть у тих випадках, коли можна побудувати сліпий механізм для "пояснення" процесу, учений повинен остерігатися того, щоб замість вірної картини запропонувати лише зовнішньо адекватну заміну."
Уотсон Джон (1878-1958) Принципи навчання засновані на психології.	Термін вживає постійно, але не завжди можна розрізнити, коли мова йде про суто психологічний механізм, а коли про психофізіологічний.		Запропонував знамениту модель психологічного механізму S-R

Маслоу Абрахам Гарольд (1908-1970) *The Farther Reaches of Human Nature, Toward a Psychology of Being*	Використовував. Запропонував модель механізму особистісного зростання, базовану на енергетичних потенціалах елементів (валентності елементів): Безпека ←Особистість →Розвиток		Розширив перелік захисних механізмів, зокрема описав механізми, які стримують саморозвиток особистості: "втеча від таланту, ухиляння від призначення, десакралізація".
Піаже Жан (1896-1980) Психологія інтелекту	Термін широко використовував , але визначення не давав, заміняючи його описом процесу. Каузальний механізм інтелекту, реальний механізм інтелекту, перцептивні механізми…		Зазначав що " Не дивлячись на велику кількість цінних робіт…психологічна теорія інтелектуальних механізмів зараз лише починає з'являтися на світ і зараз можна лише дуже приблизно здогадуватись якого ступеня точності вона буде".

Нейссер Ульрих (1928-2012) Пізнання і реальність., Що таке когнітивна психологія.	Майже не використовував	Замість механізму пропонує поняття "Схема" яка для Нейссера є "не тільки план, але й виконавець плану. Це структура дії і водночас структура для дії"	Першим вдавався до порівняння інтелектуальних процесів з діяльністю ЕВМ, його схеми є швидше не схемами, а моделями.
Сміт Ноель, Сучасні системи психології (2001)	Вважає, що всі сучасні системи психології знаходяться у пошуку реального психологічного механізму.		

Проте, незважаючи на вищеописані проблеми у галузі психологічного здоров’я українців, надання психологічних послуг населенню відбувається дуже

повільно, неорганізовано та безсистемно. Сьогодні прийнято говорити про те, що наші люди не дуже-то звикли ходити до психолога. Причини цього різні: традиції, менталітет, дорожнеча послуг, відсутність інформації тощо.

У цьому контексті також слід визначати і низьку громадську активність самих психологів і їх професійних спільнот.

До речі, у США та країнах ЄС уже давно діє система психологічної допомоги населенню. Надання психологічних послуг організовано спільнотами (асоціаціями) практикуючих психологів, які встановлюють стандарти процесів і якості виконання послуг, стандарти кваліфікації й акредитації психологів-практиків.

1.3. Суб’єктивні та об’єктивні фактори порушення психологічного здоров’я

Фактори ризику порушення психологічного здоров'я можна умовно розділити на дві групи: об'єктивні, або фактори середовища, і суб'єктивні, обумовлені індивідуально-особистісними особливостями.[14]

Під факторами середовища зазвичай розуміються сімейні несприятливі фактори і несприятливі фактори, пов'язані з дитячими установами, професійною діяльністю, соціально-економічною ситуацією в країні. Зрозуміло, що фактори середовища найбільш значущі для психологічного здоров'я дітей і підлітків, тому розкриємо їх найбільш докладно.

Досить часто труднощі дитини беруть початок ще в дитинстві (від народження до року). Найбільш значущим фактором нормального розвитку особистості дитини є спілкування з матір'ю і дефіцит спілкування може привести до різного роду порушень розвитку дитини. Так, дефіциту спілкування протилежна патологія надлишку спілкування, що призводить до надмірного збудження і над стимуляції дитини. Саме таке виховання досить характерно для багатьох сучасних сімей. Перезбудження і над стимуляції дитини можуть спостерігатися в разі материнської гіперопіки з відстороненням батька. Така мати постійно перебуває з дитиною, не залишає його ні на хвилину, тому що їй добре з ним, тому що без дитини вона відчуває порожнечу і самотність. Інший варіант - безперервне збудження, вибірково спрямований на одну з функціональних сфер: харчування або спорожнення кишечника. Як правило, цей варіант взаємодії реалізує тривожна мати, яку шалено турбує, доїв дитина покладені грами молока, регулярно і як спорожнив кишечник. Наприклад, вона уважно стежить, чи вчасно дитина почала перевертатися зі спини на живіт. І якщо він затримався з переворотом на кілька днів, сильно турбується і біжить до лікаря.

Наступний вид патологічних взаємин - чергування надстимуляції з порожнечею відносин.

І останній вид - це формальне спілкування, це спілкування, позбавлене еротизованих проявів, необхідних для нормального розвитку дитини. Цей вид може реалізувати мати, яка повністю налаштовує догляд за дитиною по книгам, порад

лікаря, або ж мати, яка перебуває поруч з дитиною, але з тих чи інших причин (наприклад, конфлікти з батьком) емоційно не включена в процес догляду.

Порушення взаємодії дитини з матір'ю може призвести до формування таких негативних особистісних утворень, як тривожна прихильність і недовіра до навколишнього світу замість нормальної прихильності і базового довіри (М. Ейнсворт, Е. Еріксон). Слід зазначити, що ці негативні освіти мають стійкий характер, зберігаються до молодшого шкільного віку і далі, однак в процесі розвитку дитини набувають різні форми, «забарвлені» віком і індивідуальними особливостями. За приклад можна назвати підвищену залежність від оцінок дорослих, прагнення робити уроки лише з мамою. А недовіра до навколишнього світу нерідко виявляється у молодших школярів як деструктивна агресивність або сильні невмотивовані страхи, причому і те й інше, як правило, поєднується з підвищеною тривожністю.

Слід також відзначити роль дитинства у виникненні психосоматичних порушень. Як відзначають багато авторів, саме за допомогою психосоматичних симптомів (шлункових колік, порушення сну і т. П.) дитина повідомляє про те, що материнська функція виконується незадовільно.

У ранньому віці (від 1 року до 3 років) також зберігається значимість взаємовідносин з матір'ю, але важливими стають і взаємини з батьком з наступних причин.

Ранній вік є особливо значущим для формування «Я» дитини. Підсумком розвитку в ранньому віці має стати формування автономності, самостійності, а для цього матері необхідно відпустити дитину на ту відстань, на яке він сам хоче відійти. А ось вибрати відстань, на яке потрібно відпустити дитину, зазвичай буває для матері досить складно.

Таким чином, до несприятливих типам взаємодії матері з дитиною можна віднести: а) занадто різке і швидке відділення, яке може бути наслідком виходу матері на роботу, приміщення дитини в ясла, народження другої дитини і т. п.; б) продовження постійної опіки над дитиною, яку нерідко виявляє тривожна мати.

Крім того, оскільки ранній вік - це період амбівалентного ставлення дитини до матері і найважливішою формою дитячої активності є агресія, то фактором ризику може стати абсолютна заборона на прояв агресивності, наслідком чого може з'явитися повне витіснення агресивності. Таким чином, завжди добрий і слухняний дитина, який ніколи не вередує, - «гордість мами» і загальний улюбленець часто платить за загальну любов досить дорогою ціною - порушенням свого психологічного здоров'я.

Важливу роль в становленні психологічного здоров'я відіграє і те, як виховують охайність у дитини, коли мама наполягає на дотриманні правил - дитина захищає своє право робити те, що хоче. Фактором ризику тоді можна вважати надмірно суворе і швидке привчання до охайності маленької дитини. Цікаво, що дослідники традиційного дитячого фольклору вважають, що страхи покарання за неохайність знаходять своє відображення в дитячих страшних казках, які зазвичай починаються з появи «чорної руки» або «темної плями»: «Один раз в одному місті по радіо передавали, що з'являється якесь -то чорна пляма на стінах, і весь час падає стеля і всіх вбиває ... ».

Тепер поговоримо про місце взаємин з батьком для становлення автономності дитини. Як стверджує Г. Фігдор, батько в цьому віці повинен бути фізично і емоційно доступний дитині, оскільки: а) подає дитині приклад відносин з матір'ю - відносин між автономними суб'єктами; б) виступає прообразом зовнішнього світу, звільнення від матері стає відходом в нікуди, а відходом до когось; в) є менш конфліктним об'єктом, ніж мати, і стає джерелом захисту. Таким чином, і відносини з батьком найчастіше несприятливо позначаються на формуванні автономності та самостійності дитини.[15]

Ми повинні розуміти, що несформована самостійність дитини в ранньому віці може бути джерелом багатьох труднощів молодшого школяра і перш за все джерелом проблеми вираження гніву і проблеми невпевненості. Педагоги і батьки нерідко помилково вважають, що дитина з проблемою вираження гніву - це той, хто б'ється, плюється, лається. Варто нагадати їм, що проблема може мати різну симптоматику. Досить часто витіснення гніву приймає форму сильної

невпевненості в собі. Але ще більш яскраво несформована самостійність може проявитися в проблемах підліткового періоду. Підліток буде або домагатися самостійності постійними протестами, можливо навіть на шкоду собі, або продовжувати залишатися «за маминою спиною», «розплачуючись» за це тими чи іншими психосоматичними проявами.

Дошкільний вік (від 3 до 6-7 років) досить значущий для формування психологічного здоров'я дитини.

Найістотнішим чинником ризику в сімейній системі є взаємодія по типу «дитина - кумир сім'ї», коли задоволення потреб дитини превалює над задоволенням потреб інших членів родини.[16]

Наслідком такого типу сімейного взаємодії може з'явитися порушення в здатності дитини сприймати і враховувати в своїй поведінці стан, бажання і інтереси інших людей. Дитина з несформованою емоційної децентрації бачить світ тільки з позиції власних інтересів і бажань, не вміє спілкуватися з однолітками, розуміти вимоги дорослих. Саме такі діти, причому нерідко добре інтелектуально розвинені, не можуть успішно адаптуватися до школи.

Наступний фактор ризику - це відсутність одного з батьків або ж конфліктні відносини між ними. Відсутність викликає глибокий внутрішній конфлікт у дитини, який може привести до порушень статевої ідентифікації або, більш того, обумовити розвиток невротичних симптомів: енурезу, істеричних нападів страху і фобій. У деяких же дітей - привести до характерних змін в поведінці: сильно вираженою загальної готовності до реагування, боязкості, покірності, схильності до депресивних настроїв, недостатній здатності до афектів і фантазування. Але, як зазначає Г. Фігдор, найчастіше зміни в поведінці дітей звертають на себе увагу лише тоді, коли переростають в шкільні труднощі.

Наступне явище, яке необхідно обговорити в рамках проблеми формування психологічного здоров'я дошкільника, - це явище батьківського програмування, внаслідок якого надзвичайно виражена потреба в любові батьків дитина прагне вести себе так, щоб відповідати їх очікуванням, спираючись на їх вербальні і невербальні сигнали. Формується, за термінологією Е. Берна, дитина, яка

функціонує за рахунок зниження своїх здібностей відчувати, проявляти цікавість до світу, а в гіршому випадку за рахунок проживання не своєю життя. У дитини з’являється повна відсутність найважливішого новоутворення дошкільного віку - ініціативность (Е. Еріксон). Дитина найчастіше демонструє підвищену тривожність, невпевненість в собі, а іноді і виражені страхи.

Отже, ми розглянули сімейні несприятливі фактори в процесі розвитку дитини, які можуть визначити порушення психологічного здоров'я дитини, переступає поріг школи. Наступна група факторів пов'язана з дитячими установами.

Слід відзначити, що зустріч в дитячому саду дитини з першим чужим значущим дорослим - вихователем, визначить його подальшу взаємодію з дорослими. З вихователем дитина отримує перший досвід поліадичного (з батьками) спілкування. Як показали дослідження, вихователька не помічає зазвичай близько 50% спрямованих до неї звернень дітей. І це може призвести до зростання самостійності дитини, зниження його егоцентризму, а може - до незадоволення потреби в безпеці, розвитку тривожності, психосоматізації дитини.

Крім того, в дитячому саду у дитини може з'явитися серйозний внутрішній конфлікт в разі конфліктних відносин з однолітками. Внутрішній конфлікт викликається протиріччями між вимогами інших людей і можливостями дитини, порушує емоційний комфорт, гальмує формування особистості.

Підводячи підсумок об'єктивних факторів ризику порушення психологічного здоров'я дитини, що надходить в школу, можна зробити висновок, що переважаючими є ті чи інші сімейні чинники, проте негативний вплив може надати і перебування дитини в дитячому саду.

Молодший шкільний вік (від 6 -7 до 10 років). Тут взаємини з батьками починають опосередковувати школою. Як зазначає А. І. Луньков, якщо батьки розуміють сутність змін в дитині, то статус дитини в сім'ї підвищується і дитина включається в нові взаємини. Як відзначав К. Юнг, батько зайнятий роботою, а мати хоче втілити своє соціальне честолюбство в дитині. Відповідно дитина повинна мати успіх, щоб виконати очікування матері. Таку дитину можна впізнати за одягом:

він одягнений, як лялька. Виходить, що він змушений жити бажаннями батьків, а не своїми. Але найбільш важкою є ситуація, коли запропоновані батьками вимоги не відповідають можливостям дитини. Наслідки її можуть бути різні, але завжди представляють фактор ризику порушень психологічного здоров'я.

Однак найбільш істотним фактором ризику порушення психологічного здоров'я може стати школа. І дійсно, в школі дитина вперше потрапляє в ситуацію оцінюваної діяльності, його вміння та навички повинні відповідати встановленим у суспільстві нормам читання, письма, рахунку. Крім того, вперше дитина отримує можливість об'єктивного порівнювання своєї діяльності з діяльністю інших (через оцінки - бали або картинки: «хмаринки», «сонечка» і т.п.). Як наслідок цього, він вперше усвідомлює свою «не всемогутність». У дитини підвищується залежність від оцінок дорослих, особливо вчителів. Але особливо важливим є те, що вперше самосвідомість і самооцінка дитини отримують жорсткі критерії його розвитку: успіхи в навчанні та шкільному поведінці. Відповідно молодший школяр пізнає себе лише в цих напрямках і на цих же підставах будує свою самооцінку. Однак через обмеженість критеріїв ситуації неуспіху можуть призводити до значного зниження самооцінки дітей.

Умовно можна виділити наступні етапи в процесі зниження самооцінки. Спочатку дитина усвідомлює свої шкільні невміння як невміння «бути хорошим». Але на цьому етапі у дитини зберігається віра, що він зможе стати хорошим в майбутньому. Далі пропадає віра, але дитина ще хоче бути хорошим. У ситуації стійкого тривалого неуспіху дитина може не тільки усвідомити свою нездатність «стати хорошим», але вже втратити до цього прагнення, що означає стійку депривацію домагання на визнання.

Депривація домагання на визнання у молодших школярів може проявитися не тільки в зниженні самооцінки, а й у формуванні неадекватних захисних варіантів реагування. При цьому активний варіант поведінки зазвичай включає різні прояви агресії до живим і неживим предметам, компенсацію в інших видах діяльності. Пасивний варіант - маніфестацію невпевненості, сором'язливості, ліні, апатії, догляд в фантазії або хвороба.

Крім того, якщо дитина сприймає результати навчання як єдині критерії власної цінності, жертвуючи при цьому уявою, грою, він набуває обмежену ідентичність, за Е. Еріксоном - «я є тільки те, що я можу робити». З'являється можливість формування почуття неповноцінності, яке може негативно вплинути як на актуальну ситуацію дитини, так і на формування його життєвого сценарію.

Підлітковий вік (від 10-11 до 15-16 років). Це найважливіший період для становлення самостійності. Багато в чому успішність досягнення самостійності визначається тим, як здійснюється процес відділення підлітка від опіки сім'ї, він стає її повноцінним партнером. Це досить важкий процес як для самого підлітка, так і для його родини, оскільки сім'я не завжди готова відпустити підлітка. А підліток не завжди може адекватно розпорядитися своєю самостійністю. Однак наслідки незавершеного відділення від сім'ї - невміння взяти на себе відповідальність за своє життя - можуть спостерігатися не тільки в молодості, а й в зрілому, і навіть в літньому віці. Тому так важливо, щоб батьки вміли надати підлітку такі права і свободи, якими він може розпорядитися без загрози своєму психологічному і фізичному здоров'ю.

Підліток відрізняється від молодшого школяра тим, що школа вже не впливає на його психологічне здоров'я через реалізацію або депривацію домагання на визнання в навчальній діяльності. Швидше за школу можна розглядати як місце, де відбувається один з найважливіших психосоціальних конфліктів дорослішання, також мають на меті досягнення незалежності і самостійності.

Як ми бачимо, вплив зовнішніх факторів середовища на психологічне здоров'я знижується від дитинства до підліткового віку. Тому вплив цих факторів на дорослого описати досить складно. Психологічно здорова доросла людина повинна вміти адекватно адаптуватися до будь-яких чинників ризику без шкоди для здоров'я. Тепер розглянемо внутрішні фактори.

Психологічне здоров'я передбачає стійкість до стресових ситуацій, тому необхідно обговорити ті психологічні характеристики, які обумовлюють знижену стійкість до стресу. Зупинимося спочатку на темперамент. Почнемо з класичних експериментів А. Томаса, який виділив властивості темпераменту, названого їм

«важким»: неритмічність, низька адаптивна здатність, тенденція до уникнення, переважання поганого настрою, боязнь нових ситуацій, надмірне впертість, надмірна відволікання, підвищена або знижена активність. Труднощі даного темпераменту полягає в підвищенні ризику розладів поведінки. Однак дані розлади, і це важливо відзначити, викликають не самі властивості, а особливе взаємодія їх з навколишнім середовищем дитини. Таким чином, труднощі темпераменту полягає в тому, що це дорослим важко сприймати його властивості, важко застосовувати адекватні їм виховні впливу.[17]

Досить цікаво індивідуальні властивості темпераменту в плані ризику порушення психологічного здоров'я описав Я. Стреляу. Він вважав, що темперамент - це сукупність відносно стійких характеристик поведінки, що виявляються в енергетичному рівні поведінки і в тимчасових параметрах реакцій.[18]

Стреляу проводилися дослідження зв'язку властивостей темпераменту і деяких якостей особистості. Виявилося, що такий зв'язок найбільше проявляється стосовно однієї з характеристик енергетичного рівня поведінки - реактивності. При цьому під реактивністю розуміється відношення сили реагування до викликав стимулу. Відповідно високореактівні діти - це ті, хто сильно реагує навіть на невеликі стимули, слабореактівні - зі слабкою інтенсивністю реакцій. Високо реактивних і слабо реактивних дітей можна відрізнити по їх реакцій на зауваження педагогів. Слабо реактивних зауваження педагогів або ж погані оцінки змусять вести себе краще або писати чистіше, тобто поліпшить їх діяльність. У високо реактивних дітей, навпаки, може спостерігатися погіршення діяльності. Для них досить суворого погляду, щоб зрозуміти невдоволення педагога.

Цікаво, що за результатами досліджень високо реактивним дітям найчастіше властива підвищена тривожність. У них знижений поріг виникнення страху, знижена працездатність. Характерний пасивний рівень саморегуляції, слабка наполегливість, низька ефективність дій, слабке пристосування своїх цілей до реального стану речей. Виявлена і інша залежність: неадекватність рівня домагань (нереалістично занижений або завищений). Дані дослідження дозволяють зробити

висновок, що властивості темпераменту не є джерелами порушення психологічного здоров'я, але істотним фактором ризику, який неможливо ігнорувати.

С. Кобаса вважає, що життєрадісні люди найбільш психологічно стійкі, відповідно менш стійкі люди зі зниженим фоном настрою. Крім цього виділяє ще три основні характеристики стійкості: контроль, самооцінка і критичність. При цьому контроль визначається як локус контролю. На її думку, екстернали, бачать більшість подій як результат випадковості, які не пов'язують їх з особистою участю, більш схильні до стресів. Інтернали ж володіють великим внутрішнім контролем, більш успішно справляються зі стресами. Самооцінка тут - це почуття власного призначення і власних можливостей. Труднощі з ліквідацією стресу у людей з низькою самооцінкою виходять з двох видів негативного самосприйняття. По-перше, люди з низькою самооцінкою мають високий рівень страху або тривожності. По-друге, вони сприймають себе як мають недостатні здатності, щоб протистояти загрозі. Відповідно вони менш енергійні в прийнятті превентивних заходів, прагнуть уникнути труднощів, бо переконані, що не впораються з ними. Якщо ж люди оцінюють себе досить високо, то малоймовірно, що вони будуть інтерпретувати багато подій як емоційно важкі або стресові. Крім того, якщо стрес виникає, то вони проявляють велику ініціативність і тому більш успішно з ним справляються. Наступне необхідну якість - це критичність. Воно відображає ступінь важливості для людини безпеки, стабільності і передбачуваності подій життя. Оптимальним є присутність у людини рівноваги між прагненням до ризику і до безпеки, до змін і до збереження стабільності, до допущенню невизначеності і до контролю подій. Тільки така рівновага дозволить людині розвиватися, змінюватися, з одного боку, і запобігати саморуйнування - з іншого. Відповідно особистісними передумовами зниженою стійкості до стресу можна назвати негативне самоприйняття, недостатньо розвинену рефлексію та відсутність прагнення до зростання, розвитку.

Отже, ми розглянули чинники ризику порушень психологічного здоров'я. Як говорить С. Фрайберг, «останнім часом прийнято розглядати психічне здоров'я як продукт спеціальної дієти», що включає відповідні порції любові і безпеки,

конструктивних іграшок, здорових однолітків, прекрасного статевого виховання, контролю і виходу емоцій; все це разом утворює збалансоване і здорове меню. Нагадує варені овочі, які хоч і поживні, але не викликають апетиту. Продукт такої «дієти» стане добре налагодженою нудною людиною **».** [19]

Але залишається питання «чому не всі діти в несприятливих умовах «ламаються», а, навпаки, іноді досягають життєвих успіхів, більш того, їх успіхи соціально значимі». Також незрозуміло, чому ми нерідко стикаємося з дітьми, що виросли в комфортній зовнішньому середовищі, але при цьому потребують тієї чи іншої психологічної допомоги.

Висновки до Розділу 1

В умовах сьогодення актуальність проблеми здоров'я зумовлена реаліями життя. Здоров'я – найважливіша цінність людського життя, яка залишається актуальною протягом всього існування людства. Результати досліджень останніх років свідчать про зростання навантаження на нервову систему та психіку людини. Бурхливий науково-технічний прогрес, величезний потік інформації, прискорення ритму життя, негативна динаміка міжособистісних взаємозв'язків та інші патогенні особливості сучасного життя призводять до формування

емоційної напруги, яка виступає одним з основних факторів розвитку різноманітних хвороб нервово-психічної та психосоматичної патології.

Сьогодні проблема психологічного та психічного здоров'я особистості є актуальною і досліджується рядом науковців в різних галузях гуманітарних наук. У вітчизняних дослідженнях її намагалися розв'язати в межах психології, психіатрії та психопатології, а саме: В.О. Ананьєв, Н.Є. Водоп'янова, В.П. Войтенко, П.І. Калью, І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич, М.В. Ходирєва та ін. Значну увагу цій тематиці приділено в працях зарубіжних психологів і психіатрів, зокрема: А.Адлера, А.Асаджіолі, С.Грофа, А.Елліса, А.Маслоу, К.Роджерса, В.Франкла, З.Фрейда, Е.Фрома, К.Хорні, К. Г.Юнга та ін.

Наукову категорію «психологічне здоров'я» ввела І. В. Дубровіна в 1991 р. Вона розуміє психологічне здоров'я як динамічну сукупність психічних властивостей, що забезпечують гармонію між різними сторонами особистості людини, а також між людиною та суспільством, можливість повноцінного функціонування людини в процесі життєдіяльності.

Здоров'я залежить від безлічі причин, що ґрунтуються на соціально-психологічних закономірностях. Визначальними факторами здоров'я є: спосіб життя, навколишнє середовище, генетичні та медичні фактори.

Таким чином, основними показниками психологічного здоров'я є: вміння приймати відповідальність за своє життя; розуміння та прийняття себе; вміння жити в теперішній час; осмислення індивідуального буття; здатність до розуміння і сприйняття іншої особистості. Критеріями психологічного здоров'я, згідно з концепцією А. Елліса, є такі: інтерес до самого себе; суспільний інтерес; самоврядування (самоконтроль); висока фрустраційна стійкість; гнучкість; прийняття невизначеності; орієнтація на творчі плани; «Наукове» мислення; прийняття самого себе; ризик; тривалий гедонізм; нон утопізм; відповідальність за свої емоційні порушення.

Психологічне здоров'я робить людину самодостатньою.

Сучасна наука ж розмежовує сфери психічного і психологічного здоров'я. Психологічне здоров'я ототожнюється з почуттям внутрішньої узгодженості із

власними діями, постійним діалогом із внутрішнім світом, автентичним існуванням. Психічне здоров'я ж розглядається як більш широке поняття. Це одна з інтегрованих характеристик особистості, яка пов'язана з її внутрішнім світом і забезпечує гармонічне включення в соціум орієнтацію на саморозвиток і самореалізацію.

Таким чином, узагальнення наукової літератури дозволяє нам стверджувати, що «психологічне здоров'я» стосується особистості в цілому, знаходиться в тісному взаємозв'язку з вищими проявами людського духу, а психічне здоров'я як стан повноцінної психічної діяльності людини, що забезпечує вміння пристосовуватись як до сприятливих так і несприятливих умов та впливів.

Підводячи підсумки, можна сказати, що з одного боку психологічне здоров'я безумовно пов'язане з психічним здоров'ям, оскільки останнє створює базу для здоров'я психологічного. З іншого ж боку, поняття «психологічного здоров'я» та «психічного здоров'я» слід розмежовувати, так як для кожного з них властивий свій зміст, критерії, умови і механізми їх формування.

Психологічне здоров'я розглядається як здорова, адекватна реальності система переконань особистості. Це така система переконань, яка дає змогу індивіду відчувати емоційний комфорт, морально ставитися до оточуючих, успішно адаптуватися до вимог зовнішнього світу.

Однак знаходження та виправлення не правильних переконань індивіда – це непроста проблема. Різними психологами пропонуються різні підходи до її вирішення. Так, З. Фрейд пропонує важкий, тривалий і не кожному доступний метод психоаналізу як спосіб досягнення психологічного здоров'я. Простіші та більш прийнятні способи зміни системи переконань у кращий бік пропонуються в гуманістичній психології. Так, А. Маслоу та К. Роджерс пропонують орієнтуватися на внутрішній голос, а В. Франкл – шукати сенс життя. Проте ці способи досягнення психологічного здоров'я неідеальні, допомагають не кожному і не завжди. Так, кожна людина з власного досвіду знає, що не завжди прислуховування та довіра до внутрішнього голосу приводить до позитивних результатів. Розуміння, знаходження сенсу життя можуть дати певне полегшення, але не гарантують

повного психологічного здоров’я. Крім того, людина може знайти сенс життя в чомусь неморальному, що може нашкодити іншим людям, тому пошук ефективних методів підтримання психологічного здоров’я залишається актуальним завданням для майбутніх психологічних досліджень.

Особливості емоційного реагування, визначаючи адаптивність поведінки та можливості справлятися з важкими життєвими ситуаціями, сприяють виконанню вікових завдань підлітком та розглядаються нами як суб'єктивний фактор психологічного здоров'я.

На психологічне здоров'я впливає безліч факторів: дружба, подружжя, позитивний душевний настрій, фізичне здоров'я, улюблена робота, зайнятість та дозвілля, рівень доходу, соціальний статус та освіта.

У найбільш загальному вигляді під соціально-психологічними факторами розуміють джерела формування культури поведінки особистості, латентні культурні, соціальні змінні, що детермінують психічний склад особистості соціумі на конкретному етапі його історичного розвитку.

Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє такі критерії психічного здоров'я: усвідомлення та почуття безперервності, сталості та ідентичності свого фізичного та психічного «Я». почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях.

Суб'єктивне визначається як таке, що належить суб'єкту і протистоїть об'єктивному. Суб'єктивне має свою природу, в основі якої лежить здатність до відтворення і перетворення об'єктів як матеріального, так і ідеального світу. "Багатство суб'єктивного світу людини, — зазначав Г.С. Костюк, її суб'єктивних властивостей та якостей визначається багатством її дійсних відношень до об'єктивного світу — природного та суспільного. Формуючись у процесі діяльності людей, психічні процеси та психічні властивості людини в ній і виявляються, об'єктивуються... У цій діяльності суб'єктивне стає об'єктивним, через неї воно і впливає на об'єктивну дійсність".

Важливо підкреслити думку Костюка про об'єктивний характер психологічних законів, що визначають становлення, виникнення і розвиток суб'єктивного.

Проблема суб'єктивного й об'єктивного в психології утримує свою актуальність не лише на теоретичному рівні. На рівні прикладних психологічних досліджень серед найважливіших сьогодні висувається проблема діагностики, корекції та розвитку високої суб'єктивної включеності людини в діяльність, а також вивчення крайніх форм суб'єктної включеності, що виникають під впливом стресогенних факторів, в умовах небезпеки (загострення відчуттів, інтуїції, уважності, пильності, кмітливості тощо).

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИБОРУ СТРАТЕГІЙ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1. Організація методик емпіричного дослідження та опис групи досліджуваних алкозалежних

Спочатку розглянемо, що таке емпіричне дослідження та які методи використовуються для його проведення. У нашому першому досліджені ми будемо використовувати один із методів емпіричного дослідження для аналізу діяльності реабілітаційних центрів, відібраних нами, результати якого будуть подані у вигляді таблиці, а в іншому дослідженні ми будемо використовувати тестування та анкетування, результати будуть подані у вигляді діаграм та описом результатів дослідження у відсотках.

За своєю структурою кожний емпіричний метод психологічної науки являє собою сукупність прийомів та операцій, спрямованих на вивчення реальних проявів тих чи інших психологічних явищ. Вибір методів залежить від конкретних умов, цілей і завдань дослідження.

Найпоширенішими з емпіричних методів є такі: спостереження; експеримент; опитування; тести; аналіз документів; вивчення продуктів діяльності; експертна оцінка. Розглянемо їх детальніше.[20]

Метод спостереження. Під спостереженням розуміють цілеспрямоване вивчення поведінки і діяльності особистості в природних ситуаціях, засноване на їх безпосередньому сприйманні.

Переваги методу спостереження: можливості наближення об’єкта до умов експериментальної ситуації.

Недоліки методу спостереження: суб’єктивність, спотворення, помилки в реєстрації ознак через емоції, низьку кваліфікацію, невірних установок спостерігача.

Типові помилки спостереження: Помилка першого враження – перше враження про індивіда визначає сприйняття і оцінку його подальшої поведінки. Спостереження незамінне у випадках, коли: необхідно досліджувати природну

поведінку без втручання ззовні в ситуацію, потрібно отримати цілісну картину того, що відбувається і відобразити поведінку індивідів у всій повноті.[21]

Спостереження вимагає чіткості й точності реєстрування його показників. Цього можна досягти, застосовуючи бланки (див. табл. 2.).

Таблиця 2.

Бланк для фіксації результатів спостереження

Дата спостереження	Умови, за яких проводилося спостереження	Що спостерігалося	Що виявлено в процесі спостереження	Пояснення даних спостереження

Спостереження використовується і разом з іншими методами вивчення психічних процесів та властивостей особистості.

Метод експерименту. Одним з основних методів наукового психологічного дослідження є експеримент. На відміну від спостереження, експеримент передбачає активний вплив дослідника на досліджувані психічні явища через окремі керовані і контрольовані дослідником чинники.

Експеримент — це дослідницька діяльність, метою якої є вивчення причинно-наслідкових зв'язків, що передбачає виконання таких умов: 1) дослідник сам стимулює виникнення та вияв досліджуваного явища; 2) дослідник може варіювати, змінювати умови, за яких проходить явище; 3) є можливість неодноразово відтворювати результати; 4) експеримент дає змогу встановлювати кількісні закономірності, які допускають математичне формулювання.

Головне завдання психологічного експерименту полягає в тому, щоб зробити доступними для об'єктивного зовнішнього вивчення істотні особливості внутрішнього психічного процесу.

Експеримент як метод психологічного дослідження має чотири етапи:

1. Теоретичний етап дослідження (постановка проблеми). Визначаються проблема і тема дослідження; обираються об'єкт і предмет дослідження, а також формулюються експериментальні завдання і гіпотеза дослідження.

2. Методичний етап дослідження. Здійснюється розробка методики експерименту і експериментального плану. Методика експерименту повинна відтворювати предмет дослідження у вигляді змінних експериментальної ситуації. В експерименті виокремлюють два різновиди змінних: незалежні і залежні.

Розробка експериментального плану передбачає складання програми експерименту (робочий план і процедура), а також математичне планування обробки експериментальних даних.

3. Експериментальний етап. Здійснюється безпосереднє створення експериментальної ситуації, спостереження, керування ходом експерименту та вимірювання реакцій досліджуваних. Експериментальна ситуація визначається умовами досліду (навколишнє фізичне та соціальне середовище); тест-об'єктами (вербальними і предметними подразниками); інструкцією (установкою на діяльність); індивідуальними особливостями експериментатора і досліджуваних, а також відповідями — реакціями останніх.

4. Аналітичний етап. Здійснюється кількісний аналіз результатів (математична обробка), наукова інтерпретація фактів, формулювання нових наукових гіпотез і практичних рекомендацій.

Важливою перевагою методу експерименту є можливість повтору з метою накопичення кількісних даних про типовість явища, що досліджується. Водночас умови експерименту можуть призвести до порушення природного плину діяльності людини, внаслідок чого можливі помилкові висновки.

Метод опитування. Опитування - надзвичайно поширений прийом психологічних досліджень. Це метод збору первинної інформації, який ґрунтується на безпосередній (бесіда, інтерв'ю) чи опосередкованій (анкета) психологічній взаємодії дослідника та опитуваного (респондента).

Метод опитування - універсальний. Він дає змогу дослідникові за короткий проміжок часу одержати велику кількість інформації. Перевагою цього методу є також легкість застосування й обробки даних.

Сфера застосування опитування в психологічних дослідженнях досить широка.

Метод базується на пропонуванні учаснику дослідження серії запитань, відповідаючи на які він надає досліднику деяку інформацію про себе. Опитування проводиться як в усній (бесіда), так і письмовій формі (анкета). Розрізняють два види запитань: закриті і відкриті. У першому випадку опитуваний вибирає відповідь на запитання з кількох запропонованих, у другому він сам формулює відповідь у довільній формі.

Метод бесіди. Бесіда - метод отримання інформації про індивідуально-психологічні особливості в процесі безпосередньої вербальної (усної) комунікації за спеціальною програмою. Можливість вести спостереження за співбесідником під час особистого спілкування дозволяє досліднику при необхідності змінювати напрям розмови на підставі спостережуваних жестів, міміки, інтонації співбесідника, робити висновки щодо його особистого ставлення до фактів, про які він повідомляє. Неприпустимо, щоб бесіда перетворилася на розпитування чи допит.

Метод бесіди відіграє допоміжну роль, оскільки всю інформацію дає сам опитуваний. Тому бесіду як метод дослідження треба використовувати на початковому етапі для підготовки людини до участі в експерименті.

Одним з різновидів бесіди є інтерв'ю - одержання вихідного матеріалу для наукового дослідження шляхом безпосередньої цілеспрямованої бесіди дослідника з випробуваним. У разі проведення інтерв'ю двобічний зв'язок є обмеженим, оскільки дослідник лише фіксує відповідні відповіді випробуваного, зберігаючи нейтральну позицію.

Метод анкети. Анкета - методичний засіб для отримання соціально-психологічної інформації на основі письмового самозвіту випробуваного. Анкета являє собою набір запитань, кожне з яких логічно пов'язане з центральним завданням дослідження.

Для вивчення й оцінки окремих рис і проявів особистості розроблена велика кількість опитувальних листів, які включають питання щодо переживань, стану, реакцій тощо, з якими випробуваний має погодитися чи ні. За допомогою

опитувальних листів можна отримати від випробуваного різнобічну інформацію - від особливостей його психофізіологічного стану до переконань та ідеалів.

Метод тестів. Тестування спрямоване на вимірювання вже відомих психологічних особливостей випробуваних за допомогою стандартизованих завдань (тестів). Найбільш відомими в психології є три види тестів: тести досягнень; тести здібностей; проективні тести.

Тести досягнень являють собою методики психологічної діагностики, які мають на меті вияв ступеня оволодіння певними уміннями, навичками і знаннями. Використовують їх у професійному доборі. Наприклад, тести «Перевірте, який ви керівник», «Чи вмієте ви проводити ділове обговорення?» тощо.

Тести здібностей дозволяють визначити рівень розумового потенціалу, творчих здібностей, а також рівень готовності до розв'язання певних типів навчальних та професійних завдань.

Проективні тести - це методики цілісного вивчення особистості**.** Назва їх пов'язана з використанням у них процесу проеціювання, коли випробуваний свідомо чи підсвідомо переносить свої установки, емоційні стани чи особистісні якості на запропоновані до розв'язання завдання чи ситуації. Виконуючи такі завдання, він допомагає скласти уявлення про свою індивідуальність. До найбільш застосовуваних проективних методів належать тести Рошарха і Люшера, тематичний операційний тест тощо.

Крім названих існують і так звані групові тести для вимірювання групових психічних процесів - психологічного клімату групи, рівня її згуртованості, взаємовідносин між членами групи тощо. Найпоширенішою серед групових тестів є соціометрична процедура, призначена для визначення структури емоційних зв'язків між членами групи, тобто взаємних симпатій і антипатій.

Головними критеріями якості тесту є надійність і валідність. Надійність тесту розглядають як стабільність його результатів при повторному тестуванні. Крім того, дуже важливо, щоб тест дозволяв визначати з високою точністю саме ту якість, котра цікавить дослідника. Це умова валідності. Чим вища валідність тесту, тим точніше він вимірює ту рису, для визначення якої був розроблений.

Процедура тестування включає декілька етапів. На першому дослідник вибирає тести. Другий етап - безпосередньо тестування одного чи групи учасників. Третій етап - інтерпретація результатів, висновки. Ефективність тестування значною мірою залежить від досвіду і кваліфікації дослідника.

Метод аналізу документів. Під документом у психології розуміють будь-яку інформацію, зафіксовану у вигляді рукописного або друкованого тексту, фотографії, відео- або магнітних записів. Інакше кажучи, аналіз документів є методом збирання фактів про учасника дослідження, що матеріалізовані у тій чи іншій формі.

Щодо конкретної людини розрізняють документи особові і безособові. Особові документи - це карти індивідуального обліку, що завірені підписом особи, щоденники, листи, заяви тощо. До безособових належать статистичні дані, протоколи зборів, повідомлення в пресі. Метод аналізу документів потребує перевірки їх справжності. Цей метод успішно застосовують при формуванні гіпотези дослідження й визначенні загальних напрямів вивчення особистості. Він має допоміжний характер, оскільки документи відображають тільки результати діяльності людини, а не сам процес.

Метод вивчення продуктів діяльності. Метод вивчення продуктів діяльності являє собою систему дослідницьких процедур, спрямованих на збір, систематизацію, аналіз та тлумачення результатів попередньої психічної діяльності людини: трудової, учбової, ігрової.

В продуктах діяльності людини відображається її ставлення до самої діяльності, до оточуючих, до навколишнього світу, а також рівень розвитку її розумових, сенсорних та моторних навичок. Отже, при аналізі продуктів діяльності їх характеристика є необхідною для відтворення процесу створення готового продукту.

Цінністю цього методу є наявність у дослідника зафіксованих матеріально результатів психічної діяльності людини. Проте, метод вивчення продуктів діяльності частіше використовують як допоміжний, оскільки він не дозволяє дослідити багатогранність психічної діяльності, що призвела до створення продукту.

Метод експертної оцінки. Даний метод дає об’єктивну характеристику про якісні і кількісні сторони об’єкта прогнозування на основі обробки та аналізу сукупності індивідуальних думок експертів. Якість експертної оцінки, її надійність і обґрунтованість у вирішальній мірі залежать від виробленої методики та обробки індивідуальних експертних значень, яка включає наступні етапи: вибір складу експертів і оцінку їх компетентності; складання анкет для опитування експертів; отримання експертних висновків; оцінку узгодженості думок експертів; оцінку достовірності результатів. Експертну оцінку проводять спеціальні центри експертизи, наукові інформаційно-аналітичні центри, лабораторії експертів, експертні групи і окремі експерти.

Для обробки експертних висновків застосовується метод «Дельфі». Він дозволяє виявити переважаючі судження опитуваних по обраному колу проблем. Він особливо застосовується при складанні короткострокових прогнозів, пророкуванні локальних подій, тобто і порівняно простих випадках. Метод «Дельфі» передбачає складну процедуру отримання та математичної обробки відповідей. На її основі вчені висувають прогнози на десятки років вперед, що стосуються науково-технічного і соціального прогресу, військово-політичних і деяких інших проблем.

Прогнози, одержувані за допомогою методу «Дельфі», будуються на дослідженні і об’єктивному знанні об’єкта з урахуванням суб’єктивних поглядів і думок опитуваних щодо цього майбутнього. При цьому велику роль відіграє інтуїція, яка може підказати правильне рішення, оскільки вона ґрунтується на великому досвіді експерта. Безумовно, в таких випадках прогнози іноді виявляються помилковими.

Перевагою цього метода є: анонімність експертів (учасники експертної оцінки не знайомі один з одним); використання результатів попереднього туру опитування (із анкет вибирається необхідна інформація); статистичний характер групової відповіді (відображення точки зору більшості).

Основний недолік методу: вплив думки більшості на експертів, які дали крайні оцінки, у наступних за першим туром ітераціях.

Перевагою експертних методів є їх відносна простота для прогнозування практично будь-яких ситуацій, у тому числі в умовах неповної інформації.

До недоліків експертних методів належать: суб'єктивність думок експертів та обмеженість їхніх суджень.

Опис групи досліджуваних.

Проведемо два дослідження: перше, емпіричне дослідження на прикладі державного Центру амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для залежних від алкоголю «СЕНС» та двох приватних реабілітаційних центрів, таких як: Реабілітаційний центр для залежних "Rehab", що надає психологічну допомогу людям, які зіткнулися з алкогольною, наркотичною, харчовою та ігровою залежностями, а також допомога в лікуванні психічних розладів. Наркологічний центр "Мед-Захід" – це місце, де люди не просто позбавляються від психологічної або фізичної залежності, а знаходять шанс почати нове повноцінне життя.

Вивчимо та проаналізуємо інформацію про їх діяльність, порівняємо методи роботи по відновленню психологічного здоров'я методами групової психотерапії, вивчимо відгуки в «минулому» залежних людей, які скористалися їх послугами у відновленні психологічного здоров'я.

Друге дослідження буде проведено в місті Обухів, Київської області на базі приватного наркологічного кабінету, в якому лікар проводить комплексну терапію психічний відхилень, неврозів, депресій. Допомагає позбутися тютюнової, алкогольної та інших видів залежності. Використовує у своїй роботі спектр сучасних методик подолання потягу до нікотину, алкоголю. Головна вимога проведення – анонімність.

Вибірка склала: 11 осіб, 6 чоловіків та 5 жінок, які на цей момент проходять лікування та 9 осіб, 3 жінки та 6 чоловіків, які вже не вживали алкоголь та були на останніх кроках у позбавленні алкогольної залежності. Всього 20 осіб.

Дослідження буде проводитися з 1 жовтня по 1 листопада 2023 року.

Першим розглянемо державний 1. Центр амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для залежних від алкоголю «СЕНС», який функціонує у межах структури соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді міста Києва. Їх

програма реабілітації була розроблена ініціативною групою фахівців (психологів і соціальних працівників) Дніпровського районного в місті Києві Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у межах служби соціально-профілактичної роботи. Цей центр реабілітації для людей з алкогольною залежністю був створений в 2006 р. і успішно працює в даний час.

Спочатку основою реабілітаційної програми центру була психотерапевтична інтерпретація програми «12 Кроків» Анонімних Алкоголіків, адаптована до реальної роботи фахівцями соціальної служби під керівництвом медичного психолога, фахівця з адиктивної поведінки Іванова В.О.

З часом, незадоволення ефективністю TSF-підходу (орієнтованого на використання «12 Кроків») в актуальних соціальних реаліях привело до розробки сучаснішого підходу, пристосованого для реалізації в сьогоднішньому українському суспільстві. Підсумком такої роботи стало створення нової програми реабілітації для алкозалежних, що гармонійно інтегрує в собі як зарубіжний і вітчизняний досвід соціально-психологічної терапії залежностей, так і новаторські, перевірені на практиці авторські розробки в цій області.

Алкогольна залежність розглядається, передусім, як порушення у психологічній сфері функціонування людини та в системі взаємовідносин з оточенням і світом. Відповідно, при такому погляді на залежність основний акцент робиться на методах соціально-психологічної терапії. Саме на соціально-психологічному підході ґрунтується програма реабілітації людей з алкогольною залежністю.

Перевага групової терапії в роботі із залежними людьми доведена багаторічним світовим досвідом роботи із залежностями. Одним з перших, хто застосував цілющий ефект групи до вирішення проблеми алкогольної залежності, було співтовариство Анонімних Алкоголіків. Пізніше була доведена ефективність професійної групової роботи із залежними.

Одним з таких чинників є групова згуртованість. На початкових стадіях одужання група залежних має тенденцію до об'єднання через «залежні» або «патологічні» частини особистості, що призводить до групового саботажу

видужання. Тому не має сенсу проводити посилену роботу над об'єднанням групи, а в деяких випадках навіть варто робити інтервенції на зменшення групової згуртованості, свідомо поділяючи групу на два угрупування: тих, що «активно видужують» і таких, що «чинять опір одужанню».

Інтервенції на групову згуртованість робляться на другому етапі реабілітації, коли з'являється можливість згуртувати групу, опираючись на нормативні, «здорові» частини особистості.

Наступний чинник, з впливом якого треба бути обережним, – це прояв клієнтами альтруїзму. Для алкозалежних людей характерним є розвиток спів залежних патернів поведінки, одним з яких є патологічне зневажання власними проблемами заради вирішення чужих проблем. Тому важливим у видужанні залежних людей є розвиток навичок взяття відповідальності за своє видужання і прояв «здорового егоїзму».

Також слід бути уважним при груповій роботі з чинником зворотного зв'язку. Люди, що страждають залежністю, мають тенденцію давати досить деструктивний зворотний зв'язок як за формою, так і за змістом. Тому терапевтові слід обмежувати деструктивний зворотний зв'язок, заохочувати конструктивний, проводити інтервенції щодо навчання конструктивним формам зворотного зв'язку, давати власний зворотний зв'язок (який в деяких випадках може протистояти думці усієї групи).

Досвід роботи показує, що найбільш прийнятним при розподілі активності між терапевтом і усією іншою групою являється відношення 50:50. Це зближує такий стиль роботи із стилем раціонально-емотивної поведінкової терапії.

Психотерапевтичними заходами, спрямованими на досягнення цілей реабілітації, є:

Дискусійна (власне терапевтична) група. На цій групі реабілітанти можуть обговорити свої життєві питання, які їх турбують, отримати зворотний зв'язок від інших членів групи і від ведучого. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Група сімейної терапії – дискусійна група, на якій присутні самі реабілітанти та їх родичі, і де є можливість опрацювати сімейні проблеми. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Збори Терапевтичного Співтовариства (ЗТС) – заняття, присвячене тижневому аналізу протікання реабілітаційного процесу і ставленню до нього кожного з реабілітантів, а також обговоренню загальних і конфліктних питань реабілітаційного процесу.

Група профілактики зриву – заняття з відстеження та ліквідації симптомів, що ведуть до рецидиву. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Тренінг комунікативних навичок – заняття спрямоване на виявлення деструктивних навичок спілкування і вироблення конструктивних.

Фільмотерапія – перегляд тематичних фільмів з їх подальшим груповим обговоренням.

Збори групи АА - двічі на тиждень реабілітанти центру відвідують групу АА «Лівобережна», з якою центр тісно співпрацює.

2. Реабілітаційний центр для залежних “Rehab”.

Реабілітаційні заходи, що проводяться в стаціонарі центру психологічної допомоги «Rehab», спрямовані на роботу з психоемоційним станом конкретного пацієнта (обліком його індивідуальних психологічних та фізіологічних особливостей). Реабілітація проводиться з пацієнтами, які вже пройшли діагностичні лікувально-відновлювальні медикаментозні процедури.

Комплексна психотерапія, яка включає:

Арт-терапію – допомагає виявити внутрішній конфлікт, подолати опір до одужання, шляхом роботи з почуттями за допомогою творчості та метафоричних асоціацій;

Гештальт-терапія – подолання та використання опорів собі на користь, формування свого майбутнього, вміння перебувати «тут і зараз» та шукати ресурси зараз.

Когнітивно-поведінкова терапія – робота спрямована на розумову сферу, з метою виявлення помилок поведінки, відновлення причинно-наслідкового зв'язку та набуття навички аналізу своїх дій;

Психоаналіз – робота з несвідомим, за допомогою методу асоціацій, опрацювання сновидінь та опрацювання глибинних психотравм;

Сімейна психотерапія – робота спеціалістів із сімейною системою, шляхом групових занять для близьких та спільних сімейних сесій із спеціалістом.

3. Наркологічний центр "Мед-Захід" – це місце, де люди не просто позбавляються від психологічної або фізичної залежності (наркотичної), а знаходять шанс почати нове повноцінне життя. Відзначимо відразу, що пропонує клініка лікування алкоголізму, наркоманії, ігроманії та інших залежностей виключно перевіреними, сучасними і, безумовно, ефективними методами.

Основні методики програми: «Терапевтичні спільноти», «12 кроків», «Психотерапії», «Групи самодопомоги», «Тренінгові навчальні програми», «Дейтоп», «Кінезіотерапія», «Арт-терапія».

Невід'ємною частиною програми є робота з родичами залежних людей (співзалежними): Щотижневі «групи взаємодопомоги»; Щомісячні «семінари з співзалежності»; «Сімейні психотерапії»

Розглянемо детальніше, що таке «Кінезітерапія».

Кінезіотерапія – це сучасний метод лікування опорно-рухового апарату, який відноситься до напрямів лікувальної фізкультури. За допомогою фізичних вправ у рамках кінезотерапії відновлюється рухова активність людини, тіло стає гнучким та рухомим, зменшуються болі у м'язах та суглобах.

Кінезітерапія застосовується у клініках та центрах реабілітації для покращення стану пацієнта та заснована на принципах, які при послідовному виконанні призводять до позитивного результату. Індивідуальний підхід. Програму лікування розробляють для кожного пацієнта, враховуючи його стан, вік, фізичну активність та особливості захворювання.

Кінезотерапія проводиться під наглядом кваліфікованого спеціаліста, який стежить за правильністю виконання вправ. Він контролює навантаження і допомагає запобігти можливим ускладненням або пошкодженням.

Кожен центр кінезітерапії повинен мати сертифікати та ліцензії для проведення відновної практики, що є гарантією ефективності та довіри до фахівців з боку пацієнта. Кінезітерапія — поширена послуга, здатна покращити функціональність тіла та психологічний стан пацієнта.

Поліпшення психологічного благополуччя. Фізична активність сприяє виробленню ендорфінів – гормонів щастя та благополуччя, що допомагає знизити стрес, тривогу та депресію.

Кінезіотерапія використовується в комплексній психотерапії для підтримки психологічного благополуччя та емоційного стану пацієнта:

- Управління стресом та тривогою. Фізична активність та рухові вправи знижують рівень стресу, покращують настрій, збільшують вироблення ендорфінів, природних антидепресантів організму.
- Вираз та звільнення емоцій. Практика дає пацієнтам можливість висловити та звільнити емоції через рух та фізичну активність. Динамічні рухи і танці допомагають пацієнтам розслабити емоційну напругу, що накопичилася.
- Розвиток тілесної самосвідомості. Хороший реабілітаційний центр кінезіотерапії може допомогти розвитку зв’язку між тілом та психічним станом. Пацієнти стають уважними до фізичних відчуттів, енергетичних потоків та тілесних реакцій на певні емоції чи травми.

2.2. Методи та методики проведеного емпіричного дослідження позитивних змін відновлення психологічного здоров'я залежних осіб

Спочатку розглянемо, що таке групова психотерапія та її методи.

Групова психотерапія - психотерапевтичний метод, який цілеспрямовано використовує групову динаміку в лікувальних цілях. Групова динаміка - сукупність взаємовідносин і взаємодій, що виникають між членами групи, включаючи групового психотерапевта. Група виступає моделлю реального світу, де її учасники

проявляють ті ж емоційні реакції, моделі поведінки, конфлікти, відносини, установки, що і в житті.

Попередником групової психотерапії можна вважати Фрідріха Антона Месмера (нім. Friedrich Anton Mesmer; Франц Месмер; народився 23 травня 1734- помер 5 березня 1815) Фрідріх Антон Месмер - народився в Швабії, єврейський австрійський лікар, творець вчення про «тваринний магнетизм» («месмеризм »).

Під впливом цих ідей Месмер розробив психотерапевтичний прийом лікування, який був названий ним «Бакеу» (від фр. Baque - чан). Суть його в тому, що кілька пацієнтів розташовується навколо дерев'яного чана з водою, в кришку якого через спеціальні отвори вставлені намагнічені залізні стрижні. В умовах групового сеансу пацієнти торкалися до них і один до одного, створюючи ланцюг, за якою «циркулював флюїд». Магнетизер при цьому повинен був торкнутися чана, передаючи через нього цілющу енергію всім пацієнтам одночасно. Він ввів термін «раппорт», що означає фізичний контакт, завдяки якому відбувалася передача «флюїду». Вважається, що одним з механізмів, завдяки якому Месмер все ж добивався успіху в лікуванні своїх пацієнтів, якраз і полягав в ефекті їх групової взаємодії.

Наукові дослідження впливу групи на людину почалися в рамках соціальної психології з 1895 р.. коли французький соціальний психолог Густав Лебон ввів поняття «групової свідомості». У ті часи досліджувалися великі групи людей і психологія натовпу. Люди, стаючи частиною натовпу, починають відчувати на собі її гіпнотичний вплив: їх поведінка під вплив групової свідомості стає ірраціональним, інстинктивним, некерованим, непередбачуваним і агресивним. У натовпі розум, контроль, воля і людські функції слабшають, поведінка стає несвідомим, регресує, примітивним, нецивілізованим, жорстоким і варварським.

Г. Лебон пов'язував ці явища з трьома факторами: у групі люди починають відчувати свою силу і непереможність, у групі відбувається ефект емоційного зараження, в групі людина стає особливо вселяється.

Англійський психолог Вільям Мак - Дугалл в 1920 р. опублікував роботу «Групова свідомість», в якій прийшов до тих самих висновків, що і Г. Лебон, що в

групі людина виявляє крайню збудливість, імпульсивність, грубі пристрасті, відсутність відповідальності та самоповаги. Але разом з тим, вказав на позитивні моменти групового впливу: групу можна організувати (організація групи може служити противагою деградації), для цього вона повинна мати ясні спільні цілі і завдання.

У 1935 р. в США Вільямом Вільсоном (біржовий маклер, сам колишній алкоголік) організовано рух «Анонімних алкоголіків». В даний час існують суспільства анонімних наркоманів, гравців, боржників, самогубців, ненажер, жертв насильства, жертв інцесту і пр. У 1949 р. Ендрю Солтер заклав основи поведінкової групової психотерапії в форматі тренінгів умінь. У 50-ті р. Арнольд Лазарус і Ганс Айзенк ввели термін «поведінкова психотерапія». У 1984 р. психолог М. Форверг розробив СПТ - рольові ігри з моментами драматизації, виступаючі імітацією проблемних ситуацій ділового спілкування.

Групова психотерапія була запроваджена в практику психологічної допомоги у 1932 році Дж. Морено, а через 10 років вже існували журнал з групової психотерапії та професійна організація групових психотерапевтів.

Найпершим методом групової психотерапії була психодрама.

“Психодрама – метод, що розкриває істину душі в дії”

Якоб Леви Морено.

“Діяти важливіше, ніж говорити”

Якоб Леви Морено.

Методи психодрами, соціометрії й групової психотерапії були розроблені та описані в 20-30 роках XX століття австрійсько-американським психологом і психіатром Якобом (Джекобом) Леви Морено й за час існування поширилися в більшості країн Америки та Європи. З початку 90-х років XX століття психодрама активно розвивається в країнах Східної Європи, а із середини 90-х років в Україні.

Психодрама (психо + драма (дія); синонім – спонтанний театр) – метод групової психотерапії, що полягає в розігруванні учасниками сцен з їхнього життя, у яких відтворюються конфліктні ситуації й створюється можливість вільно відреагувати на них.

Психодрама – один з найефективніших методів групової психотерапії, що базується на театралізації, рольовій грі, драматичному самовираженні особистості, ігровому драматизованому моделюванні власного життя. За допомогою цього методу можна домогтися особистісного росту, перебороти життєву кризу, засвоювати основні ролі людини, скоригувати життєвий сценарій, знайти вихід з конфлікту, зменшити симптоми й важкі переживання, а також досягти рішення численних життєвих проблем. Психодрама може виявитися дуже корисною тим, хто страждає від низької самооцінки, зазнає труднощів у взаєминах з людьми, не може пережити біль втрати або перебороти наслідки психічної травми.

Робота в психодраматичній групі допоможе розв'язати конфлікт із близькими, або зняти важкі переживання, викликані ним, перебороти образу або почуття провини.

Робота в психодраматичній групі ґрунтується як на реальності, так і на уявлюваних ситуаціях. Можливе занурення в минуле й подорож у майбутнє, моделювання мрій й дослідження сновидінь.

Встановлення довірливої атмосфери, інтенсивне використання невербальних комунікацій відкривають можливість спонтанного самовираження особистості в групі. За допомогою різних технічних прийомів, таких як зміна ролей, дублювання, "порожній стілець", дзеркало й т.д., конфлікти особистості й суспільства не тільки й не стільки обговорюються в групових дискусіях, але й розігруються на сцені з врахуванням різних рольових позицій. На сцену виноситься пережите в минулому, очікування в майбутньому, насичені конфліктним змістом фантазії, мрії, сни, ідеї. Ці дії сприяють усвідомленню й подоланню (переживанню) конфлікту.

Пол Холмс відзначає, що "психодрама – це форма групової психотерапії, яка не допускає пасивного спостереження. Емоційна енергія, креативність і чесність драми здатні втягнути в неї кожного, хто стежить за її розвитком".

Отже, психодрама може допомогти: - пережити зовні драму внутрішнього світу; - опанувати своє минуле і "попрощатися з ним"; - повірити в себе, у свої сили й можливість змін; - знайти оптимальні способи поведінки у важких життєвих ситуаціях; - освоїти нові ролі й моделі поведінки. Вона дозволяє моделювати в

спеціально створених умовах групової роботи реальні життєві ситуації, шукати й знаходити оптимальні способи поведінки в них, освоювати нові соціальні ролі.

Важливе значення в психодрамі надається емоційному відреагуванню життєвого досвіду в процесі рольової взаємодії. Таке відреагування Я. Морено, слідом за Арістотелем, називав катарсисом, тобто очищенням. Але, на відміну від Арістотеля, для Я. Морено катарсис є відреагуванням не лише через сум і страх, але й через силу, що очищає, через гумор і сміх. Члени групи під час драматичної імпровізації як би відстороняються від власних переживань із приводу реальних подій і отримують можливість побачити своє життя очима інших людей.

Я. Морено говорив: “Спочатку має місце відтворення, слідом за ним приходить час перенавчання”.

В 1932 р. Я. Морено пропонує ввести розроблені ним методи в роботу з пацієнтами психіатричних клінік, з ув’язненими, вихованцями виправних колоній. Першим центром психодрами став приватний психіатричний санаторій у Біконі (штат Нью-Йорку), що належав Я. Морено, де в 1936 р. був уперше створений психо-драматичний театр і де Я. Морено працював головним лікарем більше 30 років. Пізніше театри психодрами стали з’являтися в різних клініках США, а потім і Європи.

Значну роль у популяризації психодрами відіграли інститути соціометрії й психодрами, які створювалися в США за активної участі Я.Морено з 1940-х років. В 1941 р. почало діяти створене Я.Морено Американське товариство групової психотерапії й психодрами. В 1951 р. Я.Морено став професором Нью-Йоркського університету, а в 1958 р. – президентом Міжнародного центру групової психотерапії, соціометрії й психодрами (Бікон), які здійснили вплив на світовий психодраматичний рух. Серед подібних організацій відомий створений у Німеччині Європейський інститут психодрами, який займається пропагандою методів Я. Морено в країнах головним чином Центральної й Східної Європи, у тому числі й в Україні.

У наш час створена Я. Морено психодрама широко використовується з метою особистісного розвитку, психокорекції у психології, педагогіці, медицині.

Соціометрія є основою групової терапії і психодрами, в ній діагностика спрямована не на фіксацію, а на зміну міжособистісних стосунків. Вона зорієнтована на радикальну зміну особистостей, які діють на сцені життя і соціодрами, на зміну соціуму, на вихід далеко за межі пояснення і розуміння, передбачаючи, що справжня інтерпретація того, що відбувається, розкривається через дію (драму).

Величезне значення Я. Морено надавав рольовому розвитку. Він писав, що поява ролі є первинною стосовно "Я", підкреслюючи тим самим невід'ємне значення ролей у розвитку особистості.

Теорія й практика психодрами вплинули на багато інших видів групової психотерапії. Метод психодрами й психодраматична теорія особистості отримали подальший розвиток у роботах Зерки Морено, Грете Лейтц, Дэвіда Кіппера та інших.

Розглянемо ще один метод групової психотерапії як Т-групи (К. Левін).

Т-група (від англ. training - group - тренінг - група) - форма психотерапії, орієнтована на відпрацьовування чутливості стосовно своїх мотивів і емоцій, до мотивів інших людей, до подій соціальної взаємодії, до групової динаміки.

Основним психотерапевтичним прийомом виступає груповий аналіз, що виробляється учасниками (10-15 чоловік), які один з одним не знайомі. Теми для обговорення вибираються довільно, головним є ретельний аналіз власної поведінки й поведінки інших учасників групи й вільне обговорення їх.

Вважається, що перші тренінгові групи, спрямовані на підвищення компетентності в спілкуванні, були проведені учнями К. Левіна в Бетелі (США) і одержали назву Т-груп. У їхній основі лежала наступна ідея: більшість людей живуть і працюють у групах, але найчастіше вони не віддають собі звіту в тім, як вони в них беруть участь, якими їх бачать інші люди, які реакції, які викликає їхнє поводження в інших людей. Левін стверджував, що більшість ефективних змін в установках і поведінці людей відбувається в груповому, а не в індивідуальному контексті, тому, щоб виявити й змінити свої установки, виробити нові форми

поведінки, людина повинна перебороти свою автентичність і навчитися бачити себе так, як її бачать інші.

Успішна робота учнів К. Левіна в майстерні міжгрупових відносин привела до створення в США Національної лабораторії тренінгу. У цій лабораторії була створена група тренінгу базових умінь. Згодом результати її роботи враховувалися в практиці Т-груп. У Т-групах навчали управлінський персонал, менеджерів, політичних лідерів ефективній міжособистісній взаємодії, умінню керувати, дозволяти конфлікти в організаціях, зміцнювати групову згуртованість. Деякі Т-групи були орієнтовані на з'ясування життєвих цінностей людини, посилення почуття його самоідентичності. Вони виникли в 1954 р. і одержали назву груп сензитивності.

В 60- і рр. виникає рух тренінгу соціальних і життєвих умінь (social/life skills training), що застосовувався для професійної підготовки вчителів, консультантів, менеджерів з метою психологічної підтримки й розвитку.

У тренінгу життєвих умінь використовувалися три основні моделі, що визначають своєрідність підходу до учасників тренінгу.

1. Перша модель опирається на сім категорій життєвих умінь: рішення проблем, спілкування, наполегливості, упевненості в собі, критичності мислення, уміння самоврядування й розвитку Я- Концепції.

2. Друга модель класифікує життєві вміння, що є метою тренінгу, на чотири категорії: міжособистісне спілкування, підтримка здоров'я, розвиток ідентичності, рішення проблем і прийняття рішень.

3. Третя модель включає тренінг емоційного самоконтролю, міжособистісних відносин, саморозуміння, фінансового самозахисту, самопідтримки й концептуалізації досвіду.

В 70- і рр. у Лейпцігському і Йєнському університетах під керівництвом М. Форверга був розроблений **метод, названий соціально-психологічним тренінгом**. Засобами тренінгу виступали рольові ігри з елементами драматизації, створюючі умови для формування ефективних комунікативних навичок.

Практичною областю додатка розроблених М. Форвергом методів стала соціально-психологічна підготовка керівників промислового виробництва.

Соціально-психологічний тренінг одержав широке поширення й у вітчизняній практиці. Перша в країні мононографія, присвячена теоретичному й методичному аспектам соціально-психологічного тренінгу, була опублікована Л.А. Петровською в 1982 р.

Сьогодні цей метод активно використовується в роботі з дітьми, батьками, професіоналами соціономічної (робота з людьми) групи, керівниками підприємств і організацій.

Основна мета соціально-психологічного тренінгу - підвищення компетентності в спілкуванні - може бути конкретизована в ряді завдань із різним формулюванням, але обов'язково пов'язаних із придбанням знань, формуванням умінь, навичок, розвитком установок, що визначають поведінку в спілкуванні, корекцією й розвитком системи відносин особистості, оскільки особистісна своєрідність є тим тлом, що офарблює в різні кольори дії людини, всі її вербальні й невербальні прояви.

Об'єктами діагностики є: змістовний план роботи; рівень розвитку й згуртованості групи, характер відносин, що складаються між її учасниками; стан кожного учасника групи, його відношення до себе, до інших, до тренінгу.

Ефективність тренінгу багато в чому залежить від того, наскільки більшим арсеналом засобів він володіє для досягнення тієї або іншої мети. Перший крок у рішенні завдання вибору засобів - це вибір методичного прийому. До найбільш часто застосовуваного ставляться: групові дискусії, рольові ігри, психодрама і її модифікації, психогімнастика.

Тренінгові групи (Т-групи) пронизують, по суті, всі типи групового навчання. У відомому змісті Т-група - це душу всієї системи активної соціально-психологічної підготовки в США.

Розглянемо також, що таке **Арт-терапія —** це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості**.** Вперше цей термін був використаний Андріаном Хілом у 1938 р. при описі своєї роботи з хворими на

туберкульоз та незабаром отримав широке поширення. У вузькому сенсі слова під арт-терапією зазвичай мається на увазі терапія образотворчим мистецтвом з метою впливу на психоемоційний стан людини.

Поступово, протягом XX століття, арт-терапія стає невід'ємною частиною соціальних заходів профілактичного й реабілітаційного характеру, медичної, психотерапевтичної та педагогічної практики.

Арт-терапія надає можливість особистості виразити себе «іншими голосами»: рухами, кольором, формою, пластикою, глиною, ландшафтом.

Арт-терапія (лат. ars — мистецтво, грец. Therapeia — лікування) це психологічна корекція за допомогою художньої творчості, вважається одним з найбільш м'яких, але ефективних методів, що використовуються в роботі психологами і психотерапевтами.

Дуже важливо відзначити, що дана методика не має протипоказань і обмежень. Вона застосовується майже всіма напрямками психотерапії. Арт-терапія будь-якій людині дає можливість виразити свій внутрішній світ через творчість.

Якщо говорити про класичну Арт-терапії, то вона включає в себе тільки візуальні види творчості, такі, як: живопис, графіка, фотографія, малювання та ліплення. Але сучасна Арт-терапія налічує більше видів методик. До неї відносять також бібліотерапію, маскотерапію, казкотерапія, орігамі, драматерапія, музикотерапію , кольоротерапія , відеотерапію, пісочну терапію, ігротерапію і т.д.

Був розроблений і комплексний метод — арт-сінтезтерапія. Він заснований на використанні поєднання живопису, віршування, драматургії і театру, риторики і пластики. Причому, кількість методик весь час збільшується.

Техніки Арт-терапії застосовуються при досить широкому спектрі проблем. Це можуть бути психологічні травми, втрати, кризові стани, внутрішньо-і міжособистісні конфлікти, після стресовий стан, невротичні та психосоматичні розлади, екзистенційні та вікові кризи. Потрібно відзначити високу ефективність Арт-терапії, як при роботі з дорослими, так і при роботі з підлітками та дітьми.

Арт-терапія застосовується в індивідуальній та груповій психотерапії, в різних тренінгах. Вона також може служити доповненням до інших методів і

напрямів психотерапії, системам оздоровлення, освіти і виховання. Важливо, що для занять Арт-терапією не потрібно спеціальної підготовки.

У Сполучених Штатах однією з перших почала займатися терапією мистецтвом Маргарет Наумбург. Вона обстежувала дітей, що мають поведінкові проблеми, у психіатричному інституті штату Нью-Йорк і пізніше розробила кілька навчальних програм по терапії мистецтвом психодинамичної орієнтації. У своїй роботі Наумбург спиралася на ідею Фрейда про те, що первинні думки і переживання, що виникають у підсвідомості, найчастіше виражаються у формі образів і символів, а не вербальне (Naumburg. 1966).

М. Наумбург справедливо вважають також родоначальницею арт-терапевтичного освіти в США. У 50-і рр. вона заснувала перші курси по арт-терапії і в подальшому прагнула до їх перетворення на повноцінну програму післядипломної підготовки арт-терапевтів.

На початку 60-х рр. минулого сторіччя у ряді країн були створені перші професійні об'єднання арт-терапевтів. Раніше всього — в 1963 р. — з'явилася Британська Асоціація Арт-терапевтів (БААТ). Незабаром послідувало утворення Американської Асоціації Арт-терапевтіческой.

Терапія мистецтвом у даний час використовується не тільки в лікарнях і психіатричних клініках, але й в інших умовах - як самостійна форма терапії і як додаток до інших видів групової терапії.

В Україні в останні роки спостерігається швидкий розвиток арт-терапії. При цьому відбувається активне вивчення її нових форм і моделей. Великий інтерес до арт-терапії почали проявляти не тільки фахівці, але і самі пацієнти.

В арт-терапевтичній роботі може приймати участь практично кожна людина, незалежно від свого віку. Це не вимагає наявності у нього здібностей до творчості.

Через художні образи наше несвідоме взаємодіє зі свідомістю. Арт-терапія допомагає встановлювати відносини між людьми. За допомогою мистецтва людина не тільки виражає себе, але і більше дізнається про інших, дозволяє пізнавати себе і навколишній світ. У художній творчості людина втілює свої емоції, почуття, надії,

страхи, сумніви і конфлікти. Відбувається це на несвідомому рівні, і людина дізнається про себе багато нового.

Ми розглянули три методи групової психотерапії, це психодрама, Т-групи, арт-терапія. Кожний із них ми можемо застосувати в роботі з алкозалежними людьми.

Сьогодні Україна переживає складний період гострих соціальних проблем, однією з яких є критичний рівень алкоголізації населення. Явним показником кризового стану в цій області є споживання алкоголю населенням України, що перевищує майже в 2 рази критичну норму, після якої починається генетичний занепад нації. За даними ВОЗ, споживання алкоголю в Україні складає в перерахунку на чистий спирт 15,6 літрів на душу населення (при допустимій максимальній нормі в 8 літрів), і вона займає шосте місце у світі за цим показником. Показником негативних тенденцій алкоголізації є також зниження віку алкозалежних людей. За даними звіту ВОЗ, Україна знаходиться в трійці європейських лідерів за вживанням алкоголю серед молоді до 15 років.

Однією з необхідних умов стабілізації наркологічної кон'юнктури в країні є наявність ефективних лікувальних програм для осіб з алкогольною залежністю.

Необхідність психокорекційної допомоги на етапі ремісії залежної людини набагато перевершує необхідність в медикаментозній допомозі. Це відповідає міжнародному досвіду роботи із залежностями, де довгострокові психотерапевтичні програми є однією з умов якісної допомоги людям з алкогольною залежністю. Тоді насущним і украй необхідним стає питання створення соціально-психологічних реабілітаційних програм для алкозалежних в державних установах, що відповідають за соціальну і психологічну роботу з населенням.

Алкогольна залежність відноситься до найбільш поширених форм адиктивних розладів. Той факт, що алкоголь відноситься до легальних психоактивних речовин, тільки погіршує ситуацію.

АЛКОГОЛІЗМ (лат. alcoholismus < араб. alkohol — найтонший) — захворювання, зумовлене систематичним вживанням спиртних напоїв, що згубно

впливає на здоров’я, поведінку у побуті, працездатність населення, шкодить добробуту та руйнує моральні засади суспільства.

Існує 4 типи осіб, які мають схильність до розвитку А.: особи із завищеною самооцінкою, агресивні, асоціальні, жорстокі, у яких легко спровокувати почуття ненависті; непристосовані, безпомічні, схильні до невротичних реакцій; дивні, з рисами депресивності та параноїдальності.

Після того, як проходить гострий період хвороби, що супроводжується продуктивною симптоматикою, поряд із лікарськими препаратами важливо застосовувати психотерапію.

Психотерапія - це комплексний вплив за допомогою психічних засобів на психіку залежної особистості, а через неї на весь організм з метою усунення хворобливих симптомів та зміни ставлення до себе, свого стану та навколишнього середовища.

Друге наше дослідження було проведено в місті Обухів, Київської області на базі приватного наркологічного кабінету, лікар проводить комплексну терапію психічний відхилень, неврозів, депресій. Лікар допомагає позбутися тютюнової, алкогольної та інших видів залежності. Володіє сучасними методиками подолання потягу до нікотину, алкоголю. Головна вимога проведення дослідження – анонімність.

Вибірка склала: 11 осіб, 6 чоловіків та 5 жінок, які на цей момент проходять лікування та 9 осіб, 3 жінки та 6 чоловіків, які вже були на останніх кроках у позбавленні алкогольної залежності. Всього 20 осіб.

Дослідження проводилося з 1 жовтня по 1 листопада 2023 року

Емпіричний етап дослідження проходив у три етапи. Перший етап — збір даних. Другий етап — власне порівняння зібраної інформації. Третій етап дослідження — узагальнення інформації, висновки.

В даному дослідженні для вивчення особливостей психологічної допомоги алкозалежним людям, були використані такі методики:

1. Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT.

2. Методика вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі.

3. Методика «Портрет цінностей» Ш. Шварца

4. Опитувальник CAGE.

Усі учасники були попереджені про анонімність та конфіденційність результатів. Розглянемо ці методики детальніше.

1. Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT. (Додаток А). Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) використовується з метою оцінки вираженості зловживання алкоголем і наявності залежності від нього, а також для виявлення осіб, що входять до групи ризику. Він містить 10 запитань, що стосуються частоти вживання алкоголю, розвитку залежності та інших проблем, пов'язаних з нею.

Це скринінговий тест, який можна пройти самостійно, але він не є остаточним критерієм встановлення діагнозу та потребує коментаря лікаря.

Методика вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. БАССА ТА А. ДАРКІ

Опитувальник рівня агресивності (А. Басса-М. Перрі) (Додаток Б) Дослідники А. Басс та А. Даркі визначили такі види агресивної поведінки:

1. Фізична агресія, що проявляється у використанні фізичної сили, що спрямована на інших суб'єктів.

2. Вербальна агресія, що виражається як через своєрідну форму висловлення негативних почуттів(підвищення голосу), так і, безпосередньо, через зміст словесних звертань до інших суб'єктів спілкування.

3. Непряма агресія, яка передбачає використання образливих жартів, натяків із своєрідним підтекстом, пліток та вираження гніву через вереск, тупотіння ногами тощо.

4. Негативізм, що виражається через опозиційну форму поведінки, особливо, проти встановлених керівництвом правил, вимог, регламенту, пасивність виконання завдань та нехтування окремих осіб чи зауважень.

5. Роздратування: фізіологічне збудження організму, що виражається вибуховістю, грубістю, «гостротою» висловлювань.

6. Підозрілість: необумовлена недовіра та надмірна обережність у спілкуванні, яка виходить з переконання, що оточуючі хочуть завдати цій людині шкоди.

7. Образа, яка виражається через заздрощі та ненависне ставлення до оточуючих і всесвіту в цілому, викликані реальними чи надуманими стражданнями та відчуттям гніву.

8. Автоагресія або відчуття провини: внутрішні негативні відчуття людини, що є результатом особистісного переконання особи в тому, що вона погана, зла, недобра тощо.

На основі визначених видів агресії, вони запропонували опитувальник, який допомагає виявити прояви та форми агресивної поведінки особи. Даний опитувальник містить 75 тверджень.

Методика «Портрет цінностей» Ш. Шварца (Додаток В)

Методика «Портрет цінностей» (англ. Portrait values questionnaire, скор. PVQ) розроблена Ш. Шварцом, адаптована І.І. Семків, спрямована на визначення 10 типів цінностей. Методика відображає теоретичні постулати мотиваційної теорії цінностей Ш. Шварца.

Основний акцент у методиці робиться на те, що людина оцінює в процесі порівняння свою щоденну поведінку, свої цілі, а не риси свого характеру [44].

Кожне із 40 тверджень містить опис особистих цілей, переконань, установок чи бажань, які вказують на важливість певної цінності. Досліджуваний повинен, оцінити наскільки йому відповідає кожен опис. Висновок про наявність певної цінності у досліджуваного робиться на основі встановленої ним самим подібності до опису певної людини, яка відноситься до конкретної ціннісної групи (додаток В).

Методика містить 10 шкал: самостійність, стимуляція, гедонізм, досягнення, влада, безпека, конформізм, традиція, універсалізм, доброзичливість [44].

Опитувальник CAGE

Опитувальник CAGE – це простий та швидкий інструментарій для виявлення алкогольної залежності, який складається з 4 питань (додаток Г). Всі питання тесту рівнозначні, вимагають тільки альтернативної відповіді, а підсумкова оцінка проводиться за сукупністю позитивних або негативних відповідей на кожне з поставлених питань. Дві та більше позитивні відповідь на тест свідчать про зловживання алкоголем. За допомогою цієї методики усіх досліджуваних було поділено на дві групи – особи, які зловживають, та особи, які не зловживають алкоголем, в залежності від кількості набраних балів. До групи алкозалежних увійшли 11 осіб, до групи здорових, без залежності – 9.

В емпіричному дослідженні прийняли участь дві групи респондентів. Першу групу (експериментальна група) – становили жінки та чоловіки, які страждають на хронічний алкоголізм у віці від 28 до 65 років (середній вік 46,5). Другу групу (контрольну групу) склали відносно здорові респонденти, які пройшли лікування і не вживають алкогольні напої вже тривалий час. До цієї групи увійшли жінки та чоловіки віком від 35 до 48 року (середній вік 41,5). Група збиралась здебільшого поміж випадкових бажаючих прийняти участь у експерименті. Кандидати допускалась до опитування якщо на їх же власну думку вони не мають алкозалежності.

Опис результатів емпіричного дослідження

1. Ми дослідили діяльність тільки трьох досліджуваних це: Центр амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для залежних від алкоголю «СЕНС», Реабілітаційний центр для залежних “Rehab” , Наркологічний центр “Мед-Захід” сучасний реабілітаційний центр для алкоголіків і наркоманів.

Вивчивши методи їх роботи по відновленню фізичного і психологічного здоров’я залежних людей можна виявити та сформувати у вигляді таблиці, які методи групової психотерапії використовують досліджувані під час роботи.

Таблиця 3

Об’єкт дослідження	**Основні методики програми**

Центр амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для залежних від алкоголю «СЕНС»	Дискусійна (власне терапевтична) група. Група сімейної терапії Збори Терапевтичного Співтовариства (ЗТС) – Заняття з написання мотиваційно-аналітичних завдань та їх обговорення Група профілактики зриву Тренінг комунікативних навичок Фільмотерапія Збори групи АА
Реабілітаційний центр для залежних “Rehab”	Методики дослідження захисних механізмів в організмі, сімейної системи, копінг-стратегій тощо; Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI) – проводиться тестування хворого на ряд питань; Клінічні шкали тривоги та депресії; Патопсихологічні методики. Арт-терапія. Гештальт-терапія. Когнітивно-поведінкова терапія. Психоаналіз. Сімейна психотерапія
Наркологічний центр “Мед-Захід”	«Терапевтичні спільноти», «12 кроків», «Психотерапії», «Групи самодопомоги», «Тренінгові навчальні програми», «Дейтоп», «Кінезіотерапія», «Арт-терапія». Щотижневі «групи взаємодопомоги»; Щомісячні «семінари з співзалежності»; «Сімейні психотерапії»

2. Провівши тестування досліджуваних на базі приватного наркологічного кабінету в місті Обухів відповідно до обраних методик та отримали такі результати. (Рисунок 2.1.1)



Рис. 2.1.1 Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT.

На перше питання досліджувані відповіли так, 3 особи вже не вживають взагалі алкоголь, 6 осіб один раз на місяць або і рідше, 2 або 4 рази на місць вживають 5 осіб, а 4 рази на тиждень вживають 6 осіб. Це дає нам інформацію, що лікування від алкозалежності носить глобальний характер і потребує збільшенню кількості центрів або кабінетів, для надання допомоги у лікуванні алкозалежності.

Також цікаві дані по 10 запитанню Чи траплялося, що хтось із членів вашої родини, хтось із друзів, або лікар, висловлював свою стурбованість з приводу вживання вами алкоголю або радив вам менше пити?

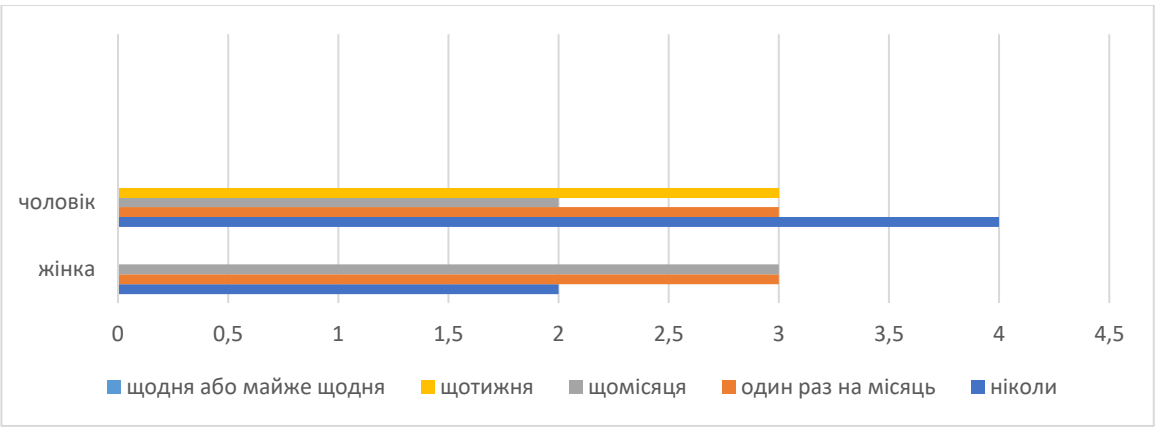


Рис. 2.1.2. Аналіз опитування чоловіків та жінок.

Результати свідчать про те, чоловіки самі визнають, що зловживають, їхні рідні та близькі не говорять про це. З жінками навпаки, їхні родичі визнають, що є

проблема і стурбовані цим. Тест проводився в приватному кабінеті всіма бажаючими.

2. **Методика вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі.** (Особистісний опитувальник, розроблений А. Бассом і А. Дарки в 1957 р. і призначений для діагностики агресивних і несприятливих реакцій.)

Так як у нас в дослідженні брали участь 20 чоловік, а саме дослідження анонімне, тому ми присвоїли кожному порядковий номер. Результати подані у таблиці 4. Виділим зеленим кольором завищені показники від 7 і вище.

Таблиця 3

Результати діагностики показників агресії за методикою Басса – Даркі

Порядковий номер	Фізична агресія	Вербальна агресія	Опосередкована агресія	негативізм	роздратування	Підозріліст ь	образа	Ауто агресія
1	**6**	**3**	**7**	**3**	**4**	**8**	**7**	**6**
2	**2**	**2**	**5**	**2**	**6**	**5**	**7**	**5**
3	**3**	**5**	**4**	**3**	**5**	**4**	**8**	**3**
4	**4**	**3**	**6**	**4**	**3**	**6**	**5**	**3**
5	**7**	**8**	**6**	**2**	**11**	**5**	**10**	**7**
6	**2**	**6**	**5**	**3**	**7**	**3**	**5**	**4**
7	**5**	**2**	**4**	**6**	**4**	**3**	**4**	**3**
8	**3**	**8**	**2**	**5**	**9**	**7**	**8**	**5**
9	**2**	**4**	**6**	**5**	**5**	**6**	**6**	**5**
10	**6**	**4**	**6**	**3**	**4**	**3**	**4**	**3**
11	**6**	**3**	**8**	**2**	**6**	**4**	**4**	**2**
12	**4**	**5**	**7**	**4**	**5**	**4**	**5**	**4**
13	**7**	**2**	**5**	**3**	**6**	**6**	**6**	**4**
14	**5**	**7**	**5**	**3**	**7**	**6**	**5**	**8**
15	**2**	**3**	**4**	**2**	**4**	**2**	**2**	**3**

16	**8**	**4**	**6**	**4**	**6**	**3**	**4**	**3**
17	**2**	**2**	**4**	**3**	**4**	**3**	**5**	**4**
18	**3**	**4**	**3**	**2**	**5**	**2**	**6**	**6**
19	**5**	**3**	**6**	**4**	**6**	**4**	**4**	**5**
20	**2**	**2**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**5**

Найвищим показником 11 балів спостерігаємо у досліджуваного під номером 5. Фізична агресія (агресія направлена на іншу особу) спостерігається у 5, 13, 16 досліджуваного. Вербальна агресія тобто вираз негативних почуттів як через форму (сварку, крик) так і через звернення до інших осіб з погрозами, прокльонами, лайкою – спостерігається з високими показниками у 5 – 8 балів, 8 – 8 балів, 14 – 7

балів. Опосередкована агресія (агресія, що спрямована опосередковано проти інших осіб у формі пліток, жартів, не спрямованих, невпорядкованих зривів ярості у формі тупання ногами, крику) та роздратування, яка у будь який момент може перетворитися на запальність, різкість, спостерігається лише у трьох досліджуваних 1, 11, 12. Підозрілість, тобто схильність до недовіри і обережного відношення до людей, що походить з переконання, що оточуючі мають намір причинити зле, має місце у двох досліджуваних 1 – 8 балів, 8 – 7 балів. Образа – дуже високий показник у досліджуваного під номером 5 – 10 балів. Також високі показники у 1, 2 з 7 балами, 3, 8 – 8 балів. Аутоагресія (відношення і дії по відношенню до себе і оточуючим, що походить з переконання, що сам досліджуваний є поганою людиною, діє недобре, погано) спостерігається у 5 – 7 балів, 14 – 8 балів.

Визначимо індекс агресивності та індекс ворожості для кожного з досліджуваних (Додаток Е).

На мою думку, результати дослідження рівня та форм агресії у досліджуваних свідчать про конфліктність характеру, наявність психопатичних проявів поведінки, що впливатиме на формування їх характеру.

3. **Методика «Портрет цінностей» Ш. Шварца**. Після опрацювання результатів даної методики, ми готові ввести дані у нашу таблицю. На першому місці, по балам, у нас такий тип цінностей як самостійність. Це означає, що мета людини - свобода думки та дії. Самостійність думки пов'язана з розвитком власної інтелектуальної компетентності та її використанням. Самостійність дій відображає прояв здатності до досягнення цілей. Тут ми отримали найбільше балів – 3. Визначається умінням свідомо керувати своєю поведінкою, практичною діяльністю, відповідно до власних поглядів і переконань, долати перешкоди на шляху до реалізації обраної програми життєдіяльності. Далі слідує доброзичливість з 2,7 балами. В основі цієї групи цінностей – доброчинність, спрямована на забезпечення добробуту близьким у щоденному спілкуванні. І третє місце посідає безпека з 2,5 балами. Стабільність для себе та близьких, власна безпека дуже важливо для особистості. Найменше балів у нас займають такі

цінності як традиції (прийняття своєї долі, смиренність) 1,5 балів, стимуляція (прагнення до змін, постійний стан збудження) – 1,2 бали, та універсальність (толерантність, розуміння) - 1 бал.

Таблиця 4

Рангові значення типів цінностей на рівні нормативних ідеалів

РАНГ	ТИП ЦІННОСТЕЙ	БАЛЛ
1	Самостійність	3
2	Доброзичливість	2,7
3	Безпека	2,5
4	Гедонізм	2, 4
5	Влада	2
6	Досягнення	1,9
7	Конформізм	1,8
8	Традиції	1,5
9	Стимуляція	1,2
10	Універсальність	1

4. Опитувальник CAGE

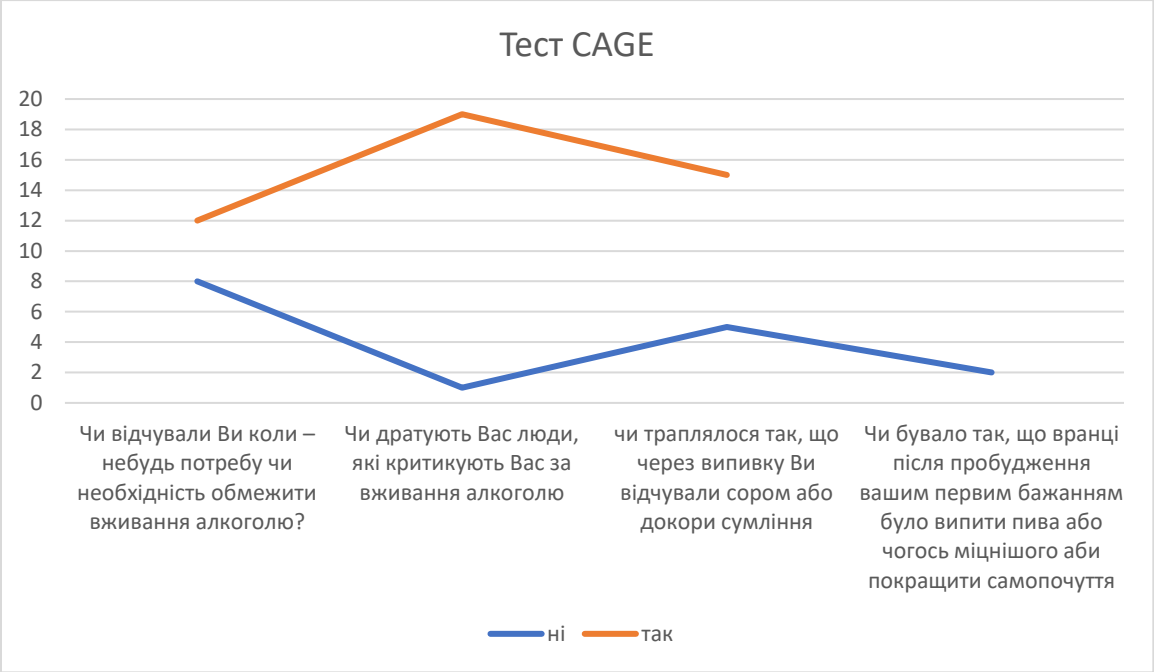


Рис. 3 Тест CAGE

Результати свідчать про те, що люди не усвідомлюють, що стають залежними від алкоголю. А критику сприймають негативно. Сором відчувають лише декілька опитуваних. І це викликає стурбованість.

Висновки до Розділу 2

За своєю структурою кожний емпіричний метод психологічної науки являє собою сукупність прийомів та операцій, спрямованих на вивчення реальних проявів тих чи інших психологічних явищ. Добір методів залежить від конкретних умов, цілей і завдань дослідження. Існує велика кількість засобів вивчення психологічних явищ, однак усі вони в процесі практичної реалізації спираються на головні принципи побудови психологічних досліджень: об'єктивність вивчення психічних явищ; вивчення психічних явищ у їх розвитку; аналітико-синтетичний підхід до вивчення психічних явищ.

Найпоширенішими з емпіричних методів є такі: спостереження; експеримент; опитування; тести; аналіз документів; вивчення продуктів діяльності; експертна оцінка.

Метод спостереження. Під спостереженням розуміють цілеспрямоване вивчення поведінки і діяльності особистості в природних ситуаціях, засноване на їх безпосередньому сприйманні.

Найдревнішим емпіричним методом психології справедливо вважають самоспостереження, або інтроспекцію, що в перекладі означає «дивитися всередину».

Метод експерименту. Одним з основних методів наукового психологічного дослідження є експеримент. На відміну від спостереження, експеримент передбачає активний вплив дослідника на досліджувані психічні явища через окремі керовані і контрольовані дослідником чинники.

Важливою перевагою методу експерименту є можливість повтору з метою накопичення кількісних даних про типовість явища, що досліджується. Водночас умови експерименту можуть призвести до порушення природного плину діяльності людини, внаслідок чого можливі помилкові висновки.

Метод опитування базується на пропонуванні учаснику дослідження серії запитань, відповідаючи на які він надає досліднику деяку інформацію про себе. Опитування проводиться як в усній (бесіда), так і письмовій формі (анкета). Розрізняють два види запитань: закриті і відкриті. У першому випадку опитуваний

вибирає відповідь на запитання з кількох запропонованих, у другому він сам формулює відповідь у довільній формі.

Метод бесіди. Бесіда - метод отримання інформації про індивідуально-психологічні особливості в процесі безпосередньої вербальної (усної) комунікації за спеціальною програмою. Можливість вести спостереження за співбесідником під час особистого спілкування дозволяє досліднику при необхідності змінювати напрям розмови на підставі спостережуваних жестів, міміки, інтонації співбесідника, робити висновки щодо його особистого ставлення до фактів, про які він повідомляє. Неприпустимо, щоб бесіда перетворилася на розпитування чи допит.

Метод бесіди відіграє допоміжну роль, оскільки всю інформацію дає сам опитуваний. Тому бесіду як метод дослідження треба використовувати на початковому етапі для підготовки людини до участі в експерименті.

Одним з різновидів бесіди є інтерв'ю - одержання вихідного матеріалу для наукового дослідження шляхом безпосередньої цілеспрямованої бесіди дослідника з випробуваним. У разі проведення інтерв'ю двобічний зв'язок є обмеженим, оскільки дослідник лише фіксує відповідні відповіді випробуваного, зберігаючи нейтральну позицію.

Метод анкети. Анкета - методичний засіб для отримання соціально-психологічної інформації на основі письмового самозвіту випробуваного. Анкета являє собою набір запитань, кожне з яких логічно пов'язане з центральним завданням дослідження. Практична реалізація методу анкети відбувається, як правило, у два етапи. На першому етапі за допомогою відкритих анкет виконують «пілотажне» дослідження. На другому - відбирають більш типові відповіді і на їх основі розробляють закриті анкети. Перевага використання закритих анкет полягає в можливості автоматизації процесу обробки отриманих результатів, що дуже важливо при проведенні масових опитувань.

Для вивчення й оцінки окремих рис і проявів особистості розроблена велика кількість опитувальних листів, які включають питання щодо переживань, стану, реакцій тощо, з якими випробуваний має погодитися чи ні. За допомогою

опитувальних листів можна отримати від випробуваного різнобічну інформацію - від особливостей його психофізіологічного стану до переконань та ідеалів.

Метод тестів. Серед методів психології особливе місце посідає метод тестів (тестування). На відміну від інших методів, тестування спрямоване не на дослідження психічних явищ для отримання тих чи інших нових даних, а на вимірювання вже відомих психологічних особливостей випробуваних за допомогою стандартизованих завдань (тестів). Найбільш відомими в психології є три види тестів: тести досягнень; тести здібностей; проективні тести.

Головними критеріями якості тесту є надійність і валідність. Надійність тесту розглядають як стабільність його результатів при повторному тестуванні. Крім того, дуже важливо, щоб тест дозволяв визначати з високою точністю саме ту якість, котра цікавить дослідника. Це умова валідності. Чим вища валідність тесту, тим точніше він вимірює ту рису, для визначення якої був розроблений.

Процедура тестування включає декілька етапів. На першому дослідник вибирає тести. Другий етап - безпосередньо тестування одного чи групи учасників. Третій етап - інтерпретація результатів, висновки. Ефективність тестування значною мірою залежить від досвіду і кваліфікації дослідника.

Метод аналізу документів. Під документом у психології розуміють будь-яку інформацію, зафіксовану у вигляді рукописного або друкованого тексту, фотографії, відео- або магнітних записів. Інакше кажучи, аналіз документів є методом збирання фактів про учасника дослідження, що матеріалізовані у тій чи іншій формі.

Метод аналізу документів потребує перевірки їх справжності. Цей метод успішно застосовують при формуванні гіпотези дослідження й визначенні загальних напрямів вивчення особистості. Він має допоміжний характер, оскільки документи відображають тільки результати діяльності людини, а не сам процес.

Метод вивчення продуктів діяльності. Під продуктом діяльності особистості розуміються реально-практичні та ідеальні за формою вияви її активності щодо явищ об'єктивного та суб'єктивного світу. Метод вивчення продуктів діяльності являє собою систему дослідницьких процедур, спрямованих на збір,

систематизацію, аналіз та тлумачення результатів попередньої психічної діяльності людини: трудової, учбової, ігрової.

В продуктах діяльності людини відображається її ставлення до самої діяльності, до оточуючих, до навколишнього світу, а також рівень розвитку її розумових, сенсорних та моторних навичок. Отже, при аналізі продуктів діяльності їх характеристика є необхідною для відтворення процесу створення готового продукту.

Цінністю цього методу є наявність у дослідника зафіксованих матеріально результатів психічної діяльності людини. Проте, метод вивчення продуктів діяльності частіше використовують як допоміжний, оскільки він не дозволяє дослідити багатогранність психічної діяльності, що призвела до створення продукту.

Метод експертної оцінки. Сьогодні психолог все частіше виступає як експерт з питань управління, організаційного розвитку, розв'язання конфліктів тощо. Управлінці, педагоги, юристи запрошують психолога, щоб сумісно з ними проаналізувати будь-яку ситуацію, дати оцінку нововведень, того чи іншого способу поведінки в конкретній ситуації. Продуктом діяльності психолога у даному випадку є експертний висновок.

Для вивчення особливостей застосування методів групової психотерапії в процесі відновлення психологічного здоров’я людей з алкогольною залежністю нами було сплановане дослідження, вибрано та обґрунтовано методики для проведення емпіричного дослідження та збору даних. Визначено кількість респондентів, розмір групи та критерії відбору учасників.

Під час дослідження методів групової психотерапії в реабілітаційних центрах ми виявили, які методи вони використовують у роботи з алкозалежними людьми.

Під час проведення дослідження нами були використані такі методики як:

1. Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT
2. Методика вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі.
3. Методика «Портрет цінностей» Ш. Шварца

4. Опитувальник CAGE (Додатки додаються).

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУБ'ЄКТИВНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ ПРОЯВУ МОДЕЛЕЙ ВИБОРУ СТРАТЕГІЙ ЗМІН

3.1. Особливості вибору моделей позитивних змін у відновленні психологічного здоров'я залежних осіб

Для того, щоб обрати одну із моделей позитивних змін потрібно розглянути розвиток моделей «одужання» від алкогольної залежності. Коротко ознайомимося з розвитком соціально-психологічних моделей роботи з «адиктами».

Модель терапевтичних співтовариств (груп взаємодопомоги). Цей підхід полягає в створенні терапевтичного співтовариства з людей, що страждають алкогольною залежністю, з метою підтримки тверезості.

Товариство Анонімних Алкоголіків почалося у 1935 році в Акроні, штат Огайо, США, у результаті зустрічі Біла У., нью-йоркського біржового маклера, і доктора Боба, акронського хірурга. Обидва були безнадійними алкоголіками. До того часу обидва вони, Білл и д-р Боб, були у контакті з Оксфордською групою, що складалася здебільшого з не-алкоголіків, які намагалися впроваджувати універсальні духовні цінності у повсякденне життя. У той період Оксфордські групи в Америці очолював відомий єпископальний священик д-р Самуель Шумейкер. Під цим духовним впливом, і за допомогою свого старого друга, Ебі Т., Біл став тверезим, а по тому продовжив своє одужання, працюючи з іншими алкоголіками, хоча жоден з них не видужав. Між тим, членство доктора Боба в Оксфордській групі в Акроні не допомогло йому в достатній мірі, щоб досягнути тверезості.

Коли доктор Боб і Біл нарешті зустрілися, ефект для доктора був негайним. Біл підкреслив, що алкоголізм є недугою розуму, емоцій і тіла. Будучи лікарем, доктор Боб тим не менш не знав, що алкоголізм є хворобою. Відповідаючи на переконливі ідеї Біла, він незабаром протверезів, і ніколи більше не пив.

Обидва чоловіки негайно приступили до праці з алкоголіками у міській лікарні Акрону, де один пацієнт швидко досяг повної тверезості. Хоча ім'я Анонімних Алкоголіків ще не було вигадано, ці три людини фактично склали ядро першої групи А.А.

Восени 1935 року у Нью-Йорку повільно сформувалася друга група алкоголіків. Третя група з'явилася у Кливленді у 1939 році. Минуло чотири роки, раніш чим з'явилося 100 тверезих алкоголіків у цих трьох перших групах.

На початку 1939 року Спільнота випустила свою основну книгу «Анонімні Алкоголіки». В книзі описувались Дванадцять Кроків одужання. Книга також підкріплювалася історіями приблизно тридцяти членів, що одужали. З цього моменту розвиток А.А. став швидким.

Сьогодні у світі існують різні види подібних груп взаємодопомоги від релігійних (групи взаємодопомоги при різних релігійних конфесіях) до повністю світських (світське товариство взаємодопомоги, групи раціонального одужання та ін.). Але найбільш поширеним як у світі, так і в Україні, є співтовариство АА (програма «12 Кроків»).

Ефект групи взаємодопомоги можна пояснити наступними чинниками: алкозалежна людина не знаходить розуміння своїх проблем як сама у себе, так і у свого оточення, і почуває себе знедоленою. Подолати цей «дискомфорт» їй допомагає вживання алкоголю і спілкування з такими ж алкоголіками, а це призводить до подальшого розвитку алкогольної залежності і руйнування здібностей тверезої комунікації і соціальної взаємодії. Створюється порочне замкнуте коло: процес особистісного регресу зумовлює все більшу потреби в соціальній підтримці; її відсутність призводить до все більшої потреби у вживанні алкоголю, що, у свою чергу, призводить до подальшого особистісного регресу і соціального відчуження.

Потрапляючи в товариство «тверезих алкоголіків» з аналогічною проблемою, така людина має можливість конструктивного подолання комунікаційної блокади і отримання задоволення в соціальній взаємодії. Це показує важливість використання принципів груп взаємодопомоги в різних реабілітаційних програмах.

Водночас принцип терапевтичних співтовариств має свої **недоліки**. По-перше, існує проблема адаптації людини з алкогольною залежністю до самого формату групи АА. Так, за неофіційними даними, не більше 5% відсотків людей, що прийшли на збори груп АА, залишаються в співтоваристві на скільки-небудь

значний час. По-друге, до недоліків такого підходу можна віднести високу вірогідність переходу алкогольної залежності в залежність стосунків (залежність від групи) і подальшу патологічну зміну особистості, навіть при припиненні вживання алкоголю. Важливим недоліком підходу товариства взаємодопомоги є відсутність в ньому професійної допомоги. Крім того, оскільки ці групи самостійні, помічені випадки трансформації груп взаємодопомоги в групи сектантського типу або «групи культу однієї особи», що вербують своїх адептів серед алкоголіків. Ідемо далі.

Мінесотська модель реабілітації залежних людей, названа на честь штату в США, де уперше її почали застосовувати.

По суті модель Мінесота зводиться до професійної або напівпрофесійної програми реабілітації, що полягає в адаптації алкозалежної людини до співтовариства АА. Модель Мінесота може застосовуватися в різних модифікаціях. Наприклад, з відсутністю або присутністю детоксикації; у поєднанні з психотерапією або тільки у вигляді навчального курсу; з різним терміном реабілітації – від 28 днів до декількох років. Може бути різний рівень професійної підготовки співробітників центру – від консультантів з хімічної залежності, що мають досвід зловживання алкоголем і одужання від цього, до висококваліфікованих психотерапевтів. Такі центри можуть працювати самостійно або ж співпрацювати з іншими соціальними службами. Але спільне для усіх цих видів реабілітації одне: в основі реабілітаційного процесу адаптована програма «12 Кроків» і подальше мотивування клієнтів на участь у співтоваристві АА.

Перевагами цієї моделі є можливість професійної допомоги людині з алкогольною залежністю в найгостріший перший період відмови від алкоголю і сприяння їй в адаптації до груп АА, що підвищує відсоток людей, які залишаються на групі АА.

До недоліків в моделі Мінесота не передбачається вирішення самої суті питання алкогольної залежності – «незрілості» особистості.

Завдання особистісного розвитку в цьому випадку перекладається на АА, хоча це всього лише непрофесійне співтовариство взаємопідтримки, що не

передбачає психотерапевтичної допомоги. Як наслідок, дійсно вирішити питання із залежністю мають можливість лише ті люди, у яких є ресурс для подальшого самостійного особистісного розвитку. В інших людей присутня небезпека трансформації алкогольної залежності в залежність від груп з можливими подальшими патологічними змінами особистості. Крім того, відсутність професійної допомоги у вирішенні психологічних проблем на тривалих термінах ремісії часто призводить до рецидивів.

Розвиваюча модель Теренса Горські. Горські запропонував програму тривалої професійної роботи з алкозалежними, що поєднується з відвідуванням зборів АА. Таким чином, в моделі «АА + професійна допомога» виправлені недоліки підходу Мінесота, в якому професійна допомога пропонується тільки на першому етапі одужання.

Горські виділяє в процесі одужання від хімічної залежності шість етапів і визначає цілі та завдання, які необхідно вирішити на кожному з цих етапів (Додаток Д). Горські одним з перших почав розглядати одужання як еволюційний процес розвитку особистості.

До недоліків моделі Горські можна віднести як труднощі в практичній реалізації еволюційної моделі одужання, так і її слабке теоретичне обґрунтування. Розвиваюча модель Горські не ґрунтується на якій-небудь моделі особистості, а, отже, в ній не класифікуються патологічні особистісні процеси.

Розвиваюча модель Діани Піти. Цю модель можна назвати першою саме психологічною моделлю одужання від алкогольної залежності. У основі моделі Піти лежить теорія стадій психосоціального розвитку Еріка Еріксона. (Додаток Е). Ґрунтуючись на цьому теоретичному підході і великому власному досвіді роботи із залежними, Піта описала особистісні зміни, що відбуваються із залежними в процесі одужання, і необхідні засоби для досягнення цих змін. У цій моделі немає «прив'язки» до програми «12 Кроків», хоча практично вона сумісна з нею.

У розвиваючій моделі Діани Піти виділяється сім стадій, які відносяться до стадій психологічного розвитку Еріксона. Для кожної з цих стадій визначаються

необхідні цілі і завдання, які необхідно вирішити залежній людині для свого одужання.

Перевагою моделі Діани Піти є якісно розроблена теоретична модель одужання, заснована на гіпотезі співвідношення стадій одужання із стадіями психологічного розвитку особистості за Еріком Еріксоном. В цій моделі відсутній теоретичний розгляд моделі патогенезу самої залежної особистості.

Незважаючи на це, модель Піти залишається поки єдиною інтегральною психологічною розвиваючою моделлю одужання від алкогольної залежності, де одужання розглядається як еволюційна зміна особистості адикта. І ця модель цілком підходить як основа для подальшої розробки інших психологічних моделей одужання від алкогольної (та іншої) залежності.

Інтеграційна особистісно-орієнтована розвиваюча модель одужання від алкогольної залежності центру «Сенс». У цій моделі одужання, заздалегідь названій інтеграційною особистісно-орієнтованою розвиваючою (ІООР), враховується попередній досвід системних еволюційних моделей одужання, інтегрований в запропоновану нами теорію особистості та етіології психологічної залежності від алкоголю.

У системі діяльності людини з алкогольною залежністю в активній фазі вживання домінує патологічно деформований тілесний рівень, в якому потреба в алкоголі перейшла в розряд природних потреб.

Особистісний і соціальний рівні психіки є «керованими» і підпорядковані в структурі діяльності тілесному рівню. Людина з такою структурою особистості практично не здатна залишатися довгий час тверезою.

Потребою першого етапу одужання є інтегральний розвиток різних сфер соціального рівня психіки. Для роботи виділені чотири сфери психіки: когнітивна, емоційна, мотиваційно-антиципаційна і поведінкова. Тоді розвиток соціального рівня психіки полягає в розвитку конкретно-наочного мислення, інтелектуальних і соціальних емоцій, ситуаційного прогнозування, здатності до цілеспрямованих дій. Також важливим на першому етапі одужання є забезпечення соціального середовища, яке приймає та підтримує.

Проте проходження першого етапу видужання виявляється недостатньо, оскільки нерозвинений особистісний рівень психіки залежної людини не дає можливості повноцінно адаптуватися в соціальному середовищі поза підтримкою співтовариства, отже, людина стає залежною від соціального оточення, що підтримує її. Так, наприклад, деякі члени АА заявляють, що справжнє життя відбувається в АА, а інша частина суспільства для них чужа. Залишивши товариство, що підтримує, такі люди, як правило, з часом повертаються до вживання алкоголю.

Другий етап видужання полягає в опрацюванні патологічних змін на соціальному і тілесному рівнях психіки з поступовим розвитком особистісного рівня. Вирішення інтро- та інтра- особистісних конфліктів дає людині можливість жити повноцінним соціальним і внутрішньо особистісним життям, отримувати задоволення від своєї тверезості.

Наступним етапом у видужанні є розвиток здібностей до самоактуалізації і подальшого саморозвитку. Цей етап передбачає подальший розвиток в когнітивній, емоційній, мотиваційно-антиципаційній і поведінковій сферах психіки. Саме розвиток системного погляду на життя, відродження моральних почуттів і свідомості життя, постановку більш далеких цілей. Цей етап особистісного розвитку не є обов'язковим для підтримки стабільної тверезості, тому немає необхідності включення його в систему обов'язкової терапії.

Відповідно до запропонованої схеми увесь процес одужання від алкогольної залежності можна умовно розділити на шість фаз (по дві фази на кожний з описаних етапів).

Фаза 1. Прийняття відповідальності за видужання. Цю фазу можна назвати вступною до всього процесу видужання. Завдання цієї фази в тому, щоб допомогти залежному: а) визнати наявність проблем у своєму житті, пов'язаних із вживанням алкоголю; б) визнати неможливість контролю над вживанням алкоголю; в) визнати наявність фізіологічних, психологічних, соціальних порушень і особистісних проблем; г) визнати необхідність самостійної роботи і професійної допомоги; д) навчитися утримуватись від вживання алкоголю та освоїти

елементарні стратегії психічної і соціальної життєдіяльності, спрямовані на підтримку тверезості.

Для роботи з клієнтами у межах цієї фази найбільше підходять поведінкові та навчальні види психотерапії, РЕПТ Еліса.

Фаза 2. Зупинка компульсії. Мета цієї фази – розвиток соціального рівня психіки і перехід його в структурі особистісної діяльності на провідне місце перед тілесним рівнем. Завдання цієї фази: навчання альтернативним конструктивним способам (копінгам) соціальної поведінки, ситуаційного планування, емоційного реагування і мислення. Положення про необхідність у виробленні адаптивних копінгів на ранніх термінах ремісії (до 1 року) корелює з недавніми вітчизняними дослідженнями в цій області.

Для роботи в цій фазі також використовуються у більш поглибленій формі психотерапевтичні методи з першої фази. При роботі на перших двох фазах одужання не рекомендується зачіпати внутрішньо-особистісні конфлікти та інші особистісні проблеми клієнтів, оскільки ще не сформовані внутрішні ресурси для їх вирішення.

При проходженні перших двох фаз і виведенні соціального рівня психіки в структурі діяльності на перший план залежна від алкоголю людина буде здатна залишатися тверезою тривалий час при належній організації зовнішнього середовища для підтримки тверезості.

Наприклад, при регулярному відвідуванні зборів взаємодопомоги, проходженні особистої або групової терапії і/або кардинальній зміні системи взаємовідносин у сім'ї.

Фаза 3. Емоційна стабілізація. Головне завдання цієї фази – опрацювання і контроль актуальних внутрішньо-особистісних і соціальних конфліктів, деструктивних психологічних патернів.

Завданнями цієї фази є: розвиток навичок управління своїм внутрішнім станом, адаптивне спілкування з людьми поза системою підтримки тверезості, пошук і здобуття задоволення тверезим життям.

У системі психокорекції можуть застосовуватися глибші методи роботи, чим на перших двох фазах, наприклад, робота з проміжними переконаннями у межах когнітивної терапії, робота з ролями і функціями і т.д. Проте на цьому етапі слід уникати методів звернення до дитинства, глибокого занурення і опрацювання минулого досвіду.

Фаза 4. Соціальна стабілізація. Мета цієї фази – усвідомлення себе унікальною незалежною особистістю зі своїми власними цілями в житті і здійснення цих цілей (ідентичність в теорії Эріксона).

Завданнями цієї фази є виявлення витоків психологічних конфліктів, опрацювання дитячих проблем і т.д. У психотерапевтичній практиці використовується робота з минулим (наприклад, ресинтез минулого в когнітивній або гельштат-терапії, сценарний аналіз, прийоми психоаналітичної школи, наративний підхід).

При проходженні третьої і четвертої фаз одужання людина виробляє особистісні навички, що повністю знімають необхідність в алкоголі.

Вона живе повноцінним тверезим життям, не потребує постійної допомоги середовища, що підтримує тверезість (хоча бажана профілактика у вигляді регулярних консультацій або особистої терапії).

Фаза 5. Особистісна ідентифікація. Метою цієї фази є усвідомлення інших людей та всього світу як незалежних об'єктів зі своїми цілями і прагненнями і побудова взаємовідносин з ними, коли враховуються не лише свої інтереси, але й інтереси інших.

Кращою модальністю психотерапії для цієї фази є психотерапія гуманістичних шкіл, що ставлять своїми мішенями самоактуалізацію, особистісне зростання, розвиток конгруентності і т.д.

Фаза 6. Моральна стабілізація. Мета цієї фази – усвідомлення сенсу життя, подальше зміцнення повноцінних взаємовідносин із собою, оточенням, світом і Богом на осмисленій основі.

Модальність психотерапії – з екзистенціальним ухилом, спрямована на пошук смислової основи життя (як більш далекої мети).

Проходження двох останніх фаз не є обов'язковим в системі відновлення особистості, оскільки вони спрямовані на вирішення завдань, що далеко виходять за межі алкогольної залежності, і торкаються питань, які зрештою повинна вирішувати для себе кожна людина (як «залежна», так і «незалежна»).

Слід зауважити, що хоча ІООР-модель одужання від алкогольної залежності побудована на іншій теоретичній основі, ніж розвиваюча модель Піти, але в результаті приводить до схожих результатів.

Це дає можливість зробити припущення, що розробка теоретичних обґрунтувань і послідовність реалізації ІООР-підходу мають високу валідність в терапії залежностей. Будучи апробованою в Дніпровському районному в місті Києві Центрі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, ІООР-модель може мати перспективу подальшого розвитку як еталон програм одужання від алкогольної та інших видів залежностей.

Профілактика зриву вважається одним з основних дієвих сучасних методів в терапії залежностей. Сьогодні існують два підходи до процесу профілактики зриву: у межах моделі змін Прохазки і Ді Климente та у межах CENAPS моделі Теренса Горські.

Метод мотиваційного інтерв'ю (МІ) швидше є моделлю зміни рівня захопленості клієнта в процес одужання. Водночас сам метод МІ є усього лише методом додаткового мотивування до одужання, що не зачіпає його головні причини і принципи (необхідні особистісні зміни).

Модель зриву, запропонована Теренсом Горські, описує послідовність негативних змін станів особистості (емоційних, поведінкових і когнітивних), підсумком яких є рецидив (вживання психоактивної речовини). Описана послідовність змін є підсумком великої виконаної роботи з узагальнення емпіричного матеріалу, який збирався багато років. Модель CENAPS сьогодні є однією з кращих моделей профілактики зриву, що дозволяє виробити у залежної людини навички відстеження ознак рецидиву на ранніх етапах і, як наслідок, підвищити вірогідність збереження тверезості.

Модель Теренса Горські широко використовується в сучасній реабілітаційній практиці, і на ній засновані когнітивно-поведінкові тренінги з профілактики зриву.

У ній немає опису змін самої особистості залежної людини; не розглянуті особистісні принципи розвитку процесу зриву, без розуміння яких значно ускладнюється робота з його профілактики. Крім того, надмірно детальний і великий опис процесу зриву виявляється важким для розуміння і засвоєння реабілітантами.

Метод торпедо – це інноваційний підхід до лікування алкоголізму, який розроблено з урахуванням сучасних наукових досягнень і медичних технологій. Він являє собою комплексну програму, що включає в себе медикаментозний вплив на організм, психотерапевтичну підтримку і реабілітаційні заходи.

Принцип роботи методу торпедо заснований на блокуванні рецепторів, що відповідають за приємні відчуття, пов’язані з вживанням алкоголю. Завдяки спеціальним препаратам, що входять до складу програми, алкоголь перестає викликати бажання і задоволення, що допомагає подолати залежність. Крім того, метод торпедо включає психотерапевтичну підтримку, спрямовану на зміну психологічних аспектів алкогольної залежності.

Програма методу торпедо зазвичай складається з декількох етапів. Спочатку проводиться детоксикація організму, під час якої усуваються наслідки алкогольного отруєння і відновлюється працездатність органів. Потім здійснюється фаза блокування, під час якої препарати допомагають знизити бажання вживати алкоголь. Далі слідує етап психотерапії, в рамках якого пацієнти проходять консультації та тренінги, спрямовані на зміну психологічного ставлення до алкоголю. На завершення проводиться реабілітаційний етап, який включає підтримку і допомогу в інтеграції в суспільство без вживання алкоголю.

Метод торпедо є одним з найбільш ефективних підходів до лікування алкоголізму. Згідно з проведеними дослідженнями, близько 70% пацієнтів, які пройшли програму методу торпедо, змогли повністю подолати залежність від алкоголю і зберегти тверезий спосіб життя на тривалий термін. Важливо відзначити, що успіх у лікуванні алкоголізму за допомогою методу торпедо

залежить не тільки від медикаментозного впливу, а й від мотивації та готовності пацієнта змінити своє життя.

Метод торпедо являє собою сучасний і ефективний підхід до лікування алкоголізму. Завдяки комплексному впливу на організм і психологічну підтримку, цей метод допомагає подолати залежність і повернутися до здорового і тверезого життя.

Когнітивно-поведінкова терапія — ще один шлях, доступний особисто або онлайн. Моделі одужання, що не ґрунтуються на утриманні, виступають за зменшення споживання алкоголю, а не за повну відмову від нього. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найпоширеніших форм психотерапевтичної допомоги людям з різними психічними розладами.

Найбільшою перешкодою на шляху до будь-якої терапії, з якою можуть зіткнутися пацієнти, є сором та осуд; більшість програм спрямовані саме на вирішення цих проблем.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних, сучасних, науково-обґрунтованих методів психотерапії. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою психотерапевта клієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення та поведінки на більш реалістичні та такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще.

Когнітивно-поведінкова терапія базується на стосунку партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження існуючих проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми/розладу, формулюють цілі та тоді співпрацюють над їх досягненням. Це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб

зрештою змогти бути собі самому «психотерапевтом». Когнітивно-поведінкова терапія використовує широкий, інтегративний арсенал технік та втручань (у тому числі з інших методів психотерапії), використовуючи їх у індивідуальному випадку кожного клієнта на досягнення терапевтичних цілей.

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при багатьох психіатричних розладах встановлена ґрунтовними науковими дослідженнями. У сучасну еру доказової медицини КТП має наукові докази ефективності щодо ряду найбільш поширених психіатричних розладів.

КПТ займає також важливе місце у системі охорони психічного здоров'я дітей та підлітків – вона є одним з основних методів терапії поведінкових та емоційних розладів у цій віковій категорії. Сучасна КПТ має багато напрямків та модифікацій, вона застосовується у форматі індивідуальної, сімейної та групової роботи. На основі КПТ розроблені також чисельні програми самодопомоги у формі книг, відео та он-лайн програм.

КПТ також є одним із найбільш науково досліджених психотерапевтичних методів, щодо її ефективності існує велика доказова база. Втім в Україні, на жаль, КПТ мало розповсюджена, фахової літератури на цю тему обмаль, як і відповідних навчальних програм, що готували б фахівців з КПТ. У цьому відношенні знаковою подією став початок у Львові трирічного навчального проекту з КПТ, який реалізується Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у співпраці з Оксфордським центром когнітивної терапії.

На сьогодні є значна доказова база щодо ефективності КПТ як монотерапії при депресії, тривожних розладах, посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), булімії, окремих розладах особистості тощо. Так само застосування КПТ у комплексі з медикаментозним лікуванням робить більш ефективною терапію шизофренії та біполярного розладу. При тривожних розладах, депресії та ПТСР КПТ належить до групи найефективніших втручань з доказовою базою, тому у терапевтичних протоколах їй відводиться місце серед «втручань першого вибору».

У сфері охорони психічного здоров'я потреба у КПТ дуже велика, втім реально КПТ як такої в Україні дуже мало… Для порівняння: у більшості західних

країн освіта в КПТ входить у базову освіту усіх клінічних психологів, психіатрів, лікарів-психотерапевтів. У багатьох країнах розвиток КПТ активно підтримується державною системою охорони здоров'я, як у Великобританії, де у 2007 р. уряд виділив 170 млн фунтів на навчання 3 тис. когнітивно-поведінкових терапевтів, які б працювали у державній системі охорони здоров'я, яка у них є безкоштовною.

КПТ є провідним, сучасним, науково обґрунтованим методом психотерапевтичної допомоги людям з багатьма видами проблем та розладів у сфері психічного здоров'я. І в Україні неможливо досягти якісного покращання ситуації у сфері психічного здоров'я дітей, підлітків, дорослих та людей похилого віку без розвитку фахової, компетентної, доступної психотерапевтичної допомоги методом КПТ.

3.2. Взаємозв'язок характеристик та моделей вибору позитивних змін відновлення психологічного здоров'я залежних осіб

Невід'ємною частиною реабілітації є психологічна корекція та психотерапія. Аналіз стану психотерапевтичної допомоги та психологічної корекції щодо хворих з ознаками залежності показує, що у дослідженнях В.Б. Альтшулера, Н.Н. Іванця, О.Ж. Бузика, Є.А. Брюна, Зінов'єва С.В., І.П. Лисенко, А.Т. Сафонова, Б.Д. Карвасарського, Л.М. Барденштей, І.Н. П'ятницької, К.С. Фрідмана, Л. Рохліної, Л.А. Чистякової та ін., доведена успішність реабілітації від процесу і змісту особистісно-емоційних змін осіб, залежних від алкоголю, у ході реабілітації.

На відміну від методів емоційно-стресової психотерапії, в яких негативне ставлення до алкоголю у хворих формується внаслідок переживання комплексу неприємних для них наслідків, опосередкована психотерапія використовує тільки заборонні формулювання, спрямовані на створення у пацієнта відчуття стійкої небезпеки за своє здоров'я та життя у разі вживання алкоголю. Опосередкована

терапія формує у хворого попередню установку на очікування неприємних вегетативних реакцій на алкоголь.

Автори підкреслюють, що своєрідним "ключем" будь-якого варіанта опосередкованої психотерапії є "введення" у мозок пацієнта умовного коду, який пригнічує потяг до алкоголю, "програмує" на повну відмову від алкоголю на час, визначений лікарем.

В основу дії опосередкованої психотерапії покладені такі положення:

- вироблення у хворого активної установки на результат лікування;

- система психотерапевтичної підготовки пацієнта (бажано поетапної), в якій велика увага приділяється раціональному поясненню принципу лікування;

- посилення психотерапевтичних дій шляхом застосування групової підготовки, формування у хворих стану напруженого очікування сеансу терапії; - використання прийнятого у суспільстві ставлення до того чи іншого методу лікування та ставлення до лікування самого пацієнта.

Значного поширення набула методика опосередкованої психотерапії, розроблена О.Р. Довженко. Вона має в основі використання комплексу психотерапевтичних прийомів, матеріалізованих через фізичні стресові дії і спрямована на активацію емоційних механізмів мозку.

Г.М. Ентін підкреслює, що вирішальну роль у методі "кодування" за Довженком грає вміння лікаря-психотерапевта оволодіти аудиторією та переконати пацієнтів у його ефективності. Слабким місцем методу є установка на обмеження вживання алкоголю лише терміном "кодування".

Останнім часом розроблені різноманітні модифікації та комплексні методи психотерапії, до яких "кодування за Довженком" входить складовою частиною [45].

Г.І. Григор'єв та О.Н. Кузнєцов на основі вивчення патопсихології емоційних порушень при алкоголізмі шляхом теоретичного і практичного розвитку методу стресотерапії за О.Р. Довженком розробили метод масової емоційно-естетичної психотерапії. Обґрунтуванню та оцінці ефективності емоційно-стресової терапії при лікуванні хворих на алкоголізм присвячені дослідження С.І. Табачнікова.

М.І. Тонкаль та Ю.В. Валентик розробили комплексну психотерапевтичну методику лікування хворих на алкоголізм у стані неспання, використовуючи сугестивний тренінг.

Складники методу: індивідуальна і групова раціональна психотерапія; комбінований вплив психотерапевтичних заходів (гетеро- й аутосугестія); індивідуальне й групове сугестивне тренування. Психотерапевтичний процес проводили у 3 етапи: 1 - відбір до психотерапевтичної групи; 2 - сугестивний тренінг у лікувальній групі; 3 - диференційований вихід з лікувальної групи. Метод опрацьований на 60 хворих на алкоголізм. Автори відзначають, що внаслідок лікування хворі в усіх випадках змогли сформувати навички психічної саморегуляції, підвищилося критичне ставлення до захворювання, досягнуто формування сприятливої установки на лікування. З опануванням цієї методики хворий здобував здатність долати патологічний потяг до алкоголю, якщо такий актуалізувався.

У вітчизняних дослідженнях значно гірше розроблені методологія та стратегії психотерапевтичної та психокорекційної роботи з хворими на алкоголізм. Є окремі дослідження, в яких спостерігаються спроби визначити напрями психокорекційних втручань у хворих на алкоголізм. Так, Н. А. Шатайло підкреслює, що в процесі психокорекційної роботи повинні вирішуватися наступні завдання: підвищення у хворого мотивації до лікування; створення у пацієнта почуття огиди до алкоголю, корекція характерологічних особливостей, засвоєння способів здорового життя.

Таким чином, стратегії психокорекційної та психотерапевтичної допомоги хворим на алкоголізм в Україні практично не розроблені. Існують тільки окремі дослідження, в яких висвітлюється певний позитивний досвід психологічної та психотерапевтичної роботи.

У сучасних зарубіжних дослідженнях проведене ретельне вивчення ефективності різних методів психотерапії при корекції залежної поведінки. Помітна тенденція до застосування психотерапевтичних методів, напрацьованих у різних теоретико-методологічних орієнтаціях.

Одним із ефективних методів, що використовують при лікуванні алкогольної залежності є гештальт-психотерапія, яку можна сприймати як систему виховання, спрямовану на зміну ставлення особистості до себе і оточуючого світу, як стиль життя, що характеризується спонтанністю, щирістю, спрямованістю на вдосконалення особистості.

Непоганий результат у лікуванні хворих на алкоголізм дає **міжособистісна терапія Клемана,** метою якої є зменшення або припинення зловживання і розвиток більш ефективних стратегій поведінки, ніж ті, що призвели до зловживання. Міжособистісна терапія підкреслює важливість у лікуванні основних таких 4 положень:

1) додержання медичної моделі психічних розладів;

2) зосередження уваги пацієнта на теперішніх міжособистісних діях;

3) використання терапевтом дослідницької позиції, що аналогічна установкам підтримувальної та дослідницької терапії;

4) стислість і виразність стану уваги.

Особистісну терапію найчастіше використовують у поєднанні з медикаментозним лікуванням, але вона може бути ефективною і без медикаментозних впливів.

Взаємовідносини залежних пацієнтів з членами своєї родини є суттєвим фактором, який впливає на їх психічний стан та спрямованість на одужання як в період зловживання, так і період одужання. Багато авторів порівнюють результати дослідження груп поведінкової терапії, інтерактивної сімейної терапії з контрольною групою, в якій не проводилися психотерапевтичні втручання. Пацієнти обох експериментальних груп мали більші ремісії, ніж пацієнти контрольної групи. Дослідження довело також, що підключення членів родини хворого до психотерапевтичного процесу значно покращує взаємовідносини в родині, що в свою чергу, сприяє одужанню хворого.

Позитивно впливає на хворих з ознаками залежності їх участь у наданні допомоги іншим залежним пацієнтам. Допомога іншим пацієнтам дає більш позитивний результат, ніж тривалість госпіталізації, нейропсихологічний стан,

доза, яку до лікування вживав хворий. Це може бути допомога в умовах стаціонару хворих з більшим досвітом тверезої поведінки хворим, що тільки починають свій шлях до одужання. Після завершення лікування хворі беруть участь у роботі груп одужуючих пацієнтів. Порівняльне дослідження виявило, що різні варіанти поведінкової терапії, що поєднані з терапією сім'ї, роботою над подоланням рецидивів та участю в наданні допомоги іншим пацієнтам дають кращі результати, ніж аналогічні програми, але без участі хворих в наданні допомоги іншим залежним пацієнтам.

Для стійкої ремісії необхідна зміна стилю життя. Тому дослідники приділяють велику увагу створенню різних програм проведення вільного часу. При цьому підкреслюється важливість зміни основних позицій хворого щодо дозвілля, а саме: психологічної (мотиваційний аспект); соціальної (рольове значення суб'єкта в сім'ї та колективі); політико- економічної (вартість дозвілля, його соціальна та індивідуальна користь); впливу дозвілля на почуття.

Напрями роботи з пацієнтами в умовах індивідуального консультування, що пропонуються, сприяють активнішому залученню хворих до групової психокорекційної роботи, а самостійно зроблені відкриття у сфері самопізнання можуть стати матеріалом для групового обговорення.

Слід зазначити, що психокорекційні та психотерапевтичні техніки, що використовуються у роботі, можуть бути досить різноманітними. Їх вибір залежить від індивідуальних особливостей хворого та особистого вибору психолога чи психотерапевта. Однак вони повинні відповідати поставленим цілям та завданням і сприяти просуванню хворого до життя без алкоголю.

Крім проведення психологічних консультацій та психокорекційної роботи з хворим психолог повинен консультувати його з питань, як потрібно самостійно працювати із запропонованими посібниками, зі "щоденником самоспостережень".

Таким чином кінцевою метою психокорекційної роботи з хворими на алкоголізм є формування у них установки на утримання від зловживання та спрямованість на особистісний розвиток.

ВИСНОВКИ

Під час виконання роботи було розглянуто моделі «одужання» від алкогольної залежності. Коротко ознайомилися з розвитком соціально-психологічних моделей роботи з «адиктами»:

- модель терапевтичних співтовариств (груп взаємодопомоги). Цей підхід полягає в створенні терапевтичного співтовариства з людей, що страждають алкогольною залежністю, з метою підтримки тверезості.
- Мінесотька модель. По суті модель Мінесота зводиться до професійної або напівпрофесійної програми реабілітації, що полягає в адаптації алкозалежної людини до співтовариства АА. Модель Мінесота може застосовуватися в різних модифікаціях.
- Модель Теренса Горскі. Горські запропонував програму тривалої професійної роботи з алкозалежними, що поєднується з відвідуванням зборів АА. Таким чином, в моделі «АА + професійна допомога» виправлені недоліки підходу Мінесота, в якому професійна допомога пропонується тільки на першому етапі одужання.
- Розвиваюча модель Діани Дойль Піти. модель Піти залишається поки єдиною інтегральною психологічною розвиваючою моделлю одужання від алкогольної залежності, де одужання розглядається як еволюційна зміна

особистості адикта. І ця модель цілком підходить як основа для подальшої розробки інших психологічних моделей одужання від алкогольної (та іншої) залежності.

- Інтеграційна особистісно-орієнтована розвиваюча модель одужання від алкогольної залежності центру «Сенс». У цій моделі одужання, заздалегідь названій інтеграційною особистісно-орієнтованою розвиваючою (ІООР), враховується попередній досвід системних еволюційних моделей одужання, інтегрований в теорію особистості та етіології психологічної залежності від алкоголю.
- Профілактика зриву вважається одним з основних дієвих сучасних методів в терапії залежностей. Сьогодні існують два підходи до процесу профілактики зриву: у межах моделі змін Прохазки і Ді Климente та у межах CENAPS моделі Теренса Горські.
- Метод мотиваційного інтерв'ю (МІ) швидше є моделлю зміни рівня захопленості клієнта в процес одужання. Водночас сам метод МІ є усього лише методом додаткового мотивування до одужання, що не зачіпає його головні причини і принципи (необхідні особистісні зміни).
- Модель зриву, запропонована Теренсом Горські, описує послідовність негативних змін станів особистості (емоційних, поведінкових і когнітивних), підсумком яких є рецидив (вживання психоактивної речовини). Модель CENAPS сьогодні є однією з кращих моделей профілактики зриву, що дозволяє виробити у залежної людини навички відстеження ознак рецидиву на ранніх етапах і, як наслідок, підвищити вірогідність збереження тверезості. Модель Теренса Горські широко використовується в сучасній реабілітаційній практиці, і на ній засновані когнітивно-поведінкові тренінги з профілактики зриву.
- Метод торпедо – це інноваційний підхід до лікування алкоголізму, який розроблено з урахуванням сучасних наукових досягнень і медичних технологій. Він являє собою комплексну програму, що включає в себе медикаментозний вплив на організм, психотерапевтичну підтримку і

реабілітаційні заходи. Принцип роботи методу торпедо заснований на блокуванні рецепторів, що відповідають за приємні відчуття, пов'язані з вживанням алкоголю. Завдяки спеціальним препаратам, що входять до складу програми, алкоголь перестає викликати бажання і задоволення, що допомагає подолати залежність. Крім того, метод торпедо включає психотерапевтичну підтримку, спрямовану на зміну психологічних аспектів алкогольної залежності.

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найпоширеніших форм психотерапевтичної допомоги людям з різними психічними розладами. Найбільшою перешкодою на шляху до будь-якої терапії, з якою можуть зіткнутися пацієнти, є сором та осуд; більшість програм спрямовані саме на вирішення цих проблем. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних, сучасних, науково-обґрунтованих методів психотерапії. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою психотерапевта клієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення та поведінки на більш реалістичні та такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще.

На відміну від методів емоційно-стресової психотерапії, в яких негативне ставлення до алкоголю у хворих формується внаслідок переживання комплексу неприємних для них наслідків, опосередкована психотерапія використовує тільки заборонні формулювання, спрямовані на створення у пацієнта відчуття стійкої небезпеки за своє здоров'я та життя у разі вживання алкоголю. Опосередкована терапія формує у хворого попередню установку на очікування неприємних вегетативних реакцій на алкоголь.

В основу дії опосередкованої психотерапії покладені такі положення:

- вироблення у хворого активної установки на результат лікування;

- система психотерапевтичної підготовки пацієнта (бажано поетапної), в якій велика увага приділяється раціональному поясненню принципу лікування;

- посилення психотерапевтичних дій шляхом застосування групової підготовки, формування у хворих стану напруженого очікування сеансу терапії; - використання прийнятого у суспільстві ставлення до того чи іншого методу лікування та ставлення до лікування самого пацієнта.

Значного поширення набула методика опосередкованої психотерапії, розроблена О.Р. Довженко. Вона має в основі використання комплексу психотерапевтичних прийомів, матеріалізованих через фізичні стресові дії і спрямована на активацію емоційних механізмів мозку.

Г.М. Ентін підкреслює, що вирішальну роль у методі “кодування” за Довженком грає вміння лікаря-психотерапевта оволодіти аудиторією та переконати пацієнтів у його ефективності. Слабким місцем методу є установка на обмеження вживання алкоголю лише терміном “кодування”.

Г.І. Григор’єв та О.Н. Кузнєцов розробили метод масової емоційно-естетичної психотерапії. Обґрунтуванню та оцінці ефективності емоційно-стресової терапії при лікуванні хворих на алкоголізм присвячені дослідження С.І. Табачнікова.

М.І. Тонкаль та Ю.В. Валентик розробили комплексну психотерапевтичну методику лікування хворих на алкоголізм у стані неспання, використовуючи сугестивний тренінг.

Складники методу: індивідуальна і групова раціональна психотерапія; комбінований вплив психотерапевтичних заходів (гетеро- й аутосугестія); індивідуальне й групове сугестивне тренування. Психотерапевтичний процес проводили у 3 етапи: 1 - відбір до психотерапевтичної групи; 2 - сугестивний тренінг у лікувальній групі; 3 - диференційований вихід з лікувальної групи. Метод опрацьований на 60 хворих на алкоголізм. Автори відзначають, що внаслідок лікування хворі в усіх випадках змогли сформувати навички психічної саморегуляції, підвищилося критичне ставлення до захворювання, досягнуто

формування сприятливої установки на лікування. З опануванням цієї методики хворий здобував здатність долати патологічний потяг до алкоголю, якщо такий актуалізувався.

У вітчизняних дослідженнях значно гірше розроблені методологія та стратегії психотерапевтичної та психокорекційної роботи з хворими на алкоголізм.

У сучасних зарубіжних дослідженнях проведене ретельне вивчення ефективності різних методів психотерапії при корекції залежної поведінки. Помітна тенденція до застосування психотерапевтичних методів, напрацьованих у різних теоретико-методологічних орієнтаціях.

Одним із ефективних методів, що використовують при лікуванні алкогольної залежності є гештальт-психотерапія, яку можна сприймати як систему виховання, спрямовану на зміну ставлення особистості до себе і оточуючого світу, як стиль життя, що характеризується спонтанністю, щирістю, спрямованістю на вдосконалення особистості.

Непоганий результат у лікуванні хворих на алкоголізм дає **міжособистісна терапія Клемана,** метою якої є зменшення або припинення зловживання і розвиток більш ефективних стратегій поведінки, ніж ті, що призвели до зловживання. Міжособистісна терапія підкреслює важливість у лікуванні основних таких 4 положень:

1) додержання медичної моделі психічних розладів;

2) зосередження уваги пацієнта на теперішніх міжособистісних діях;

3) використання терапевтом дослідницької позиції, що аналогічна установкам підтримувальної та дослідницької терапії;

4) стислість і виразність стану уваги.

Особистісну терапію найчастіше використовують у поєднанні з медикаментозним лікуванням, але вона може бути ефективною і без медикаментозних впливів.

Взаємовідносини залежних пацієнтів з членами своєї родини є суттєвим фактором, який впливає на їх психічний стан та спрямованість на одужання як в період зловживання, так і період одужання. Багато авторів порівнюють результати

дослідження груп поведінкової терапії, інтерактивної сімейної терапії з контрольною групою, в якій не проводилися психотерапевтичні втручання. Пацієнти обох експериментальних груп мали більші ремісії, ніж пацієнти контрольної групи. Дослідження довело також, що підключення членів родини хворого до психотерапевтичного процесу значно покращує взаємовідносини в родині, що в свою чергу, сприяє одужанню хворого.

Позитивно впливає на хворих з ознаками залежності їх участь у наданні допомоги іншим залежним пацієнтам. Допомога іншим пацієнтам дає більш позитивний результат, ніж тривалість госпіталізації, нейропсихологічний стан, доза, яку до лікування вживав хворий. Це може бути допомога в умовах стаціонару хворих з більшим досвітом тверезої поведінки хворим, що тільки починають свій шлях до одужання. Після завершення лікування хворі беруть участь у роботі груп одужуючих пацієнтів. Порівняльне дослідження виявило, що різні варіанти поведінкової терапії, що поєднані з терапією сім'ї, роботою над подоланням рецидивів та участю в наданні допомоги іншим пацієнтам дають кращі результати, ніж аналогічні програми, але без участі хворих в наданні допомоги іншим залежним пацієнтам.

Для стійкої ремісії необхідна зміна стилю життя. Тому дослідники приділяють велику увагу створенню різних програм проведення вільного часу. При цьому підкреслюється важливість зміни основних позицій хворого щодо дозвілля, а саме: психологічної (мотиваційний аспект); соціальної (рольове значення суб'єкта в сім'ї та колективі); політико- економічної (вартість дозвілля, його соціальна та індивідуальна користь); впливу дозвілля на почуття.

Напрями роботи з пацієнтами в умовах індивідуального консультування, що пропонуються, сприяють активнішому залученню хворих до групової психокорекційної роботи, а самостійно зроблені відкриття у сфері самопізнання можуть стати матеріалом для групового обговорення.

Таким чином кінцевою метою психокорекційної роботи з хворими на алкоголізм є формування у них установки на утримання від зловживання та спрямованість на особистісний розвиток.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Юридична психологія, № 2, 2015, Психологічне здоров'я особистості, Ярема Наталія Юріївна – кандидат психологічних наук, викладач кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ.

2. Інтегративна Антропологія, № 2 (22) 2013, В. О. Лефтеров, д-р псих. наук, проф. "Проблеми психологічного здоров'я та надання психологічних послуг населенню"

3. Н. В. Гаркавенко, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича , С. І. Собкова кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології, Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича "Компоненти психічного і психологічного здоров'я підлітка як чинники його особистісного здоров'я", URL: http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/6_2019/part_2/7.pdf

4. Русинка І.І. Психологія: Навч. посіб. - К.: Знання, 2007. - 367 с

5. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини / І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич ; за заг. ред. І. Я. Коцана. Луцьк : Вежа, 2011. – 430 с.

6. ВІСНИК ЛЬВІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ Філософські науки. 2007. Вип. 10. Інна Галецька, 2007 КРИТЕРІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

7. Структура людської особистості за Фрейдом, https://alexus.com.ua/struktura-lyudsko%D1%97-osobistosti-za-frejdom/

8. Аналітична психологія і психотерапія К. Юнга, основні положення. https://alexus.com.ua/analitichna-psixologiya-i-psixoterapiya-k-yunga-osnovni-polozhennya/

9. Внутрішні та зовнішні чинники збереження психологічного здоров'я. Автор(и) Н. Ю. Волянюк, Г. В. Ложкін, Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського. https://jhealth.donnu.edu.ua/issue/view/245

10. № 36 (2017): ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ / Статті Загальна характеристика психологічної специфіки не психотинних особистісних розладів (по МКБ-10)Автор К.С. Максименко DOI: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2017-36.%25p

11. Смульсон Марина Лазарівна, член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор, завідувачка лабораторії нових інформаційних технологій навчання Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України Психологічні механізми в концепції навчанн Я Ю.І. МАШБИЦЯ

https://lib.iitta.gov.ua/7802/1/Smulson_Maryna_Lazarivna_Psyhologichni_mehanizmy_v_koncepcii_navchannja_Yu_I_Mashybytsya.pdf

12. Брут А. Психічне здоров'я нації — під загрозою? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://h.ua/story/17415/

13. URL: http://www.likar.info/novosti-Ukrainy/news9322-ukrayina-prijednalas-do-yevropeyskoyi-deklaratsiyischodo-ohoroni-psihichnogo-zdorovya/

14. Роль батьків у психосоціальному розвитку дитини до розлучення І.М. Руденко, https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/8435/1/14.pdf

15. Психологія сім'ї: конспект лекцій / ІринаУшакова – Х.: НУЦЗУ, 2019. – 90 с.

16. Дуткевич Т.В. Загальна психологія, теоретичний курс https://pidru4niki.com/79874/psihologiya/zagalna_psihologiya

17. А.А. Палій, Диференціальна психологія, https://pidru4niki.com/1584072030228/psihologiya/diferentsialna_psihologiya_

18. Доповідь «Психологічне здоров'я, його критерії та ознаки порушення»

https://alexus.com.ua/dopovid-psixologichne-zdorovya-jogo-kriteri%D1%97-ta-oznaki-porushenn/

19. О. В. Винославська, О. А. Бреусенко-Кузнєцов, В. Л. Зливков, А. Ш. Апішева, О. С. Васильєва. За наук. ред. О. В. Винославської. Психологія, Навчальний посібник, Київ, ІНКОС, 2005. http://ebk.net.ua/Book/psychology/vinoslavska_psihologiya/part1/1302.htm

20. С.Д. Максименко, Загальна психологія, https://pidru4niki.com/158407208622/psihologiya/zagalna_psihologiya

21. https://rehab.net.ua/uk/elementy-programy-12-krokiv/

22. 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.

23. Русинка І.І. Психологія: Навч. посіб. - К.: Знання, 2007. - 367 с.

24. Іванов В.О. та ін. І-50 Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: Науково-методичний посібник / В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков — К.: ПАТ «Віпол», 2013. — 128 с.

25. Л. М. Вольнова Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна педагогіка» у двох частинах. – Ч. ІІ. Практична частина. – 2-ге вид., перероб і доповн. – К., 2016. – 193 с.

26. Кошова І. В., Кресан О. Д. К 76 Психологія девіантної поведінки: Навчально-методичний посібник. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.

27. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини/за ред. І.В. Толкунової. Київ: 2018.-156 с.

28. Основи медичної психології [Текст]: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. – 255 [3] с.

29. Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження: навч.-метод. посіб. / О. Л. Туриніна. — Київ : ДП "Вид. дім "Персонал", 2018. — 206 с. — Бібліогр.: с. 199–205.

30. Горбунова В.В. Г49 Експериментальна психологія в схемах і таблицях: Навчальний посібник. К.: «ВД «Професіонал», 2007. 208 с.

31. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. – Дрогобич : Посвіт, 2015. – с.

32. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія / В.С. Штифурак., О.М. Шпортун - Вінниця. - 2019, – 331с.

33. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1.

Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.

34. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник / Алла

Богданівна Мудрик. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. – 236 с.

35. Дуткевич Т.В. Загальна психологія, теоретичний курс. https://pidru4niki.com/79874/psihologiya/zagalna_psihologiya

36. Довженко, О.Р. (2010). Місце методу стресопсихотерапії у лікуванні алкоголізму. VIII з`їзд невропатологів, психіатрів та наркологів: Тез. доп.

37. Міжнародний науковий електронний журнал ΛΌГОΣ. ONLINEInternational scientific e-journalΛΌГОΣ. ONLINENo16‖ Грудень, 2020No 16‖ December, 2020©Харківська А.І.,2020 https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/2663-4139© KharkivskaA.,2020https://doi.org/10.36074/2663-4139.16.051ОПУБЛІКОВАНО/ PUBLISHED : 08.12.2020 PSYCHOLOGY AND SOCIOLOGYUDC 612.8221: 616.89DOI10.36074/2663-4139.16.05 Собливості методів та напрямів психотерапевтичної допомоги хворим на алкоголізм

38. Метод стрессопсіхотерапіІ А.Р. Довженко

http://narkolog.inkiev.net/index.cgi?action=biblioteka_metod_dovzhenko_7&lang=ua

39. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О. Когнітивно-поведінкова терапія для зниження вживання алкоголю пацієнтами замісної підтримуючої терапії. Київ – 2022. Матеріали опубліковані за підтримки Надзвичайної ініціативи

Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC) і МБФ «Альянс громадського здоров'я».

40. Психологічна діагностика цінностей методикою Ш. Шварца "Портрет цінностей" (культурна адаптація Семків І.І.). Методичні вказівки до проведення практичних занять з дисципліни "Соціальна психологія" для студентів спеціальності 6.030103 "Практична психологія" / Семків І.І. – Львів. Видавництво Національного університету "Львівська політехніка", 2012. – 17с.

41. Актуальні питання сучасної психології : збірник наукових праць /[за ред: Кузікової С. Б., Щербакової І. М.]. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – Т. 1.– 320 с.

42. Сердюк О. О. Особливості структури мотивації вживання алкоголю: досвід соціологічного вивчення // Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених: Збірник наукових праць. — Харків: Університет внутрішніх справ, 1999. Вип. 5. С. 183–187. http://www.psychiatry.ua/articles/paper055.htm

43. методичне видання Психологу для роботи. Діагностичні методи: збірник (уклад. М.В. Лемак та В.Ю. Петрище) , 2-е видання – Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2012.-616с.:іл.