**РЕФЕРАТ**

Текст - 87 с., рис. - 8, табл. - 4, додатки - 3, джерел – 65

В роботі проаналізовано основні теоретичні підходи до проблеми узалежненої поведінки у вітчизняній та зарубіжній психології. Надано психологічну характеристику осіб молодого і зрілого віку. Розглянуто сучасні підходи до методів корекції узалежненої поведінки.

Проведено аналіз та підібрано психодіагностичні методики, спрямовані на виявлення особистісної диференціації узалежненої поведінки у молодому і зрілому віці. Проведено констатувальний експеримент з проблеми дослідження. Зроблено математичний аналіз показників дослідження. Запропоновано методи психологічної допомоги щодо подолання узалежненої поведінки у осіб молодого і зрілого віку.

Ключові слова: УЗАЛЕЖНЕНА ПОВЕДІНКА, АЛКОГОЛІЗМ, АТАРАКТИЧНА МОТИВАЦІЯ, ГЕДОНІСТИЧНА МОТИВАЦІЯ, СУБМІСИВНА МОТИВАЦІЯ, МОТИВАЦІЯ З ГІПЕРАКТИВАЦІЄЮ ПОВЕДІНКИ, ПСЕВДОКУЛЬТУРНА МОТИВАЦІЯ, АЛКОГОЛЬНА ПОТРЕБА, УЗАЛЕЖНЕНІСТЬ ВІД АЛКОГОЛЮ, МОЛОДИЙ ВІК, ЗРІЛИЙ ВІК, ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ, АЛКОГОЛЬ, МОТИВАЦІЙНА АГРЕСІЯ, ВОРОЖІСТЬ, НЕРВОВО-ПСИХІЧНА НАПРУЖЕНІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА.

**ЗМІСТ**

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ

ПРОБЛЕМИ УЗАЛЕЖНЕНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Аналіз літератури з проблеми узалежненої поведінки у

вітчизняній та зарубіжній психології 10

1.2. Психологічна характеристика осіб молодого і зрілого віку 17

1.3. Сучасні підходи до методів корекції узалежненої поведінки 23

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 32 РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ

ОСОБИСТІСНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНОЇ

ПОВЕДІНКИ У МОЛОДОМУ І ЗРІЛОМУ ВІЦІ 34

2.1. Методичні заходи, хід та процедура констатувального

експерименту 34

2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів

констатувального експерименту 45

2.3. Напрямки психологічної допомоги при узалежненій поведінці

у осіб молодого і зрілого віку 56

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 68

ВИСНОВКИ 70

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 73

ДОДАТКИ 78

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Узалежнена поведінка, зокрема, алкоголізм - дуже поширена проблема з трагічними наслідками. Про неї нині говорять у всьому світі. З цим пов'язують і падіння звичаїв, і зростання злочинності, і збільшення транспортних аварій та інших нещасних випадків.

Однією з причин поширення алкоголізму є дефіцит знань про алкоголь та його вплив на організм людини. Люди помиляються, вважаючи алкоголізм розвагою, що відносить у світ приємних відчуттів.

Протягом останніх років кількість осіб молодого і зрілого віку, які вживають алкоголь значно зросла. Цей факт зумовлений перш за все соціально-економічною кризою, яка затяглася в Україні. Проте, зазначені фактори соціального середовища впливають на багатьох людей, які мешкають в Україні, однак далеко не всі вони стають алкоголіками. Отже, як доведено в дослідженнях (В. С. Бітенський, А. Є. Лічко, Н. Ю. Максимова, В. М. Синицький) важливим фактором є наявність певних рис особистості.

Разом з цим до цього часу немає чіткого порівняльного психологічного портрету осіб молодого та зрілого віку, які вживають алкоголь. Вивчення структури особистості осіб молодого та зрілого віку зазначених груп, урахування їх характерологічних особливостей сприятиме прогнозуванню ризика вживання наркотичних речовин, у тому числі алкоголю, а також розробці більш точних і ефективних профілактичних й корекційних та психотерапевтичних заходів.

Ситуація складається так, що жертвою алкоголізму може стати будь-хто, а горе і сльози увірватися в будь-яку родину. Суспільство повинне знати, що алкоголізм - це хвороба небезпечна. Тому необхідна активна боротьба на всіх рівнях. Особливе значення має розпізнавання хвороби на ранніх стадіях. Соціальна значущість алкоголізму очевидна, бо вона віднімає у суспільства молодих і енергійних людей, здорове потомство, забирає з собою у небуття нерозкриті таланти.

Проблемою дослідження займалися видатні вітчизняні та зарубіжні психологи, а саме: Б. С. Братусь, В. В. Гульдан, Т. А. Донських, Н. Є. Завацька, В. Ю. Зав'ялов, Б. В. Зейгарник, І. П. Короленка, Ц. П. Короленко, К. Ю. Корольов, Г. А. Корчагіна, О. А. Кошкіна, Л. В. Куликов, А. Є. Лічко, Н. Ю. Максимова, І. П. П'ятницька, В. Є. Рожнов, О. Л. Романова, І. І. Шуригіна, Т. С. Яценко.

**Об'єкт дослідження –** узалежнена поведінка особистості.

**Предмет дослідження –** особистісна диференціація узалежненої поведінки на різних етапах онтогенезу.

**Мета дослідження –** теоретичнообгрунтувати та експериментально дослідити особливості особистісної диференціації узалежненої поведінки у молодому та зрілому віці, запропонувати напрямки психологічної допомоги при узалежненій поведінці для осіб молодого і зрілого віку.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи до проблеми дослідження узалежненої поведінки у вітчизняній та зарубіжній психології.

2. Надати психологічну характеристику осіб молодого і зрілого віку.

3. Провести констатувальний експеримент, спрямований на виявлення особливостей особистісної диференціації узалежненої поведінки у молодому і зрілому віці.

4. Запропонувати методи психологічної допомоги щодо подолання узалежненої поведінки у осіб молодого та зрілого віку.

**Теоретичну та методологічну основу дослідження** становили: концепції розвитку психіки і особистості в діяльності (Л. С. Виготський, В. В. Давидов, О. М. Леонтьєв, Г. С. Костюк, С. Д. Максименко, В. О. Роменець, С. Л. Рубінштейн та ін.); концепції та підходи, спрямовані на роботу з адиктивною поведінкою людини (Б. С. Братусь, Б. В. Зейгарник, К. Ю. Корольов, І. П. Короленко, В. Ю. Зав'ялов, О. А. Кошкіна, Г. А. Корчагіна, Л. В. Куліков, А. Є. Лічко, Н. Ю. Максимова, А. А. Порнов, І. П. П'ятницька, В. Є. Рожнов та ін.); погляди на природу особистісних відхилень та дослідження з проблем психологічної корекції (О. Ф. Бондаренко, Л. Ф. Бурлачук, С. В. Дворяк, Е. Г. Ейдеміллер, О. С. Кочарян, А. Є. Лічко, Н. Ю. Максимова, В. Д. Москаленко, Л. Е. Орбан-Лембрик, В. М. Синицький, В. В. Синьов, Т. С. Яценко та ін.).

**Методи дослідження:** спостереження; бесіда; констатувальний експеримент; тестування (міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник – ММРІ, тест Басcа – Даркі, опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича, восьмикольоровий тест М. Люшера); методи психологічної допомоги; методи математичної обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в уточненні психологічних уявлень про особистість осіб молодого і зрілого віку з адиктивною поведінкою та психолого-педагогічних поглядів на проблему її корекції; визначенні специфічних якостей особистості осіб молодого та зрілого віку, які вживають алкоголь.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що, з урахуванням виявленої особистісної диференціації, запропоновані напрямки психологічної допомоги щодо подолання узалежненої поведінки у молодому і зрілому віці. Данідослідження можуть бути використані психологами, соціальними працівниками, науковцями для розуміння проблем узалежненої поведінки у молодому і зрілому віці, а також в процесі психодіагностичної та психокорекційної роботи.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ узалежненої поведінки особистості**

**1.1. Аналіз літератури з проблеми узалежненої поведінки** **у вітчизняній та зарубіжній психології**

Узалежнена поведінка являє собою одну з форм девіантної (що відхиляється) поведінки, яке проявляється у прагненні до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин [15].

У психологічній літературі узалежнена (узалежнена ) поведінка розглядається як форма девіантної поведінки, тобто такої, що виходить за межі офіційно встановлених або фактично сформованих соціальних норм і шкодить як людині, так і суспільству (Б. С. Братусь, В. В. Гульдан, Т. А. Донських, Ц. П. Короленко, Н. Ю. Максимова, О. Л. Романова). Узалежнена поведінка є виявом бажання змінити свій психічний стан в напрямку виникнення інтенсивних позитивних емоцій насамперед за допомогою вживання певних речовин (алкоголя, наркотиків та ін.) [3].

Алкоголізм - це стан, що виникає внаслідок споживання алкоголю і характеризується постійною або періодичною потребою в ньому. Вперше термін «алкоголізм» був застосований в 1849 році шведським лікарем і громадським діячем М. Гуссом для позначення сукупності хворобливих змін, що відбуваються в організмі під впливом вживання спиртних напоїв [5].

Вітчизняні науковці наголошують на особистісному підході до вивчення узалежненої поведінки осіб молодого та зрілого віку, який орієнтує на розгляд її як результат відхилення у розвитку особистості внаслідок негативного впливу різних факторів. Так, одні автори вказують на роль соціально-психологічних чинників у формуванні залежності від наркотичних речовин (О. О. Олександров, В. В. Гульдан, В. Ю. Завьялов, І. М. П'ятницька, І. І. Шуригіна), інші – дотримуються концепції особистісної схильності до них (В. В. Ковальов, А. Є. Лічко, К. Л. Мілютіна та ін.). У працях Н. Ю. Максимової обгрунтовано значущість особистісної деформації у процесі наркотичного узалежнення осіб молодого і зрілого віку [7].

Надумку Б. С. Братуся, психоактивна речовина відображає проекцію психологічного очікування, актуальних потреб і мотивів на психофізіологічний фон сп'яніння, створюючи внутрішню картину, яку людина приписує дії напою [8].

На думку Ц. П. Короленко і Т. А. Донських мотивація вживання алкоголю має кілька форм [31]. Розглянемо їх.

Атарактична мотивація полягає в прагненні застосування речовин з метою пом'якшення або усунення емоційного дискомфорту. Серед симптомів, які, в першу чергу, підштовхують людину до вживання таких речовин, виявляються страх, тривога, депресія, а також купірування внутрішньоособистісних конфліктів.

Гедоністична мотивація сприяє підвищенню нормального настрою. Людина з аддиктивної спрямованістю вчинків схильний шукати в алкоголі спосіб відходу від реальності в ілюзорний світ, який доставляє йому насолоду. При цьому він вибирає з алкогольних напоїв лише ті, які мають ейфорізуючий ефект, що сприяє швидкому і різкому підвищенню настрою, появі смішливості, добросердя, радості, легкого досягнення сексуального оргазму.

Субмісивна мотивація застосування речовин відображає нездатність людини відмовитися від пропонованого навколишніми прийому алкоголю, яка є наслідком характерологічних чи особистісних особливостей людини. В одному випадку це обумовлено ананкастичними чи залежними рисами характеру (боязкістю, сором'язливістю, конформністю, тривожністю, обережністю у спілкуванні), при яких індивід намагається уникати ситуацій осуду. Страх опинитися поза колективом, бути вигнаним з нього за неконформну поведінку є базою для субмісивної мотивації.

Мотивація з гіперактивацією поведінки близька до гедоністичної, але грунтується не на ейфорізуючий, а активуючий ефект речовини. При даній формі мотивації базисним стає потреба вивести себе зі стану пасивності, байдужості, апатії та бездіяльності з допомогою речовин, що провокують незвичайну, позамежну жвавість реакції і активність.

Псевдокультурна мотивація грунтується на світоглядних установках і естетичних уподобаннях особистості. Людина розглядає вживання алкоголю крізь призму «вишуканості смаку», причетности до кола обраних. Важливо не саме вживання речовин, скільки демонстрація цього процесу оточуючим.

Е. Є. Бехтель виділяє три механізми домінування алкогольної потреби у формуванні залежності з комплексом клінічних симптомів і синдромів [25]:

1. Еволюційний механізм. У міру підвищення інтенсивності ейфоризуючого ефекту відбувається зростання потреби, яка з другорядної, додаткової стає спочатку конкуруючої, а потім домінуючою.

2. Деструктивний механізм. Руйнування особистісної структури, викликані якимись психотравмуючими факторами, крахом особистості, супроводжуючись зміною її ціннісної орієнтації. Значення перш домінуючих потреб при цьому знижується. Другорядна потреба в речовинах, що змінюють психічний стан, може неочікувано стати домінуючою, основним сенсоутворювальним мотивом діяльності.

3. Механізм, пов'язаний з початковою аномалією особистості. Він відрізняється від деструктивного тим, що аномалія є тривала існуючою, а не виникла внаслідок психотравмуючого впливуна на особистість. При цьому спостерігається три варіанти аномалій, обумовлених: а) аморфною особистісною структурою, коли будь-яка скільки-небудь значуща потреба швидко стає домінуючою; б) недостатність внутрішнього контролю, коли неповна интеріоризация загальноприйнятих норм не дозволяє виробити внутрішні форми контролю; в) аномалією мікросередовища, коли перекручені групові норми формують аномальні установки на вживання речовин, що змінюють психічний стан.

В. А. Петровський вважає, що у аддиктивної особистості спостерігається феномен «спраги гострих відчуттів», що характеризується спонуканням у ризику, обумовленим досвідом подолання небезпеки [9].

З. Фрейд, як представник зарубіжної психологічної думки, вважав алкогольну та наркотичну залежність - серйозним захворюванням. На його думку головним в узалежненій поведінці є не імпульс до саморуйнації, а дефіцит адекватної інтерналізації батьківських фігур і, як наслідок, порушення здатності до самозахисту [17]. Говорячи простіше, при наявності незадовільних (сверхтурботливих або відсторонених) відносин з матір'ю, в дорослому стані наркотичні об'єкти виконують функцію матері, яку дорослий не здатний виконати сам для себе. Однак вони обов'язково зазнають невдачі, тому що є скоріше соматичними, ніж психологічними спробами впоратися з відсутністю матери, і тому забезпечують лише тимчасове полегшення. У психоаналізі само собою на перший план висуваються проблеми потягів людей з алкогольною залежністю. Орально- сисна поведінка людей з алкогольною ​​залежнiстю настільки очевидна, що дозволяє помітити у цьому продовження поведінку немовляти по відношенню до материнських грудей. Пляшка або стакан можуть мати навіть перевагу в порівнянні з материнською груддю, оскільки вони завжди є в розпорядженні [4].

Але психоаналітичний підхід стверджує так само, і те, що крім усього іншого, алкогольна залежність є спробою самолікування від неусвідомлюваних емоційних проблем. Вибір речовини може прояснити який психологічний біль залежний хоче заглушити. Алкоголь викликає седативний (заспокійливий) ефект, може полегшити тривогу і заспокоїти нерви, у той час як кокаїн (стимулятор), є антидепрессантом [11].

К. Г. Юнг вирішальним чином вплинув на лікування від алкоголізму американця Вільсона і в 1934 році брав участь у співзасновництво Товариства анонімних алкоголиків [52].

А. Маслоу здоров'я розумів як процес руху до самоактуалізації, людина відповідальна за своє здоров'я [29].

Л. Бинсвангер вважав, що хворий інакше, ніж здоровий, сприймає реальність, бачить в ній те, що приховано від інших. Завдання лікаря - допомогти хворому повноцінно функціонувати і краще розуміти себе. Моменти, що визначають добробут, - ставлення до смерті, свобода, екзистенціальна ізоляція, ставлення до сенсу життя [65].

С. Гроф, як представник трансперсональної психології, бачить джерело здоров'я і лікування у свідомості індивіда [52].

Б. Сегал виділяє такі психологічні особливості осіб з адиктивними формами поведінки [48]:

1. Знижена переносимість труднощів повсякденного життя, разом з гарною переносимістю кризових ситуацій. Кризові ситуації з їх непередбачувальністю, ризиком і вираженими афектами є для них тим грунтом, на якому вони набувають впевненості у собі, самоповаги і відчуття переваги над іншими.

2. Прихований комплекс неповноцінності, що поєднується з зовні проявленою перевагою.

3. Зовнішня социабільність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами.

4. Прагнення говорити неправду.

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

6. Прагнення йти від відповідальності у прийнятті рішень.

7. Стереотипність, повторюваність поведінки.

8. Залежність.

9. Тривожність.

По думку Е. Берна [3], у людини існує шість видів голоду: голод по сенсорної стимуляції; голод за визнанням; голод по контактах і фізичних дотиків; сексуальний голод; голод по структуризації часу; голод по інцидентах. У суб'єкта з адиктивних типом поведінки кожен з перелічених видів голоду загострений. Він намагається досягти підвищеного рівня сенсорної стимуляції (віддає перевагу голосному звуку, різким запахам, яскравим зображенням), прагне до неординарності вчинків (в тому числі, сексуальних), намагається заповнити час яскравими моментами.

У 1956 р. А. Пфефер, дотримуючись точки зору, що алкоголізм - перш за все психологічний процес, намагається знайти клінічну основу змін у розвитку наркоманії [38].

Н. Вексберг, аналізуючи алкоголізм, прийшов до висновку, що при всіх цих захворюваннях виникає надзвичайно виражене прагнення до отримання специфічного задоволення. Вексберг не виключає можливості, що у виникненні зазначеного потягу можуть мати значення вихідні психологічні характеристики людини, такі як, наприклад, "первинне прагнення до задоволень", що полегшує розвиток алкоголізму [27]. Однак, на думку автора, все ж таки не існує достатніх підстав для виділення "преалкогольної", що прагне до задоволень особистості як особливої ​​особистості, схильної до алкоголізму. У своїй роботі "Алкоголізм як хвороба" Н. Вексберг називає алкоголізм психологічною хворобою. Серед ознак, властивих алкогольної особистості, їм виділяються: прогресуюче зниження інтересу до життя, втрата емоційного стрижня, що призводить до виходу з психічної рівноваги з незначного приводу, роздратованості, відсутності сталості у виконанні роботи, поверхова сентиментальність, слізливість, байдужості по відношенню до інших людей, культурних цінностей.

Дж. Келлі розробив техніку репертуарних решіток «як метод вивчення системи особистих конструктів, як спосіб влізти в шкуру іншого, побачити світ його очима, увійти в його становище» [11]. Внутрішній світ, світогляд людини, якщо він адекватний, забезпечує і фізичне, і душевне здоров'я. На поведінковому рівні його можна розглядати як відкритий людиною спосіб поведінки, система ж конструктів забезпечує кожну людину її власної сіткою поведінкових стусан, не тільки на обмежуючих його дії, але і відкриваючих перед ним свободу, яка в іншому випадку була б для нього психологічно неіснуючої » [11].

Ф. Франселла, Д. Банністер описують так звані «несбалансовані тріади» [17]. Тріада складається з трьох понять і відносин між ними. Тріада може бути "збалансованою" і "незбалансованою". Наприклад, тріада може включати такі елементи. Я - це позиція, наприклад, дитини. Ставлення в даному випадку можна виразити таким чином. "Я люблю свого батька". "Батько позитивно ставиться до алкоголю". "Я не виношу алкоголю". Виходить, що чим сильна я люблю свого батька, тим сильніше тиск на інше ставлення - до алкоголю. Виникає явище емоційного конфлікту. Мабуть, таке емоційне протиріччя не може існувати довго, якесь із відносин має змінитися, перетво-титься в збалансовану тріаду. Збалансованої тріадою вважається така тріада, у якій всі відносини мають позитивний знак (тобто +,+,+), або одне з відносин має позитивний знак, а два - негативний (тобто +, -, -) . Незбалансованої вважається така тріада, у якій всі відношення мають негативний знак, або два відносини мають позитивний знак, а одне негативний. У нашому прикладі збалансована тріада стане або за умови зміни ставлення дитини до алкоголю на позитивне, або при зміні ставлення батька до алкоголю на негативне, або при зміні ставлення дитини до батька на негативне. Якщо врахувати, що позиція батьків змінюється важко, а любов до батька для дитини дуже багато має і теж змінюється з працею, то найбільш вирогідним виходом із цього конфлікту буде зміна ставлення дитини до алкоголю на позитивне. При дослідженні випробуваних у віці від 6 до 17 років Б. Банністер показав, що з віком узгодженість системи конструктів збільшується.

**1.2. Психологічна характеристика осіб молодого і зрілого віку**

Молодість - це не тільки вікова категорія, а й соціальна категорія. Важливим новоутворенням молодості, є досягнення соціальної зрілості: 1. Вирішення соціальних завдань (придбання професії, соціального статусу, створення сім'ї). 2. Можливість виконання соціальних обов'язків. 3. Прийняття відповідальності за власне життя, рішення і вчинки на самого себе. Для досягнення соціальної зрілості необхідно вирішити проблему особистісного самовизначення (потребу в формуванні певної смислової системи про світ і про самого себе і має на увазі знаходження відповіді на питання про сенс власного існування) [29].

В період молодості (18-30 років) діяльність людини досягає прогресу в суспільній, виробничій й особистісній сферах.

Найбільша кількість укладених шлюбів припадає на період від 22 до 25 років. Молодості властивий оптимізм: людина вже почала діяти в плані здійснення своїх ідеалів і життєвих цілей. Бувають, звичайно, і труднощі, але вони не здаються непереборними. Головна мета молодості, підкреслює А. В. Толстих, полягає в реалізації можливостей саморозвитку людини.

Разом з тим саме в молодості є серйозні проблеми з розвитком самосвідомості. Як зазначав Б. Г. Ананьєв, наступ зрілості людини як індивіда (фізична зрілість) та особистості (громадянська зрілість) не збігаються в часі.

До кінця періоду молодості (приблизно до 30 років) людина переживає кризовий стан, якийсь перелом у розвитку, пов'язаний з тим, що передуявлення про життя, що склалися між 20 і 30 роками, не задовольняють його. Аналізуючи пройдений шлях, свої досягнення і провали, людина розуміє, що при вже сформованому і зовні благополучному житті особистість його недосконала, що багато часу і сил витрачено даремно, як мало він зробив у порівнянні з тим, що міг би зробити, та ін. Іншими словами, відбувається переоцінка цінностей, критичний перегляд свого «Я». Людина виявляє, що багато що вона вже не може змінити у своєму житті, в собі: сім'я, професія, звичний спосіб життя. Самореалізувавши себе на даному етапі життя, в період молодості, людина раптом усвідомлює, що, по суті, стоїть перед тим же завданням - пошуку, самовизначення в житті, з урахуванням реальних можливостей (у тому числі обмежень, які не помічалися ним раніше). Ця криза молодості свідчить про те, що він переходить на нову вікову ступінь - вік дорослості. Звернемо увагу на те, що криза тридцяти - умовна назва. Цей стан може настати і раніше і пізніше, відчуття кризового стану може наступати неодноразово впродовж життєвого шляху (як і в дитинстві, отроцтві, юності), оскільки процес розвитку йде по спіралі, не зупиняючись. Кризовий стан людини (у разі норми, а не патології) - явище позитивне, тому що дає імпульс до подальшого вдосконалення (самовдосконалення) особистості в її розвитку [41].

Численними дослідженнями встановлено, що в різні періоди життя людини спостерігається нерівномірний розвиток її психічних функцій. Так, найбільш висока ступінь сприйнятливості соціального та професійного досвіду відзначається в пору від 18 до 25 років. У ці роки відбуваються найбільші зміни в інтелектуальних функціях. Це свідчить про рухливість і гнучкість взаємозв'язків між пам'яттю і увагою. У 26-29 років увага за своїм розвитком випереджає пам'ять і мислення. Це пов'язано з різкою перебудовою особистості: визначаються життєві позиції, змінюється становище людини в сім'ї, в трудовому колективі. У 30-33 роки знову настає високий розвиток усіх інтелектуальних функцій - пам'яті, мислення та уваги, який знижується до 45 років. Потім швидкість прийому інформації, її переробки і реакції на неї, інтенсивність уваги, а також емоційна врівноваженість та інші психологічні показники знижуються.

Як було зазначено Б. Г. Ананьєвим, інтенсивність старіння інтелектуальних функцій залежить від двох чинників: внутрішнім фактором є обдарованість людини, зовнішнім – освіта [49]. Освіта протистоїть старінню, гальмує його процеси. Слід врахувати, що до 35 років відбувається становлення цілісності функціональної основи інтелектуальної діяльності людини; в період між 26 і 35 роками підвищується інтегрування межфункциональної системи; а в період між 35 і 46 роками під впливом жорсткості зв'язків між функціями та їх показниками відбувається зниження можливостей новоутворень. Це створює протиріччя, що виражається в тому, що зберігається висока інтелектуальна активність і продуктивність в звичних умовах професійної роботи і разом з тим виникають серйозні труднощі оволодіння новими видами діяльності. Тому підготовка, перепідготовка і постійне підвищення кваліфікації працівників, створення на виробництві системи безперервної освіти кадрів - важливі умови професійного та інтелектуального розвитку людини. Для дорослого основним видом діяльності стає професійна. Навчання відсувається на другий план, професійний досвід формується і накопичується у сфері безпосередньо практичної перетворювальної діяльності. У період дорослості (25-30 - 40-45 років) відбувається посилення соціального розвитку особистості, максимальне залучення її в різні сфери суспільних відносин і діяльності, що вимагає мобілізації всіх ресурсів людини, в тому числі природних задатків його як індивіда. У той же час процес розвитку особистості залежить від рівня і ступеня соціальної активності та продуктивності її самої. Період дорослості- найбільш приємний для формування основних підструктур людини, для досягнення їм зрілості як особистості і суб'єкта спілкування, пізнання і діяльності, як індивідуальності [51].

Період зрілості за віком (40-45 - 55-60 років) і станом духа людини був названий стародавніми греками часом акме, що означало вершину, вищий ступінь чого- небудь, момент найбільшого розквіту людської особистості, тотожності собі . Вітчизняний психолог М. М. Рибніков запропонував визначити терміном акмеологія спеціальний розділ вікової психології - про період розквіту всіх життєвих сил людини, що вивчає зрілу особистість.

Соціальна ситуація розвитку в період зрілості пов'язана з активним включенням людини в сферу суспільного виробництва, із створенням сім'ї, явищем своєї особистої індивідуальності в вихованні дітей, творчості, взаєминах з людьми в процесі трудової діяльності. Доросла людина прагне посісти ключове місце в суспільстві [7].

Зрілість - найбільш тривалий період онтогенезу, що характеризується тенденцією до досягнення найвищого розвитку духовних, інтелектуальних та фізичних здібностей особистості. Ця основна характеристика зрілого віку визначила інтерес до цього віку представників різних галузей знань, що зумовило розвиток акмеології - науки про періоди максимального розквіту, особистісного зростання, вищого моменту прояву духовних сил. Назва науки сформульована Н. А. Рибникова в 1928 році, коли він запропонував включити в предмет вікової психології фун­даментальний розділ- психологія розвитку зрілості або дорослості [9].

Як зазначає Д. І. Фельдштейн, життя дорослої людини- це рух, зміна, розвиток.

Говорячи про особливості зрілого віку, О. О. Бодальов підкреслює, що для науки важливо просте­жити зв'язки між особливостями «акме» людини (вищий для кожної людини рівень в його роз­витку, вершина його зрілості) і характером соціальної ситуації розвитку в цей період його життєвого шляху. Важливо зрозуміти роль самої людини в тому, якою буде вершина його життя, і коли вона явно в нього буде проглядатися [9].

На думку багатьох психологів, з початком періоду зрілості розвиток як такий припиняється; замість нього відбувається проста зміна окремих психологічних характеристик. Так, швейцарський психолог Е. Клапаред вважав, що зрілий вік рівносильний зупинці у розвитку. У Комітеті з розвитку людини при Чиказькому університеті завдання розвитку ніяк не сформульовані саме по відношенню до зрілої особистості. Причиною цього є трактування зрілості, погляд на зрілість як мета розвитку й одночасно його кінець.

Дослідження Л. Шоемфельдта і В. Оуенса (1966), що проводяться за допомогою поєднання лонгітюдного методу і методу вікових зрізів, показали що вербально - логічні функції, що досяга­ють першого оптимума в ранній молодості, можуть зростати в зрілі роки аж до 50 років і посту­пово знижуються лише до 60 років [10].

Разом з тим численними дослідженнями вітчизняних і зарубіжних вчених показано, що процес розвитку людини принципово безмежний, тому що розвиток є основний спосіб існування особистості. Як і в попередні періоди, розвиток особистості на етапі зрілості має свої специфічні психологічні особливості. У самому загальному вигляді вони зводяться до наступного: продовження виконання професійних і соціальних ролей (вони можуть по черзі домінувати і слабнути); догляд дітей з батьківської сім'ї та зміна у зв'язку з цим образу життя (деякі жінки, наприклад, повертаються на виробництво, до своєї професійної діяльності); менопауза; зміни у фізичному та інтелектуальному розвитку та ін. За багатьма експериментальними даними, середня точка цієї стадії розвитку перебуває між 45-50 роками.

Експериментальні дослідження вікових змін психічних функцій у людей у ​​віці 41-46 років показали, що активне навчання і самосвіта зберігають їх на високому рівні розвитку і створюють кращі потенційні можливості для більш продуктивної пізнавальної діяльності. Разом з тим виявлено, що найбільш високий рівень розвитку у 41 - 46-річних людей має функція уваги і найнижчий рівень характерний для функції пам'яті. Найбільш значущі підвищення рівня розвитку психічних функцій є в 41 і 44 роки, а найбільш помітні зниження відзначаються після 44 років (у 45 і 46 років) [37]. Це ще раз підтверджує принципове теоретичне положення у віковій психології про гетерохронність дозрівання, збереження і згасання різних психічних функцій у структурі психіки людини протягом її онтогенезу.

Ще однією суттєвою особливістю даного віку є те, що для різних людей цей відрізок життя, який визначається як період середнього віку, може бути більш-менш протяжним. Середній вік- це проміжний період. Як відзначають багато дослідники, середній вік виступає як місток між двома поколіннями, двома віками. Досягли сере­дини життя усвідомлюють свою відособленість не тільки від молодих людей, а й від тих, хто вий­шов на пенсію і дожив до старості. З іншого боку, люди починають розуміти, що ними було прий­нято ряд важливих рішень щодо своєї професійної кар'єри та сімейного життя; ці структури життя до теперішнього часу майже склалися - залишилося лише реалізувати їх до кінця. Разом з тим розвиток і збереження інтелектуальних можливостей, як це було показано вище, йде у різних людей по - різному.

У формуванні алкогольної залежності вирішальну роль грають наступні фактори [47]:

1. Соціальні: культурний і матеріальний рівень життя, стреси, інформа-ційні перевантаження, урбанізація.

2. Біологічні: спадкова схильність. Деякі вчені вважають, що до 30% дітей, чиї батьки зловживали алкоголем, можуть стати алкоголіками.

3. Психологічні: психоемоційні особливості особистості, здатність до соціальної адаптації і протистояння стресам.

Як правило, якщо чоловік починає систематично пити приблизно в 25 років, то він може стати алкоголіком в 35 - 45 років. Однак у багатьох випадках все відбувається набагато швидше, і людина остаточно спивається всього за кілька років. Цьому сприяють такі обставини:

1. Якщо організм ослаблений надмірними навантаженнями (це стосується студентів і спортсменів) або різними захворюваннями.

2. Якщо людина одночасно вживає й інші наркотики (наприклад, курить тютюн).

3. Якщо людина усвідомлено вживає алкоголь, щоб отримати "кайф" або забути про неприємності, а не просто "п'є за компанію".

Алкоголізм у жінок зазвичай розвивається і проявляється у віковий період від 30 до 45 років. Стадії алкоголізму у жінок виявляються з великими труднощами, ніж у чоловіків. Це залежить не тільки від приховуваного пияцтва, а й від того, що розлади, властиві певній стадії алкоголізму, у жінок можуть бути стертими або навіть відсутніми. Дані про терміни появи алкогольного абстинентного синдрому суперечливі. Можлива тривала початкова стадія, однак нерідко абстинентні розлади, що визначають другу стадію, виникають через 1-3 роки після початку систематичного пияцтва. [51]. Доведено, що діти та підлітки спиваються набагато швидше, ніж дорослі, жінки спиваються швидше, ніж чоловіки.

**1.3. Сучасні підходи до методів корекції узалежненої поведінки**

При корекції особистісних порушень необхідно враховувати моральні, духовні та соціальні фактори, які мають вплив на психологію осіб молодого та зрілого віку [25; 29; 45].

Корекція стає ефективною, якщо розглядається вся сукупність причин, які призводять до порушень поведінки осіб молодого та зрілого віку. Іноді необхідно підвищити толерантність до фрустрації, знизити тривожність або запальність тощо. Саме тому необхідно робити акцент і доводити до свідомості осіб молодого та зрілого віку ті негативні наслідки їх характеру, які призводять до неприємностей у минулому, теперішньому й можуть призвести до біди в майбутньому.

Деякі автори вважають найбільш ефективним методом корекції узалежненої поведінки осіб молодого та зрілого віку біхевіорально-пізнавальний підхід. За допомогою його вони навчають осіб молодого та зрілого віку вести соціально корисний спосіб життя, відроджують ті погреби, які стали деформованими або знищеними. Особливістю даної корекції є акцент на впровадження реальних змін у житті осіб молодого та зрілого віку: припинення вживання наркотичних речовин, крадіжок, сексуальних девіацій, зміна звичок, зустрічі з новими людьми. Зміна поведінки веде за собою зміну особистісної оцінки. "Розкриття очей" на реальний світ призводить до зміни світовідчуття. Систематичне виконання необхідних, можливо й неприємних для осіб молодого та зрілого віку, дій, врешті-решт стає звичкою й змінює їх потреби [44].

Основними методами психокорекції девіантної поведінки є психотренінг, аутодіагностика, конфронтація й освіта-усе це зумовлює можливість змінити поведінку. Важливу роль відіграє також моделювання й ідентифікація з іншими людьми. Тому ряд авторів надають перевагу груповим методам психотерапії перед індивідуальними [56]. Це відбувається у зв'язку з тим, що для осіб молодого та зрілого віку легше прийняти конфронтацію від іншого аналогічного індивідуума, ніж від психолога. На думку ряду авторів, важливу роль відіграють учасники, які мають стаж участі у груповій корекції [9].

Поведінкові моделі корекції суттєво відрізняються як від фрейдійської психодинамічної моделі, яка переважала в XX ст., так і від гуманістичної моделі Карла Роджерса [55]. Більшість із сформульованих біхевіористами законів грунтуються на відомому вченні І. П. Павлова про умовні рефлекси. Академік І. П. Павлов уперше показав, як організм собаки пристосовується й вчиться відповідати на зміни в навколишньому середовищі. У подальшому перші експериментальні дослідження на тваринах поширилися й на поведінку людини. Вперше "поведінкову терапію" незалежно один від одного використали А. Лазарус і Г. Айзенк при дослідженні проблем людської поведінки [57]. Спочатку обгрунтування поведінкової терапії базувалося на експериментальній моделі, потім даний метод отримав широке практичне застосування. У центрі поведінкового підходу знаходиться поведінка, за якою спостерігають. Такі фрейдистські поняття, як "несвідоме", "проекція" або заперечуються, або переводяться на менш містичну мову [20]. У реалізації поведінкової корекції психолог має справу безпосередньо з поведінковими проблемами й не займається причинами труднощів клієнтів [59]. Іноді рекомендовані втручання передбачають зміну реакцій партнерів, які провокують небажану для клієнта поведінку. При цьому учасники групи лише в подальшому обговорюють можливі варіанти відповідної поведінки. Метою груп тренінгу вмінь є розвиток такої поведінки, яка баж:ана суспільству. Група намагається допомогти учасникам розробити емоційні та міжособистісні вміння [17]. До типів життєвих умінь відносять керування тривогою, планування каруєри, комунікативні вміння, тренінг упевненості в собі, дослідження основних цінностей і переконань [17]. Іноді тренінг умінь доповнюється досить популярною арт-терапією, у тому числі танцювальною [45]. Формуються групи для прояснення цінностей, а також групи з проблем самотності й сексуальності.

Незалежно від мети групи вона акцентує увагу учасника на навчанні -розвиткові вміння вирішувати проблеми. Члени групи вчаться спеціальним міжособистісним умінням для емоційного самовираження без збудження в інших ворожих почуттів [51].

Існує й інший тип тренінгу вмінь, який називається структуровано-навчальною терапією. Він застосовується дпя розвитку соціальних умінь, у тому числі уміння попереджати причини виникнення стресу [22].

Як відзначалося, дуже важливим є засвоєння методів саморегуляції та саморозвиток, але не менш значними є групові форми корекції [11].

У наш час існує велика кількість групових форм психологічного впливу [62], наприклад, так звані "групи зустрічей". Уперше термін "зустріч" для назви психокорекційних груп запропонував К. Роджерс. Зустріч - спосіб встановлення стосунків між людьми, який грунтується на відкритості й чесності. Звертається увага на навички спілкування осіб молодого та зрілого віку, виявляється емпатія у ставленні до нихього5;ного впливу [62; 155; 199 без нав'язування своїх оцінок. Під час роботи, осіб молодого та зрілого віку заохочують до реалізації свого власного потенціалу розвитку. Відкритість і чесність досягається через реалізацію саморозкриття. При цьому розкриття відбувається не перед професійними радниками, до яких ми звертаємося в стресових ситуаціях, а перед партнерами по групі. Другою ознакою визначення поняття групи зустрічей є усвідомлення самого себе [26]. Необхідно добитися того, що при аналізові невдалих стосунків осіб молодого та зрілого віку з людьми, вони змогли визнати й свої тактичні помилки, а не тільки помилки оточення.

Одним із засобів, за допомогою якого групи зустрічей заохочують в учасниках ріст усвідомлення себе, є конфронтація. Але у хворобливо вразливих і самолюбивих осіб молодого та зрілого віку конфронтацію слід проводити дуже делікатно [20].

З успіхом застосовується інтервенція для корекції поведінки. Її успіх залежить не тільки від реакції учасника, але й від того, чи зможе оточення змінити звичайний стиль поведінки та знайти в собі сили брати участь у процесі, який руйнує сімейну систему потурати осіб молодого і зрілого віку (інтервенція). Головною умовою успіху інтервенції є демонстрація причини гніву або агресії, а не самого гніву (або агресії). Досить важливою обставиною, яку необхідно довести до свідомості підопічного є не звинувачення, а факти. Мета інтервенції - створення мотивації для негайного, після групової зустрічі, звертання осіб молодого і зрілого віку по допомогу [5].

У наш час одним із наймогутніших направлень сучасної психокорекції видається гештальт-терапія. Вона успішно застосовується і для корекції осіб молодого і зрілого віку з узалежненою поведінкою, і для роботи з його оточенням [57].

Головний принцип гештальттерапії - акцент на теперішнє (принцип "тут і тепер"). Особи молодого і зрілого віку з особистісними відхиленнями, так само як і інші особистості, бажають знаходитися в минулому й майбутньому. Це породжує проблеми в їхньому емоційному житті. Одні - постійно знаходяться в очікуванні невдач і неприємностей, інші - вважають себе незаслужено ображеними, неоціненний - усе це призводить до втечі від реальності і реакціям гіперкомпенсації (алкоголізації, тютюнопаління, вживання інших наркотичних речовин, бійкам, дебошам тощо) [45].

Гештальттерапія - метод, ще дозволяє звільнити від переживань, які знову повертаються, - раніше незавершених, хворобливих, емоційних. Важливою позитивною рисою гештальттерапії є також допомога в розкритті особами молодого та зрілого віку їхніх потенціальних можливостей [37].

Ф. Перлз одним із перших зрозумів важливість феноменології теперішнього. Він критично поставився до інтерпретації несвідомого. Ф. Перлз уважав, що психолог повинен фокусувати увагу на видимих проблемах клієнтів. На відміну від екзістенціалізму, який намагається пояснити переживання людей, гештальт-психологи основний акцент роблять на те, як люди сприймають своє існування [22].

Ф. Перлз розповсюдив положення гештальт-теорії сприйняття на вивчення особистості. Для пояснення сприйняття емоцій широко використовується його положення про "взаємовідносини фігури й фону". В ідеалі людина повинна розподіляти інформацію, яка поступає, таким чином, щоб значні події посідали центральне місце у свідомості, а маловажлива інформація витіснялася на периферію. В аналогічний спосіб повинні розподілятися й емоції. Слово "гештальт" - поняття, що важко перекладаєтся. Найближчому його перекладу відповіде поняття "конфігурація" (фігура) [12]. Гештальт виникає на будь-якому тлі, і являє собою найбільш значуще з цього тла. Гештальт може перевтілюватися в домінуюче поняття, думку, потяг. Як тільки потреба задоволена, гештальт завершується, тобто загублює значення, виникає новий гештальт, завершується і т. д. Іноді потребу не можна задовольнити, і гештальт залишається незавершеним. Незавершені (невідреаговані, невиражені) почуття є причиною багатьох вчинків, у причини яких особи молодого та зрілого віку не усвідомлюють. Гештальт-прийоми дозволяють висвітлити зробити фігуру більш чіткою й тим самим завершити гештальт. Завершення гештальту може відбуватися лише через усвідомлення самого себе в цей момент [27].

Для задоволення своїх потреб, осіб молодого і зрілого віку слід навчити бути в контакті зі своїм внутрішнім і зовнішнім світом. Внутрішня зона усвідомлення містить ті процеси, які відбуваються в нашому тілі. Зовнішня зона являє собою сукупність зовнішніх подій, які надходять до нашої свідомості як сенсорні сигнали. Інформація, що поступає із внутрішньої та зовнішньої зон, майже не інтерпретується. Крім внутрішньої та зовнішньої зон є ще й середня, яку Ф. Перлз називав зоною фантазії. Її складають думки, фантазії, вірування тощо. Осіб молодого та зрілого віку навчають зосередитися й на середній зоні, за допомогою чого він розуміє хід своїх думок, фантазій, мрій тощо. Знаходячись у "середній" зоні, особи молодого та зрілого віку працюють з минулим і майбутнім. Не можна, щоб вони зосереджувався лише на середній зоні, відриваючись від зовнішньої та внутрішньої.

Робота з гештальтом дозволяє розблокувати свідомість, відмовитися від чужих ідей, усвідомити власну відповідальність за те, що відбувається всередині свого "Я", розкрити глибоко сховане під "лузгою" справжнього "Я".

Існують різні техніки роботи з особами молодого і зрілого віку - "усвідомлення власних відчуттів", робота за методикою "двох стільців", "розігрування ролей" та інші. Одним із найцікавіших методів є розгадування своїх фантазій. Робота з фантазіями дозволяє вивчити гештальт своєї фантазії й збільшити потенційні можливості, які дозволяють розкрити справжнє значення цих фантазій [57].

Гештальт-підхід не є тим теоретичним підходом, що надає вже готовий набір методик. Досвідченні психологи постійно експериментують з методами, створюють нові прийоми, іноді інтуітивно вирішують проблеми осіб молодого і зрілого віку [57].

Одне з основних завдань психолога - навчити осіб молодого і зрілого віку жити в теперишньому, переживати те, що відбувається з ними зараз (а не вчора або завтра).

Друге важливе положення - робота із самосвідомістю. Особи молодого і зрілого віку, до корекції, як правило, насолоджуються відчуттями, які йдуть із зовнішнього світу, і навіть не отримують задоволення від реакцій власного тіла. Завдання психолога - навчити їх саме бачити, чути, відчувати, слухати світ сповна, добитися прийняття самого себе, інтеграції всіх частин "Я" в одне ціле [13].

Психолог активізує захисні механізми осіб молодого та зрілого віку, які дозволяють їм вижити й відродити себе. До таких захисних механізмів належить ретрофлексія, рефлексія, проекція, інтроекція. Ретрофлексія - це агресія по відношенню до себе. Психолог навчає осіб молодого та зрілого віку не спрямовувати агресію на себе, а виливати її назовні ("виплескати почуття"). Рефлексія - заперечення почуттів. Для навчання осіб молодого і зрілого віку саме відчувати, використовують спеціальні вправи. До них відноситься '"робота з внутрішньою дитиною", "проекція почуттів на неживий предмет", "робота з хворобливим "я" та інші. Конфлюенція (злиття) - повне злиття з іншою людиною або залежність від неї. Проекція - звинувачення умов та інших людей, перенесення почуттів із себе на щось поза себе. Робота з проекцією полягає в тому, щоб примусити осіб молодого і зрілого віку навпаки перенести умови з чогось спільного для себе. Інтроекція - засвоєння прийнятого оточуючими, що також сприяє витісненню емоційних переживань із самосвідомості осіб молодого та зрілого віку.

У багатьох осіб молодого і зрілого віку основними захисними стратегіями є інтроекція й рефлексія. Таким особам слід допомогти знизити гостроту переживань. Конфлюенція разом із асоціальним угрупуванням після корекції повинна замінитися конфлюенцією з членами групи, налаштованими на позитивне сприйняття життя. Поступово в процесі корекції можна переходити до роботи з проблемами взаємовідносин з іншими людьми і, нарешті, до духовних проблем [63].

У осіб молодого і зрілого віку з девіаціями поведінки безсумнівно страждає особистість, при цьому слід активізувати її захисні стратегії. І у цьому плані надзвичайно цікавим є розглянутий гештальттерапевтичний підхід.

Досліджень з гештальт-підходу поки недостатьо, однак, на підставі вже накопиченого матеріалу, можна говорити, що гештальт-терапія є оригінальним і перспективним методом корекції особистості й усвідомлення її ролі [19].

Методів психологічної корекції нараховується велика кількість [11; 17]. У цьому підрозділі наведені лише окремі методи, що є одними з найбільш поширених методів корекції узалежненої поведінки осіб молодого і зрілого віку.

Вітчизняні науковці наголошують на особистісному підході до вивчення узалежненої поведінки осіб молодого і зрілого віку, який орієнтує на розгляд її як результату відхилення у розвитку особистості внаслідок негативного впливу різних факторів. Так, одні автори вказують на роль соціально-психологічних чинників у формуванні залежності від наркотичних речовин, інші -дотримуються концепції особистісної схильності до них. Обгрунтовано також значущість особистісної деформації у процесі наркотичного узалежнювання підлітків.

Виявлено ряд спільних рис особистості у осіб молодого і зрілого віку з узалежненою поведінкою - слабкий розвиток самоконтролю, невміння долати труднощі, емоційна нестійкість. До того ж при вживанні наркотичних речовин збільшуються негативні риси особистості. Відмічається висока частота делінквентної поведінки, соціальна дезадаптація, загострюються преморбідні риси характеру у вигляді імпульсивності, вибуховності, експлозивності. Виникає суперечність самооцінки та рівня домогань.

На наш погляд більш дієвими методами корекції узалежненої поведінки осіб молодого віку є психодрама, раціональна психотерапія, рольова гра, групова психотерапія, нейролінгвістичне програмування, методи психотерапії, засновані на лікувальному впливі творчої діяльності, спілкуванні з мистецтвом і природою. Більш продуктивними методами корекції узалежненої поведінки осіб зрілого віку є гуманістичний напрям в психотерапії, позитивна психотерапія, групова психотерапія, нейролін-гвістичне програмування та сімейна психотерапія.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Узалежнена поведінка являє собою одну з форм девіантної поведінки, яке проявляється у прагненні до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин.

Вітчизняні науковці наголошують на особистісному підході до вивчення узалежненої поведінки осіб молодого та зрілого віку, який орієнтує на розгляд її як результат відхилення у розвитку особистості внаслідок негативного впливу різних факторів. Так, одні автори вказують на роль соціально-психологічних чинників у формуванні залежності від наркотичних речовин (О. О. Олександров, В. В. Гульдан, В. Ю. Завьялов, І. М. П'ятницька, І. І. Шуригіна), інші – дотримуються концепції особистісної схильності до них (В. В. Ковальов, А. Є. Лічко, К. Л. Мілютіна та ін.). У працях Н. Ю. Максимової обгрунтовано значущість особистісної деформації у процесі наркотичного узалежнення осіб молодого і зрілого віку.

З. Фрейд, як представник зарубіжної психологічної думки, вважав, що в узалежненій поведінці є не імпульс до саморуйнації, а дефіцит адекватної інтерналізації батьківських фігур і, як наслідок, порушення здатності до самозахисту. К. Г. Юнг вирішальним чином вплинув на лікування від алкоголізму американця Вільсона і в 1934 році брав участь у співзасновництво Товариства анонімних алкоголиків. Л. Бинсвангер вважав, що хвора на алкоголізм людина інакше, ніж здорова, сприймає реальність, бачить в ній те, що приховано від інших. С. Гроф, як представник трансперсональної психології, бачить джерело здоров'я і лікування у свідомості індивіда. У 1956 р. А. Пфефер, дотримуючись точки зору, що алкоголізм - перш за все психологічний процес, намагається знайти клінічну основу змін у розвитку наркоманії. Н. Вексберг, аналізуючи алкоголізм, прийшов до висновку, що при всіх цих захворюваннях виникає надзвичайно виражене прагнення до отримання специфічного задоволення.

Як правило, якщо чоловік починає систематично зловживати алкоголем у молодому віці, то він може стати хворим на алкоголізм к зрілому віку. Однак у багатьох випадках все відбувається набагато швидше, і людина остаточно спивається всього за кілька років.

Алкоголізм у жінок зазвичай розвивається і проявляється у віковий період від 30 до 45 років. Стадії алкоголізму у жінок виявляються з великими труднощами, ніж у чоловіків. Це залежить не тільки від приховуваного пияцтва, а й від того, що розлади, властиві певній стадії алкоголізму, у жінок можуть бути стертими або навіть відсутніми. Дані про терміни появи алкогольного абстинентного синдрому суперечливі. Можлива тривала початкова стадія, однак нерідко абстинентні розлади, що визначають другу стадію, виникають через 1-3 роки після початку систематичного пияцтва.

При корекції особистісних порушень необхідно враховувати моральні, духовні та соціальні фактори, які мають вплив на психологію осіб молодого і зрілого віку.

Основними методами психокорекції девіантної поведінки є психотренінг, аутодіагностика, конфронтація й освіта - усе це зумовлює можливість змінити поведінку. Важливу роль відіграє також моделювання й ідентифікація з іншими людьми.

**РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТІСНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ узалежненої поведінкИ У МОЛОДОМУ І ЗРІЛОМУ ВІЦІ**

**2.1. Методичні заходи, хід та процедура констатувального експерименту**

В даній бакалаврській роботі для дослідження особистісної диференціації узалежненості від алкоголю у молодому та зрілому віці було вико-ристано методики: міннесотський багатопрофільний особистісний опитува-льник – ММРІ, тест Басcа – Даркі, опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича, восьмикольоровий тест М. Люшера.

Алкоголізм - це стан, що виникає внаслідок споживання алкоголю і характеризується постійною або періодичною потребою в ньому.

ММРI був запропонований американськими психологами в 40-50 роках. Адаптація ММРI була проведена в 60-х роках.

Опитувальник міні-мульт являє собою скорочений варіант ММРI, містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 - оцінні.

Перші 3 оціночні шкали вимірюють щирість випробовуваного, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції, що вносяться надмірною обережністю.

Інші 8 шкал є базисними і оцінюють властивості особистості.

Перша шкала вимірює властивість особистості випробуваного з астено-невротичним типом.

Друга шкала характеризує сенситивності, рівень тривожності особистості.

Третя вказує на схильність до невротичних реакцій конверсівного типу.

П'ята шкала в цьому варіанті опитувальника не використовується, після четвертої шкали, яка говорить про схильність випробовуваного до соціопатичні варіантів розвитку особистості, слідує шоста.

Шоста шкала характеризує образливість випробовуваного, його схильність до афектних реакцій.

Сьома шкала призначена для діагностики тривожно - недовірливого типу особистості, схильного до сумнівів.

Восьма шкала визначає ступінь емоційної відчуженості, складність встановлення соціальних контактів.

Дев'ята шкала показує близькість до гіпертимному типу особистості, вимірює активність і збудливість.

Час проведення опитувальника не обмежується.

Інструкція: "Зараз Ви ознайомитеся з твердженнями, що стосуються стану Вашого здоров'я і Вашого характеру. Прочитайте кожне затвердження і вирішите, вірно воно чи невірно але відношенню до Вас. Не витрачайте часу на роздумування. Найбільш природно те рішення, яке першим приходить в голову ".

До методики додається спеціальний бланк, де на одній стороні фіксуються відповіді випробуваного. Якщо випробуваний згодний із твердженням, то в клітці з номером питання він ставить знак "+" ("так", "вірно"), якщо не згодний - знак "-" ("ні", "невірно"). На зворотному боці бланка експериментатор будує профіль особистості випробуваного з урахуванням значення шкали корекції, додаючи до зазначених у бланку шкалами відповідне значення шкали корекції.

Значення шкали К додається до базисних шкалами № 1, 4, 7, 8, 9. Наприклад: якщо за шкалою До отримано 9 балів, то до значення шкали № 1, вико-ходячи з таблиці, додають 5 балів, до значення шкали номер 4 - 4 бали, до значення шкал № 7 і № 8 по 9 балів, до значення шкали № 9 - 2 бали.

Опис шкал:

1. Шкала неправди (L) - оцінює щирість випробовуваного.

2. Шкала вірогідності (F) - виявляє недостовірні відповіді: чим більше значення але цією шкалою, тим менш достовірні результати.

3. Шкала корекції (К) - згладжує спотворення, що вносяться чрезмерної обережністю і контролем випробуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою говорять про неусвідомлену контролі поведінки.

Шкала (К) використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.

Базисні шкали:

1. Іпохондрії - "близькість випробуваного до астено - невротичних типу". Випробувані з високими оцінками повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні до влади, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

2. Депресії. Високі оцінки мають чутливі, сенситивні особистості, схильні до тривог, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальних і обов'язкові, але не здатні прийняти ре-шення самостійно, немає впевненості в собі, при найменших невдачах вони впадають у відчай.

3. Істерії. Виявляє осіб, схильних до невротичних захисних реакціям конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значніше, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу у що б то не стало, спрага захоплення. Почуття таких людей як і поверхневі й інтереси неглибокі.

4. Психопатії. Високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальних нормами і цінностями. Настрій у них нестійке, вони уразливі, збудливі і чутливі. Можливий тимчасовий підйом по цій шкалі, викликаний якою - небудь причиною.

6. Паранояльності. Основна риса людей з високими показниками але цією шкалою - схильність до формування сверхденних ідей. Це люди односторонні, агресивні і злопам'ятні. Хто не згоден з ними, хто думає інакше, той чи дурна людина, чи ворог. Свої погляди вони активно насаджують, тому мають часті конфлікти з оточуючими. Власні найменші удачі вони завжди переоцінюють.

7. Психастенії. Діагностують осіб з тривожно - недовірливим типом характеру, яким властива тривожність, боязкість, нерішучість, постійно сумніви.

8. Шизоїдності. Особам з високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні грузька відчувати і сприймати абстрактні образи, за повсякденні радощі й прикрощі не викликають у них емоційного відгук. Таким чином, загальною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних відносинах.

9. Гіпоманії. Для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерно піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі, їм не вистачає витримки і наполегливості.

Високими оцінками по всіх шкалах після побудови профілю особистості є оцінки, що перевищують 70. Низькими оцінками вважаються оцінки нижче 40.

Опитування рекомендується проводити індивідуально або в групі, при наявності у кожного випробуваного тексту опитувальника і бланка для відповідей, в присутності експериментатора, якому випробовувані можуть задавати питання. Бланк методики наведений в Додатку А .

Тест Басса – Даркі. Розроблений А. Бассом і А. Даркі у 1957 р. Тест використовується і у вітчизняних роботах (С. Н. Єніколопов, 1989 і ін.). Опитувальник складається з 75 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» чи ні».

Опитувальник направлений на діагностику мотиваційної агресії, що є прямим виявом реалізації властивих особистості деструктивних тенденцій. Створюючи опитувальник, А. Басс і А. Даркі виділили наступні види агресивних реакцій (шкали):

1. Фізична агресія (напад) – використовування фізичної сили проти іншої особи;

2. Непряма агресія – під цим терміном розуміють як агресію, яка обхідними шляхами направлена на інше обличчя (плітки, злобні жарти), так і агресію, яка ні на кого не направлена (вибухи люті, що виявляються в крику, тупання норами, биття кулаками по столу і т. д.). Ці вибухи характеризуються неспрямованістю і неврегульованістю;

3. Роздратування – готовність до вияву при щонайменшому збудженні запальності, різкості, грубості;

4. Негативізм – опозиційна міра поведінки, звичайно направлена проти авторитету або керівництва, від пасивного опору до активної боротьби проти сталих законів і звичаїв;

5. Образа – заздрість і ненависть до оточуючих, обумовлені відчуттям гіркоти, гніву на все світло за дійсні або уявні страждання;

6. Підозрілість – недовір'я і обережність по відношенню до людей, засновані на переконанні, що оточуючі мають намір заподіяти шкоду;

7. Вербальна агресія – вираз негативних відчуттів як через форму (сварка, крик, виск), так і через зміст (загрози, прокляття, лайка) словесних відповідей;

8. Відчуття вини – можливе переконання суб'єкта, що він є поганою людиною, що поступає зло, а також що відчувається їм розкаяння совісті.

Перевагою опитувальника є високий рівень формалізації, що дозволяє проводити оперативну діагностику з кількісно виразимим результатом.

Індекс ворожості включає шкали 5 і 6, а індекс агресивності – шкали 1, 3 і 7.

Нормою агресивності є величина її індексу рівна 21±4, а ворожості – 6,5 – 7±3. При цьому звертається увага на можливість досягнення певної величини, показуючої ступінь вияву агресивності.

Інструкція: «Перед Вами бланк фіксації опитувальника. В стовпці «Питання» представлені твердження, на які Вам необхідно відповісти «Так чи ні». Не замислюйтеся довго над відповіддю, намагайтеся відповісти щиро, про Ваші думки не дізнається ніхто, окрім дослідника. Ваша інформація дуже важлива і цінна». Бланк методики наведений в Додатку Б.

Опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича. Застосовується з метою виявлення ознак алкоголізму і побутових форм пияцтва.

Здоров'я людини - це якісна характеристика, яка визначає стан живого людського організму як фізичного тіла; здатність організму в цілому і всіх його органів окремо виконувати свої функції з підтримки та забезпечення життєдіяльності.

Побутове пияцтво - зловживання алкоголем без ознак алкоголізму. Таке пияцтво займає проміжне положення між помірним вживанням спиртного і зловживанням (хронічним алкоголізмом).

Алкоголізм - це стан, що виникає внаслідок споживання алкоголю і характеризується постійною або періодичною потребою в ньому.

Інструкція: Випробуваний повинен відмітити знаком "+" ті твердження, з якими згоден, знаком "-" ті, з якими не згоден. Бланк методики наведений в Додатку В.

Обробка результатів: вибрані відповіді, аналізуються на підставі діагностичних таблиць, підсумовуючи, отримані бали (коефіцієнти) з усіх питань.

Інтерпретація: рівень алкоголізму - нижче -12.8 балів; рівень побутового пияцтва від +12.8 до -12.8; рівень здоров'я - вище +12.8 балів.

Восьмиколірний тест М. Люшера.

Процедура обстеження протікає таким чином: випробовуваному пропонується вибрати з розкладених перед ним таблиць найприємніший колір, не співвідносивши його ні з улюбленим кольором одягу, ні з тоном оббивки меблів, що віддається перевага, а лише погодившись з тим наскільки цей колір віддаємо перевазі порівняно з іншими при даному виборі і в даний момент. Розкладаючи перед обстежуваним колірні еталони, слід використовувати індиферентний фон. Освітлення має бути рівномірним, досить яскравим (краще проводити дослідження при денному освітленні). Відстань між колірними таблицями має бути не менше 2 см. Вибраний еталон забирається із столу або перевертається обличчям вниз. При цьому психолог записує номер кожного вибраного колірного еталону. Запис йде зліва направо. Номери, привласнені колірним еталонам, такі:

Основні кольори:

№1 – синій колір. Символізує спокій, задоволеність, ніжність і прихильність.

№2 – зеленій колір. Символізує наполегливість, самовпевненість, упертість, самоповагу.

№3 – червоний колір. Символізує силу волі, активність, агресивність, наступальність, владування, сексуальність.

№4 – жовтий колір. Символізує активність, прагнення до спілкування, допитливість, оригінальність, веселість, честолюбство.

Додаткові кольори:

№5 – фіолетовий;

№6 – коричневий;

№7 – чорний;

0 – сірий.

Процес обстеження. Перемішайте кольорові картки і розкладіть забарвленою поверхнею вгору приблизно на однаковій відстані один від одного. Після цього дайте випробовуваному наступну Інструкцію: «Із запропонованих кольорів виберіть той, який Вам більше всього подобається. При цьому орієнтуйтеся на колір як такий, постарайтеся не пов'язувати його з якими-небудь речами – кольором машини, одягу, який Вам до особи, косметики і іншим...».

Після того, як буде вибрана потрібна картка, вона забирається убік і кладеться забарвленою стороною униз. Далі ви просите випробовуваного вибрати найбільш приємний колір з тих семи, що залишилися . Вибрану картку треба покласти кольоровою стороною вниз праворуч від першої, і так далі. Потім перепишіть номери карток в розкладеному порядку.

При обстеженні можуть виникнути різні ускладнення. Наприклад, випробовуваний не може віддати перевагу одній з залишившихся двох або трьох карток. В цьому випадку йому потрібно допомогти. Попросіть його вибрати найбільш неприємний колір і покладете його на останнє місце. Бувають також ситуації, коли випробовуваний не може вибрати приємні кольори, пояснюючи це тим, що всі кольори йому неприємні. В цьому випадку процедуру обстеження можна почати з кінця, тобто з вибору найсимпатичнішого кольору. Результати в цьому випадку записуються справа наліво.

Обмовка – це прояв несвідомого, такого, що прорвалося у свідомість через слова, тобто людина випадково промовляється. Необхідно знати, що починаючи з шкільного віку кожна людина може сказати, що один колір йому симпатичніший, ніж інший, наприклад червоний. Виняток становлять люди (вони зустрічаються досить рідко), які страждають абсолютним розладом кольоровідчуття, і нездібні до контактів психічнохворі. Не дивлячись на це, іноді доводиться стикатися з наступними обмовками: «Всі кольори мені однаково симпатичні (або однаково несимпатичні)»; «Необхідно знати, для якої мети слід вибрати колір: для квітки я б віддав перевагу одному кольору, для автомобіля інший»; «Все залежить від настрою, з яким вибирають»; «Кольори вважають за краще або відкидають тільки тому, що вони нагадують про щось визначене (наприклад: чорний - траур)»; «Для кожної людини колір має різне значення».

Такі обмовки зустрічаються зазвичай у тривожних випробовуваних, таких, що вважають, що є деяке «правильне» вирішення запропонованого завдання, яке вони бояться не знайти. Ще одна категорія випробовуваних, що використовує подібні обмовки – люди із сповільненою реакцією на нові, нетипові завдання. В цьому випадку обмовки допомагають випробовуваному «потягнути час» і освоїтися із завданням; які-небудь переживання (неприємні людині) витісняються в сферу несвідомого, а потім, прориваючись, є причиною помилкових дій і, власне, виражають собою дійсні відчуття, думки, бажання людини.

Якщо ухвалення рішення у випробовуваного пов'язане з подібними труднощами, то краще запитати: «Проте Ви напевно можете сказати, який колір Вам подобається менше всього». Якщо рішення врешті-решт ухвалене, то далі справа піде без утруднень. Слід також підкреслити, що важливий індивідуальний вибір, особиста думка і не існує «правильного рішення».

Осіб, схильних до коливань в ухваленні рішення, можна підштовхнути до вибору питанням: «Для Вас всі кольори однаково хороші?»

В результаті тестування виділяємо наступні позиції: обидва найсимпатичніші кольори отримують знак «+» (плюс), друга пара – приємні кольори кольору – має знак «х» (множення), третя пара – байдужі кольори – позначається знаком «=» (рівно) і четверта пара – несимпатичні кольори – отримує знак – «–» (мінус) Інтерпретаційні таблиці до тесту знаходяться у додатках (див. Додаток В).

Поняття аутогенної норми колірних переваг спирається на дослідження Вальнеффера. Він обстежував за допомогою колірного тесту М. Люшера пацієнтів під час вступу на психотерапевтичний курс і після закінчення лікування. З'ясувалося, що під час вступу на лікування колірні переваги пацієнтів виключно різноманітні, але у разі успішної терапії до моменту закінчення лікування вибори виявляються значно одноманітнішими і наближаються до колірної послідовності 34251607. Ця послідовність була прийнята Люшером як норма колірних переваг і є еталоном нервово-психічного благополуччя.

Показники тривоги і компенсації. Отже, вважається, що при нормальному психофізіологічному стані випробовуваного основні кольори повинні знаходитися на перших п'яти місцях, а додаткові – на останніх. Якщо вони розташовані інакше, це служить вказівкою на наявність якого-небудь психологічного конфлікту або стану фізіологічного неблагополуччя, що є джерелом тривоги. Часто джерело цієї тривоги витісняється зі свідомості настільки, що людина відчуває лише смутний неспокій, не здогадуючись про його причини. Але незалежно від ступеня його усвідомленості наявність постійного джерела стресу викликає поведінку компенсуючого типу. Оскільки за своєю природою така діяльність є такою, що «заміщає», вона рідко приводить до справжньої задоволеності, виснажуючи ресурси організму.

Поняття аутогенної норми колірних переваг спирається на дослідження Вальнеффера. Послідовність 34251607 була прийнята М. Люшером як норма колірних переваг і є еталоном нервово-психічного благополуччя.

Звідси слідують наступні виводи:

1. Якщо хоч би один з основних кольорів стоїть на останніх трьох місцях, то він і подальші кольори говорять про стан тривоги. Спосіб компенсації тривоги визначається характеристикою кольору, що стоїть на першій позиції.

2. Якщо за наявності тривоги на першому місці знаходиться один з основних кольорів, то компенсація вважається успішнішою, ніж у випадку з додатковим кольором, який указує на неадекватність, безуспішність компенсаторної поведінки.

3. Присутність сірого, коричневого або чорного на початку колірного ряду означає негативне відношення до життя. Якщо один з цих кольорів стоїть на другому або третьому місці, то він сам і всі кольори лівіше за нього розглядаються як компенсації.

4. Якщо сірий, коричневий або чорний займають одну з трьох перших позицій і в той же час ні в одній з останніх трьох позицій немає основних квітів, то який би колір не займав останню позицію, його слід розглядати як покажчик на джерело тривоги.

Для оцінки інтенсивності станів тривоги і компенсаторних тенденцій пропонуються наступні позначення:

! – якщо основний колір стоїть на шостому місці (додатковий на 3 місці);

!! – якщо основний колір стоїть на 7 місці (додатковий на 2 місці);

!!! – якщо основний колір стоїть на 8 місці (додатковий на 1 місці).

Якщо є такий вибір: 31540627, то 2 (зелений колір) позначається – !!. Все наявні знаки (наявність компенсацій і тривог) окликів складаються. Сума умовних балів (!) може знаходитися в діапазоні від 1 до 12. Вважається, що, чим більше «!», тим прогноз менш сприятливий. За наявності хоч би одного «!» треба додатково визначати групу квітів «+–». Це перший і останній кольори ряду, а також (у нашому випадку) +3-2; +1-2. Групи «+–» відображають центральні внутрішні конфлікти особи випробовуваного.

**2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту**

Для проведення констатувального експерименту, спрямованого на виявленняособистісної диференціації узалежненості від алкоголю у молодому та зрілому віцібуло сформовано вибірку, яка складалася з 30 осіб (16 жінок та 14 чоловіків), віком від 20 до 50 років.

Першим етапом дослідження було проведенняміннесотського багатопрофільного особистісного опитувальника – ММРІ.

Результати представлено в табл. 2.1.

**Таблиця 2.1**

**Результати дослідження за методикою ММРІ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Стать | L | F | K | Надмірний ступінь вираж. особистісних рис |
| 1 | ч | 1 | 2 | 9 | Паранойяльна |
| 2 | ч | 1 | 2 | 12 | Шизоїдна |
| 3 | ч | 1 | 1 | 9 | Паранойяльна |
| 4 | ч | 0 | 3 | 5 | Гіпоманія |
| 5 | ж | 2 | 4 | 12 | Гіпоманія |
| 6 | ж | 2 | 2 | 5 | Паранойяльна |
| 7 | ж | 0 | 1 | 4 | Паранойяльна |
| 8 | ч | 2 | 2 | 7 | Паранойяльна |
| 9 | ж | 1 | 1 | 8 | Гіпоманія |
| 10 | ж | 2 | 3 | 12 | Гіпоманія |
| 11 | ж | 3 | 3 | 1 | Гіпоманія |
| 12 | ч | 1 | 3 | 2 | Гіпоманія |
| 13 | ч | 1 | 4 | 1 | Гіпоманія |
| 14 | ж | 1 | 3 | 1 | Паранойяльна |
| 15 | ж | 1 | 2 | 9 | Гіпоманія |
| 16 | ч | 2 | 2 | 5 | Гіпоманія |
| 17 | ч | 2 | 3 | 14 | Гіпоманія |
| 18 | ж | 1 | 3 | 1 | Психопатична |
| 19 | ч | 0 | 3 | 3 | Депресивна |
| 20 | ж | 3 | 2 | 9 | Депресивна |
| 21 | ч | 3 | 4 | 12 | Депресивна |
| 22 | ж | 2 | 3 | 1 | Психопатична |
| 23 | ж | 2 | 2 | 4 | Депресивна |
| 24 | ч | 2 | 3 | 9 | Паранойяльна |
| 25 | ж | 2 | 2 | 15 | Паранойяльна |
| 26 | ж | 1 | 2 | 4 | Істерична |
| 27 | ж | 2 | 2 | 6 | Гіпоманія |
| 28 | ж | 1 | 2 | 13 | Гіпоманія |
| 29 | ч | 1 | 1 | 4 | Психопатична |
| 30 | ч | 2 | 3 | 12 | Паранойяльна |

Таким чином, як видно з табл. 2.1 40% (12 респондентів) мають гіпертимний тип особистості, вони активні, діяльні, енергійні, мають піднесений настрій незалежно від обставин. Для 30% випробуваних (9 респондентів) властива паранояльність. Основна риса таких людей - схильність до формування сверхцінних ідей. Це люди агресивні і злопам'ятні. 14% (4 респондента) мають депресивний тип особистості. Це чутливі, сенситивні особистості, схильні до тривог, боязкі, сором'язливі, не здатні прийняти рішення самостійно, не мають впевненості в собі, при найменших невдачах впадають у відчай. 10% (3 респондента) набрали високі оцінки за шкалою психопатії, свідчить про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальних нормами і цінностями. По 3% (2 респондента) набрали високі оцінки за шкалами істерії та шизоїдності. Перша шкала виявляє осіб, схильних до невротичних захисних реакціям конверсійного типу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значніше, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу у що б то не стало, спрага захоплення. Особам з високими показниками за другою шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні глибоко відчувати і сприймати абстрактні образи, за повсякденні радощі й прикрощі не викликають у них емоційного відгук.

Наочно результати дослідження наведено на гістограмі (див. рис. 2.1).



**Рис 2.1. Гістограма результатів аналізу особистісних рис за методикою ММРІ**

Згідно з результатами отриманими у дослідженні більшість респондентів (40%) мають гіпертимний тип особистості. Вони активні, діяльні, енергійні, життєрадісні, мають піднесений настрій незалежно від обставин, люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі, їм не вистачає витримки і наполегливості.

Розподіл результатів за статевою та віковою ознакою було представлено на гістограмі (див. рис. 2.2).



**Рис. 2.2. Гістограма розподілу результатів особистісних рис за статевою та віковою ознакою за методикою ММРІ**

Згідно розподілу результатів особистісних рис за статевою та віковоюознакою можна сказати, що більшість жінок молодого віку мають гіпертимний тип особистості. Чоловіки молодого віку набрали високі оцінки за шкалами паранояльності та гіпоманії. Більшість жінок зрілого віку мають депресивний та гіпертимний тип особистості. А для чоловіків зрілого віку властивий психопатичний та паранояльний тип особистості.

Другим етапом дослідження було проведення тесту Басcа– Даркі.

Результати представлено в табл. 2.2.

**Таблиця 2.2**

**Результати дослідження за методикою Басcа– Даркі**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № випробуваного | Стать | Сума балів за шкалами | | | | | | | | Тип мотиваційної агресії | Індекс агресивності | Індекс ворожості |
| Фізична агресія | Вербальная агресія | Непряма агресія | Негативізм | Роздратування | Підозрілість | Образа | Відчуття провини |
| 1 | ч | 77 | 96 | 78 | 100 | 81 | 99 | 91 | 88 | Негативізм | 28 | 16 |
| 2 | ч | 66 | 48 | 26 | 40 | 9 | 55 | 13 | 55 | Фізична агресія | 6 | 13 |
| 3 | ч | 77 | 48 | 78 | 60 | 63 | 55 | 65 | 66 | Непряма агресія | 20 | 10 |
| 4 | ч | 44 | 32 | 78 | 40 | 36 | 33 | 39 | 66 | Непряма агресія | 12 | 6 |
| 5 | ж | 55 | 48 | 78 | 60 | 81 | 55 | 65 | 77 | Роздратування | 20 | 10 |
| 6 | ж | 22 | 40 | 65 | 20 | 63 | 22 | 39 | 99 | Відчуття провини | 14 | 5 |
| 7 | ж | 44 | 56 | 52 | 40 | 18 | 22 | 52 | 77 | Відчуття провини | 13 | 6 |
| 8 | ч | 33 | 80 | 52 | 100 | 54 | 55 | 26 | 88 | Негативізм | 19 | 7 |
| 9 | ж | 88 | 64 | 65 | 60 | 63 | 44 | 39 | 44 | Фізична агресія | 23 | 7 |
| 10 | ж | 55 | 80 | 26 | 20 | 36 | 33 | 52 | 55 | Вербальная агресія | 19 | 7 |
| 11 | ж | 77 | 72 | 52 | 40 | 45 | 55 | 78 | 88 | Відчуття провини | 21 | 11 |
| 12 | ч | 33 | 80 | 91 | 60 | 45 | 33 | 65 | 66 | Непряма агресія | 18 | 8 |
| 13 | ч | 66 | 79 | 65 | 80 | 36 | 33 | 52 | 66 | Негативізм | 20 | 7 |
| 14 | ж | 77 | 95 | 78 | 100 | 81 | 98 | 91 | 87 | Негативізм | 28 | 12 |
| 15 | ж | 55 | 79 | 30 | 22 | 36 | 33 | 52 | 55 | Вербальная агресія | 18 | 7 |
| 16 | ч | 77 | 72 | 78 | 100 | 72 | 66 | 91 | 99 | Негативізм | 24 | 13 |
| 17 | ч | 77 | 82 | 52 | 100 | 72 | 55 | 78 | 99 | Негативізм | 26 | 11 |
| 18 | ж | 33 | 32 | 0 | 0 | 18 | 44 | 26 | 22 | Підозрілість | 9 | 6 |
| 19 | ч | 66 | 48 | 13 | 20 | 54 | 88 | 65 | 99 | Відчуття провини | 18 | 13 |
| 20 | ж | 44 | 64 | 39 | 40 | 54 | 44 | 26 | 44 | Вербальная агресія | 18 | 6 |
| 21 | ч | 44 | 64 | 91 | 60 | 63 | 33 | 52 | 33 | Непряма агресія | 19 | 7 |
| 22 | ж | 88 | 72 | 104 | 80 | 72 | 66 | 100 | 99 | Непряма агресія | 25 | 14 |
| 23 | ж | 44 | 56 | 91 | 80 | 81 | 88 | 78 | 99 | Відчуття провини | 20 | 14 |
| 24 | ч | 44 | 40 | 91 | 20 | 45 | 55 | 65 | 77 | Непряма агресія | 14 | 10 |
| 25 | ж | 99 | 88 | 91 | 100 | 81 | 99 | 91 | 99 | Негативізм | 29 | 16 |
| 26 | ж | 22 | 56 | 39 | 20 | 54 | 66 | 78 | 66 | Непряма агресія | 15 | 12 |
| 27 | ж | 88 | 80 | 65 | 100 | 45 | 55 | 39 | 66 | Негативізм | 23 | 8 |
| 28 | ж | 99 | 96 | 91 | 80 | 63 | 77 | 52 | 77 | Фізична агресія | 28 | 11 |
| 29 | ч | 88 | 72 | 104 | 80 | 72 | 66 | 104 | 99 | Непряма агресія | 25 | 14 |
| 30 | ч | 99 | 88 | 91 | 100 | 81 | 99 | 91 | 99 | Негативізм | 29 | 16 |

Таким чином, як видно з табл. 2.2 30% випробуваних (9 респондентів) мають такий тип мотиваційної агресії, як негативізм - опозиційна міра поведінки, звичайно направлена проти авторитету або керівництва, від пасивного опору до активної боротьби проти сталих законів і звичаїв. 27% (8 респондентів) мають непряму агресію – агресію, яка обхідними шляхами направлена на інше обличчя (плітки, злобні жарти), так і агресію, яка ні на кого не направлена (вибухи люті, що виявляються в крику, тупання норами, биття кулаками по столу і т. д.). Для 17% (5 респондентів) властиве відчуття вини – можливе переконання суб'єкта, що він є поганою людиною, що поступає зло. По 10% (6 респондентів) набрали високі оцінки за шкалами фізичної та вербальної агресії. Перші використовують фізичну силу проти іншої особистості, іншим - притаманний вираз негативних відчуттів як через форму (сварка, крик, виск), так і через зміст (загрози, прокляття, лайка) словесних відповідей. Останнім 2 респондентам (по 3%) властива підозрілість (недовір'я і обережність по відношенню до людей, засновані на переконанні, що оточуючі мають намір заподіяти шкоду) та роздратування (здатність до вияву при щонайменшому збудженні запальності, різкості).

Наочно результати дослідження наведено на гістограмі (див. рис. 2.3).



**Рис 2.3. Гістограма результатів аналізу мотиваційної агресії за методикою Басcа– Даркі**

Згідно з результатами отриманими у дослідженні більшість респондентів (30%) мають такі типи мотиваційної агресії, як негативізм (опозиційна міра поведінки, звичайно направлена проти авторитету або керівництва) та непряма агресія (агресія, яка обхідними шляхами направлена на інше обличчя (плітки, злобні жарти), так і агресію, яка ні на кого не направлена).

Розподіл результатів аналізу мотиваційної агресії за статевою та віковою ознакою було представлено на гістограмі (див. рис. 2.4).



**Рис. 2.4. Гістограма розподілу результатів аналізу мотиваційної агресії за статевою та віковою ознакою за методикою Басcа – Даркі**

Згідно розподілу результатів аналізу мотиваційної агресії за статевою та віковоюознакою можна сказати, що більшості жінкам молодого віку властиві відчуття провини та вербальна агресія. Чоловікам молодого і зрілого віку, як і більшості жінкам зрілого віку властивий негативізм та непряма агресія.

Третім етапом дослідження було проведення опитувальника для виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича.

Результати представлено в табл. 2.3.

**Таблиця 2.3**

**Результати дослідження за методикою виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № випробуваного | Стать | Бали | Підсумок |
| 1 | ч | -53,4 | рівень алкоголізму |
| 2 | ч | 58,6 | рівень здоров'я |
| 3 | ч | -48 | рівень алкоголізму |
| 4 | ч | -28,1 | рівень алкоголізму |
| 5 | ж | 66,8 | рівень здоров'я |
| 6 | ж | 65,1 | рівень здоров'я |
| 7 | ж | 67,2 | рівень здоров'я |
| 8 | ч | 58,3 | рівень здоров'я |
| 9 | ж | -27 | рівень алкоголізму |
| 10 | ж | 65,7 | рівень здоров'я |
| 11 | ж | 13,9 | рівень здоров'я |
| 12 | ч | 84,1 | рівень здоров'я |
| 13 | ч | -44,6 | рівень алкоголізму |
| 14 | ж | -48,3 | рівень алкоголізму |
| 15 | ж | 63,6 | рівень здоров'я |
| 16 | ч | 48,4 | рівень здоров'я |
| 17 | ч | -56,1 | рівень алкоголізму |
| 18 | ж | -31,3 | рівень алкоголізму |
| 19 | ч | -30,9 | рівень алкоголізму |
| 20 | ж | 58,8 | рівень здоров'я |
| 21 | ч | 77,9 | рівень здоров'я |
| 22 | ж | -60,7 | рівень алкоголізму |
| 23 | ж | -26,1 | рівень алкоголізму |
| 24 | ч | 77,9 | рівень здоров'я |
| 25 | ж | -108,7 | рівень алкоголізму |
| 26 | ж | 47,3 | рівень здоров'я |
| 27 | ж | 47,7 | рівень здоров'я |
| 28 | ж | 16,9 | рівень здоров'я |
| 29 | ч | -55,8 | рівень алкоголізму |
| 30 | ч | -80,3 | рівень алкоголізму |

Таким чином, як видно з табл. 2.3 53% випробуваних (16 респондентів) мають рівень здоров'я, 47% випробуваних (14 респондентів) мають рівень алкоголізму. У жодного респондента не був виявлен рівень побутового пияцтва.

Наочно результати дослідження наведено на сегментограмі (див. рис. 2.5).



**Рис 2.5. Сегментограма аналізу результатів дослідження за методикою виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича**

Згідно з результатами отриманими у дослідженні більшість респондентів (53%) маютьрівень здоров'я.

Розподіл результатів за статевою та віковою ознакою було представлено на гістограмі (див. рис. 2.6).



**Рис. 2.6. Гістограма розподілу результатів дослідження за статевою та віковою ознакою за методикою виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича**

Згідно розподілу результатів аналізу дослідження за статевою та віковою ознакою за методикою виявлення ранніх ознак алкоголізму можна сказати, що усі жінки молодого віку мають рівень здоров'я. Майже усі чоловіки молодого і зрілого віку мають рівень алкоголізму. А більшість жінок зрілого віку мають рівень здоров'я.

Четвертим етапом дослідження було проведення восьмикольорового тесту М. Люшера.

Результати представлено в табл. 2.4.

**Таблиця 2.4**

**Результати дослідження за восьмикольоровим тестом М. Люшера**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Стать | Вибір | | | | | | | | Бали | Рівень нервово-психічної напруженості |
| 1 | ч | 3 | 4 | 6 | 2 | 8 | 7 | 1 | 5 | 3 | Незначний |
| 2 | ч | 4 | 3 | 2 | 5 | 1 | 6 | 7 | 8 | 2 | Відсутній |
| 3 | ч | 4 | 2 | 8 | 3 | 5 | 1 | 7 | 6 | 3 | Незначний |
| 4 | ч | 4 | 7 | 3 | 1 | 5 | 6 | 2 | 8 | 3 | Незначний |
| 5 | ж | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 6 | 8 | 7 | 2 | Відсутній |
| 6 | ж | 4 | 2 | 8 | 3 | 5 | 1 | 7 | 6 | 3 | Незначний |
| 7 | ж | 4 | 5 | 2 | 3 | 8 | 1 | 6 | 7 | 3 | Незначний |
| 8 | ч | 1 | 4 | 3 | 2 | 5 | 6 | 7 | 8 | 1 | Відсутній |
| 9 | ж | 2 | 3 | 4 | 8 | 1 | 5 | 7 | 6 | 2 | Відсутній |
| 10 | ж | 3 | 4 | 1 | 2 | 6 | 5 | 7 | 8 | 2 | Відсутній |
| 11 | ж | 3 | 4 | 2 | 5 | 1 | 8 | 6 | 7 | 2 | Відсутній |
| 12 | ч | 4 | 2 | 3 | 5 | 1 | 6 | 8 | 7 | 2 | Відсутній |
| 13 | ч | 2 | 3 | 4 | 8 | 1 | 5 | 7 | 6 | 2 | Відсутній |
| 14 | ж | 3 | 4 | 6 | 2 | 8 | 7 | 1 | 5 | 3 | Незначний |
| 15 | ж | 2 | 3 | 4 | 8 | 1 | 5 | 7 | 6 | 2 | Відсутній |
| 16 | ч | 4 | 2 | 3 | 6 | 1 | 5 | 8 | 7 | 2 | Відсутній |
| 17 | ч | 2 | 4 | 3 | 6 | 5 | 1 | 8 | 7 | 2 | Відсутній |
| 18 | ж | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 6 | 8 | 7 | 1 | Відсутній |
| 19 | ч | 3 | 4 | 2 | 5 | 1 | 6 | 8 | 7 | 2 | Відсутній |
| 20 | ж | 3 | 4 | 6 | 8 | 2 | 1 | 5 | 7 | 3 | Незначний |
| 21 | ч | 3 | 4 | 2 | 5 | 1 | 6 | 8 | 7 | 2 | Відсутній |
| 22 | ж | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 6 | 8 | 7 | 1 | Відсутній |
| 23 | ж | 6 | 5 | 1 | 3 | 4 | 2 | 8 | 7 | 3 | Незначний |
| 24 | ч | 2 | 5 | 4 | 1 | 3 | 6 | 7 | 8 | 2 | Відсутній |
| 25 | ж | 2 | 6 | 1 | 7 | 4 | 3 | 8 | 5 | 3 | Незначний |
| 26 | ж | 5 | 7 | 1 | 2 | 8 | 3 | 6 | 4 | 3 | Незначний |
| 27 | ж | 4 | 3 | 5 | 1 | 2 | 8 | 6 | 7 | 3 | Незначний |
| 28 | ж | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 7 | 8 | 6 | 1 | Відсутній |
| 29 | ч | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 6 | 8 | 7 | 1 | Відсутній |
| 30 | ч | 2 | 6 | 1 | 7 | 4 | 3 | 8 | 5 | 3 | Незначний |

Таким чином, як видно з табл. 2.4 у 60% випробуваних (18 респондентів) відсутній рівень нервово-психічної напруженості. Випробуваний активний, його дії різноманітні, коефіцієнт корисної дії високий. Емоційний настрій - оптимістичний. Розвинений вольовий самоконтроль. При цьому воля не є знаряддям придушення якоїсь частини особистості, вона лише погоджує різні, але не суперечливі бажання випробуваного. За наявності відповідної мотивації випробуваний здатний інтенсивно працювати тривалий час. У екстримальних ситуаціях він ефективно мобілізується і зосереджується на виконанні завдання. У решти 40% випробуваних (12 респондентів) був виявлений незначний рівень нервово-психічної напруженості. У випробуваного переважає установка на активну діяльність. Його енергоресурсів достатньо для більш - менш регулярних спалахів надактивності і напруження, недоступних більшості інших людей. В умовах вмотивованою (цікавої) діяльності не відчуває труднощів з оперативним і довготривалим запам'ятовуванням і відтворенням інформації. До гострих відчуттів не прагне. З стресових ситуацій виходить з гідністю.

Наочно результати дослідження наведено на сегментограмі (див. рис. 2.7).



**Рис 2.7. Діаграма результатів аналізу рівня нервово-психічної напруженості за восьмикольоровим тестом М. Люшера**

Згідно з результатами отриманими у дослідженні більшість респондентів (60%) не мають рівень нервово-психічної напруженості.

Розподіл результатів рівня нервово-психічної напруженості за статевою та віковою ознакою було представлено на гістограмі (див. рис. 2.8).



**Рис 2.8. Гістограма результатів аналізу рівня нервово-психічної напруженості за статевою та віковою ознакою за восьмикольоровим тестом М. Люшера**

Згідно розподілу результатів аналізу рівня нервово-психічної напруженості за статевою та віковою ознакою за восьмикольоровим тестом М. Люшера можна сказати, що більшість жінок і чоловіків молодого віку, а також чоловіків зрілого віку не мають рівень нервово-психічної напруженості. А для більшості жінок зрілого віку притаманний незначний рівень нервово-психічної напруженості. У жодного респондента не було виявлено середнього чи підвищеного рівня нервово-психічної напруженості.

Провівши дослідження, можна зробити висновок, що більшість чоловіків молодого віку з рівнем алкоголізму мають гіпертимний та паранояльний тип особистості, схильні до прояву негативізму та непрямої агресії. Чоловіки зрілого віку з рівнем алкоголізму мають психопатичний та паранояльний тип особистості, поширеним типоммотиваційної агресії є також негативізм та непряма агресія. У жінок зрілого віку з рівнем алкоголізму спостерігається депресивний тип особистості, поширеним типоммотиваційної агресії є почуття провини.

**2.3. Напрямки психологічної допомоги при узалежненій поведінці** **для осіб молодого та зрілого віку**

Психодинамічний (психоаналітичний) напрям в психотерапії- назва ряду видів психотерапії, в основі яких лежить психоаналітична теорія. У центрі психодинамічного підходу перебувають питання, пов'язані з динамічними аспектами психіки, тобто мотивами, потягами, спонуканнями, внутрішніми конфліктами (протиріччями), існування й розвиток яких забезпечують функціонування й розвиток особистісного "Я" [53].

Динамічна психотерапія відома також під назвою психоаналітичної психотерапії, орієнтованої на інсайт терапії, експлоративної психотерапії, в ній акцентується увага на дії минулого досвіду на формування певного стилю поведінки - через особливі когнітивні способи (захист), міжособистісну взаємодію і сприйняття партнера по спілкуванню (перенесення), - якому клієнт слідує протягом життя і який таким чином впливає на його здоров'я. Класичний психоаналіз 3. Фрейда - перша теорія, яка лягла в основу цього напряму. Крім цього, напрям представлений численними варіантами, які представлені явними і прихованими модифікаціями теоретичних концепцій і технічних прийомів 3. Фрейда. Вони включають спроби: часткового або повного зсуву біологічного фокусу 3. Фрейда в міжособові, соціальні, етичні і культуральні сфери (А. Адлер, К. Хорні, Е. Фромм, Дж. Массерман і ін.); розширення або посилення Его за рахунок більш ранніх або адаптивних властивостей (М. Кляйн і ін.); орієнтування в часі за допомогою зосередження уваги на первісному минулому людини (К. Юнг), на його теперішньому часі і (або) майбутньому (А. Адлер і ін.); розвитку принципів короткострокової психотерапії з її провокуючими тривогу прийомами (Р. Сіфнеос і ін.); перегляду ролі особистості психотерапевта і відношення до пацієнта за рахунок перетворення психотерапевта в більш безпосереднього, гнучкого і (або) активного учасника психотерапевтичного процесу (А. Адлер і ін.); відновлення психофізичного балансу людини шляхом акценту на фізичній частині психофізичної організації (Дж. Массерман і ін.) або заміни традиційного виду лікування, орієнтованого на характер інсайту, на такий, який повертає до катарсису раннього періоду шляхом: тілесного звільнення від конфліктогенної напруги (В. Райх і др). Визначаючим в розумінні природи людини і її хвороб є те, що всі психічні феномени - це результат взаємодії і боротьби інтрапсихічних сил. Відповідно до теорії конфлікту інстинктів 3. Фрейд описав основні сили в цій боротьбі, які беруть участь в походженні неврозів: «людина захворює в результаті інтрапсихічного конфлікту між вимогами інстинктивного життя і опором їм». Етіологію неврозів він вважав сексуальною за природою. Психоаналітичний підхід включає п'ять фундаментальних принципів: динамічний, економічний, структурний, принцип розвитку, принцип адаптації. На цих принципах грунтується психоаналітична спадщина, для якої найістотнішими є наступні положення: головне значення мають людські інстинктивні імпульси, їх вираз і трансформація і, що найбільш важливе, їх придушення, за допомогою якого вдається уникнути хворобливих відчуттів або переживань неприємних думок, бажань і дії свідомості; віра, що таке придушення є, по суті, сексуальним, що причиною розладу є неправильне лібідинозний, або психосексуальний розвиток; ідея, що корені неправильного психосексуального розвитку знаходяться у далекому минулому, в дитячих конфліктах або травмах, особливо це торкається батьківського едипова комплексу, вираженого в класичному бажанні протилежного по статі батька; упевненість в опорі виявленню едипова комплексу, його швидкому відновленні; думка про те, що, по суті, ми маємо справу з боротьбою між біологічними внутрішніми імпульсами (або інстинктами - Ід) і виступаючим в ролі захисту по відношенню до зовнішньої реальності Его - в загальному контексті моральних правил або стандартів (Супер - Его); 6) прихильність концепції психічного детермінізму, або причинності, згідно якої психічні феномени, так само як і поведінка, безперечно, не змінюються випадково, а пов'язані з подіями, які передують їм, і, якщо не робляться усвідомленими, мимовільно є підставою для повторення. Кінцева мета лікування -усвідомлення несвідомого. Це означає, що психотерапевт викликає зміни, які полегшують прояв і розуміння пацієнтом несвідомого, в основному лібідинозного зміст. Психотерапевт шукає спосіб розкриття у пацієнта переважно сексуального пригніченого змісту і опору цьому. Він добивається цього шляхом повільного, скрупульозного пояснення і розгадування історичного значення психічних явищ і непрямих форм, в яких виражаються закамуфльовані конфлікти, що лежать в їх основі. Зрозуміло, що тому динамічна мета іноді значно віддалена. В кращому разі дана концепція лікування означає можливість повної реорганізації особистості при остаточному вирішенні невротичного конфлікту. Найважливішим проявом цього служить розв'язання едипова комплексу, що традиційно вважається необхідним для здорової особистості. Остаточна інтеграція особистості означає владу Его над імпульсами Ід, або, як випливає з класики, «де було Ід, там буде Его». Історично були описано дві ролі, або позиції психотерапевта: первинна - з ухваленням в увагу явищ перенесення, і більш пізня, вторинна, - із здійсненням робочого союзу. Первинна позиція базується на рекомендаціях 3. Фрейда: аналітик подібний дзеркалу по відношенню до пацієнта, відображаючи тільки те, що дає пацієнт, і не вносячи власні відчуття; аналітик слідує позиції відсутнього, тобто технічні установки повинні об'єднуватися з етичними, для того, щоб запобігти пропозиції психотерапевтом любові пацієнту, якої той прагне. Концепція робочого союзу відображає альтернативні, нерегресивні, раціональні відносини між пацієнтом і психотерапевтом, при цьому психотерапевт прагне формування реального і зрілого союзу з свідомим, зрілим Его пацієнта і заохочує його бути партнером у виявленні його труднощів [18].

Психоаналітичний напрям реалізується переважно засобами вербалізації, що включає вільні асоціації пацієнта і аналіз психотерапевтом реакцій перенесення і опору. Аналіз включає наступні процедури: конфронтацію, прояснення (кларифікацію), інтерпретацію і опрацьовування. Основний спосіб взаємодії психотерапевта з "бесцензурним" змістом психіки пацієнта - методика вільних асоціацій, це головна процедура аналізу. Аналіз включає також освітлення сновидінь, які З. Фрейд вважав "королівською дорогою до несвідомого". Конфронтація звернена до розпізнавання пацієнтом специфічних психічних явищ, що підлягають дослідженню; прояснення припускає приміщення явищ в "різкий фокус", щоб відділити важливі аспекти від незначних; інтерпретація слідує за одержаним матеріалом, визначаючи (в питальній формі) основне значення або причину події; опрацьовування звернене до повторення, поступовому і ретельно розробленому дослідженню інтерпретацій і опорів до тих пір, поки представлений матеріал не інтегрується в розуміння пацієнта; опрацьовування включає самостійну роботу пацієнтам зовні психотерапевтичного годинника. Слід зазначити, що інтерпретація - найважливіша процедура, а опрацьовування - найтриваліша частина психотерапії.

Основні категорії в динамічному напрямі в психотерапії формулюються таким чином: концепція патології заснована на визнанні існування конфліктів у сфері ранніх лібідинозних потягів і бажань, які залишаються зовні свідомості, тобто несвідомі; здоров'я досягається при розв'язанні таких конфліктів шляхом перемоги Его над Ід, тобто через посилення Его; бажані зміни - це досягнення глибокого інсайту (розуміння далекого минулого, тобто інтелектуально-емоційні знання); часовий підхід є історичним, фокусується на суб'єктивному минулому; лікування потрібне, як правило, довготривале і інтенсивне; задача психотерапевта полягає в розумінні змісту несвідомої сібласті психіки пацієнта, її історичного прихованого значення; психотерапевтична техніка заснована на інтерпретації вільних асоціацій, аналізі перенесення, опору, обмовок і сновидінь; психотерапевт виконує інтерпретуючу роль і займає недирективну, безпристрасну або фруструючу позицію [56].

Як справедливо відзначає О. О. Осипова, у практиці психоаналітичної школи використовуються різні методи, які охоплюють майже всі аспекти психічної динаміки людини. Одна група методів спрямована на виявлення несвідомих спонукань людини, що лежать в основі її поведінки. Інша група методів акцентує увагу на внутрішніх силах, які допоможуть людині впоратися із труднощами самостійно. За допомогою третьої групи методів психотерапевт намагається довести до свідомості пацієнта те, як він сприймає дійсність. За допомогою ще однієї групи методів психоаналітик намагається спонукати клієнта змінити характер свого функціонування в групі або мобілізувати свої внутрішні ресурси з метою зміни поведінки. Вибір і ефективність того або іншого методу залежать від цілого ряду факторів, серед яких важливу роль грають як характер проблеми клієнта, ступінь сприйнятливості людини, так і особистість психотерапевта.

Поведінкова психотерапія визнається однією з найефективніших і результативних форм психологічної допомоги. Незважаючи на те, що цей напрямок психотерапії виник порівняно недавно (основи поведінкової психотерапії були закладені ще на початку XX століття роботами І. П. Павлова й Дж. Уотсона, однак сам термін "поведінкова психотерапія" став вживати лише в 50-і роки XX століття, коли були створені інститути поведінкової психотерапії й спеціалізовані журнали), як альтернатива глибинним, довгостроковим й орієнтованим на особистість (психоаналіз, исиходрама, гештальт-терапія та іншим) методам психотерапії, він швидко зайняв серед них видне місце [58].

На початку свого розвитку під терміном "поведінка" в поведінковій психотерапії розумілося все, що має зовні спостережувані характеристики, а зараз в це поняття включаються емоційно-суб'єктивні, мотиваційно-афектні, когнітивні і вербально-когнітивні прояви. Тому можна виділити більш вузьке розуміння поведінкової психотерапії, засноване на єдності теоретичних положень і витікаючих з них методично певних втручань, і розширене тлумачення, при якому такий зв'язок помітно втрачається.

Попередниками поведінкової психотерапії можуть розглядатися методи психотерапії, засновані на принципах навчання, які з'явилися в другому десятиріччі XX століття. Вони увійшли до літератури під назвою методів умовно-рефлекторної терапії. Термін поведінкова психотерапія став використовуватися з 1953 року. Період становлення поведінкової психотерапії як самостійного напряму - 1950-1960 роки. Тоді існувало лише декілька центрів дослідження і розвитку поведінкової психотерапії: в південно-африканській Республіці - Дж. Вольпе, Р. Лазарус, С. Рахман; в Англії - Д. Шапіро, А. Йетс, Айзенк; в США - Н. Азрін, Т. Айллон. 1960-е р.р. - це період бурхливого розвитку поведінкової психотерапії. К 1971 р. Л. Креснер виділив в поведінковій психотерапії 15 різних напрямів, які в подальші роки злилися в спільний і одержав назву поведінкової психотерапії.

Згідно з думкою Дж. Фейдімена і Р. Фрейгера поведінкова психотерапія по-перше, прагне допомогти людям реагувати на життєві ситуації так, як вони хотіли б цього самі, тобто сприяти збільшенню потенціалу їх особистої поведінки, думок, відчуттів і зменшенню або виключенню небажаних способів реагування; в ній не ставиться задача змінити емоційну суть відносин і відчуттів особистості; позитивне терапевтичне відношення - необхідна, але недостатня умова ефективної психотерапії; скарги клієнта приймаються як значущий матеріал, на якому терапія фокусується, а не як симптоми проблем, які за ними знаходяться; клієнт і психотерапевт домовляються про специфічні цілі психотерапії, що розуміються таким чином, що і клієнт, і психотерапевт знають, коли і як ці цілі можуть бути досягнуті.

Класичне обумовлення, пов'язане з ім'ям І. П. Павлова, було першою теорією, яка лягла в основу поведінкової психотерапії. І. П. Павлов вперше відповів на питання, яким чином нейтральний стимул може викликати ту ж реакцію, що і безумовний рефлекс, який протікає автоматично, на природженій основі, і не залежить від попереднього досвіду індивіда. Або, іншими словами, як нейтральний подразник стає умовним подразником. І. П. Павлов показав, що формування умовного рефлексу підкоряється ряду вимог: найважливішою з них є суміжність (збіг за часом індиферентного і безумовного подразників, з деяким випередженням індиферентного подразника); не менше важливою умовою є повторення (багатократне поєднання індифирентного і безумовного подразників).

По основній схемі умовного рефлексу І. П. Павлова "стимул - реакція (поведінка)" - основний шлях управління поведінкою - це управління пред'явленням стимулів, що викликають певну реакцію, зовнішнім оточенням, контроль над ним. Організуючи певним чином оточення, виробляючи умовні рефлекси, можна формувати певну поведінку у людини [26].

Подальший розвиток концепцій навчання показав, що за допомогою теорії умовних рефлексів І. П. Павлова, що одержала пізніше назву теорії класичних умовних рефлексів (в протилежність теорії інструментальних умовних рефлексів) можна пояснити тільки невелику частину реальної поведінки людини. На основі класичного обумовлення створені методи поведінкової психотерапії (такі як методика контролю стимулу, аверсивні прийоми і ін.).

І. П. Павлов, так само як і Дж. Уотсон - пропагандист теорії умовних рефлексів, творець американського біхевіоризму, в своїх навчаннях виключав значення проміжних змінних і обмежував дослідження подразниками зовнішнього світу і зовнішньої поведінки.

Слід зазначити, що теорія оперантного обумовлення Е. Торндайка і Б. Скіннера залишилася в рамках колишньої парадигми "стимул -реакція (поведінка)", проте підкреслила значення стимулів, що мали позитивний або негативний характер (закон ефекту), у виникненні і зміцненні поведінки. В цій теорії стимул набув функціональних якостей підкріплення, що підвищує силу реакції. Модель Торндайка - Скіннера, як і модель І. П. Павлова, уподібнювала поведінку організму "чорному ящику", про внутрішній зміст якого немає ніякої інформації.

У ході так званого "когнітивного повороту" поведінкова психотерапія запозичила багато прийомів когнітивної терапії, а в наступному розвитку фактично об'єдналася з нею, ставши когнитивно-поведінковою. У цей час ці два напрямки майже завжди взаємодоповнюють один одне й ізольованого застосування одного з підходів практично не зустрічається.

Гуманістичний напрям в психотерапії - один з трьох основних напрямів сучасної психотерапії. Цей напрям якнайменше однорідний. До нього відносять екзистенціальну психотерапію, логотерапію, клієнт-центровану психотерапію, гештальт-терапію і ряд інших методів.

Згідно Т. Карасу, даний напрям в психотерапії характеризується наступними основними категоріями: концепція патології (грунтується на визнанні існування екзистенціального відчаю як слідства втрати людиною можливостей, розщеплювання Я, розузгодження з власними знаннями); здоров'я (пов'язано з реалізацією потенціалу людини - розвитком Я, досягненням безпосередності); бажані зміни (безпосередність переживань, сприйняття і вираз відчуттів); часовий підхід (зовні історичний, фокусується на феноменологічному моменті); лікування (короткочасне і інтенсивне); задача психотерапевта (зводиться до взаємодії в атмосфері взаємного ухвалення, сприяючого самовираженню - від соматичного до духовного); основний психотерапевтичний метод (зустрічі з рівноправною участю в діалозі, проведення експериментів, ігор, інсценувань); лікувальна модель (екзистенціальна: діада рівних людей або "Дорослий - Дорослий", тобто людський союз); характер відношення клієнта до психотерапії (вважається реальним, у відмінність, наприклад, від визнання існування перенесення в динамічному напрямі, і представляє першорядну вагу); позиція психотерапевта взаємодіюча й приймаюча, психотерапевт виступає у взаємодозволяючий або задовольняючий ролі.

При розгляді природи людини і її хвороб представники цього напряму піддають критиці класичний психоаналітичний підхід і його відношення до етики людини — її бажанням, вибору і відношенню до інших. Через психоаналітичну практику і додання особливого значення технічним прийомам людина стає знеособленою, ізольованою, керованою, доступною аналізу і розрахунку, а тому приниженою. Емпірична концепція звеличує людину з метою нівелювання її відчуження, заохочує максимально повне дослідження унікальності і універсальності її природи. В цьому - її трансцендентальна сутність. На думку В. Франкла "людина за своєю суттю прагне знайти мету і здійснити своє призначення в житті". Представники гуманістичного напряму в психотерапії схильні бачити людину істотою природжено активною, яка самостверджуюєся, підвищує свої можливості, з майже безмежною здібністю до позитивного зростання. Тому зусилля психотерапевта направлені на особове зростання клієнта, а не просто на лікування хвороби. Терапевтичною метою є досягнення максимальної обізнаності або більш високого стану свідомості, при якій, згідно Р. Мею "бути обізнаним про своє призначення В світі в той же самий час означає бути призначеним для цього". Представники цього напряму використовують такі широкі поняття, як самовизначення, творчість, і методологію, яка прагне до максимальної інтеграції розуму, тіла і душі людини за відсутності або порушенні його цілісності. Патологія розуміється як зменшення можливостей для самовираження, як результат блокування, придушення внутрішніх переживань або втрати відповідності ним. Невротична особистість розглядається як страждаюча від придушення і фрагментації, а невроз -як результат відчуження індивідуума від себе, свого суспільства. При розгляді терапевтичного процесу (процес змін) інтелектуальні знання і інсайт замінюються емоціями і переживаннями, акцент на "там і тоді" віддаленого минулого переноситься на "тут і тепер" безпосереднього теперішнього часу. Переживання (як придбання досвіду) є швидше плотським, ніж пізнавальним або вербальним процесом, що відбувається в безпосередньому теперішньому часі, суб'єктивним і непомітним (для оточуючих), а також беззастережно значущим і служить засобом для концептуалізації. Терапевтичні зміни через переживання звичайно відбуваються за допомогою реальних, конгруентних міжособистісних взаємостосунків між клієнтом і психотерапевтом. Наприклад, основу клієнт - центованої психотерапії К. Роджерса складає позитивна віра в те, що кожний організм має природжену тенденцію до розвитку своїх оптимальних здібностей так тривало, скільки він знаходиться в оптимальному середовищі. Психотерапевтичні зустрічі діють через сам факт їх новизни. Під час їх проведення психотерапевт служить каталізатором, за допомогою якого пацієнт реалізує свої латентні і кращі здібності для саморозвитку.

Реальний "тут і тепер" терапевтичний діалог психотерапевта і пацієнта є обов'язковою умовою для багатьох шкіл цього напряму. Найважливіше значення набувають людські взаємостосунки, при яких кожна людина намагається щиро спілкуватися з іншими як вербально, так і невербгшьно. Терапевтичний союз не є відносинами психотерапевта і клієнта (як в динамічній психотерапії) або вчителя і студента (як в поведінковій психотерапії), а представляє відносини однієї людської істоти до іншого. Представники цього напряму, торкаючись питання про методи і; технічні прийоми психотерапії, вважають, що для цього її виду важливе не те, що психотерапевт робить, а швидше значення (контекст) психотерапії, а також не те, що психотерапевт говорить, а то, що він з себе представляє (ким він є). У зв'язку з цим їх нерідко критикують за недостатню визначеність самих методів психотерапії. Мета всіх технічних прийомів може бути сформульована як прагнення до проникнення у феноменологічний світ клієнта. На відміну від психотерапевта динамічного напряму, психотерапевт не торкається тут минулого клієнта, діагнозу, не прагне інсайту, інтерпретації, не розглядає чергування перенесення і контрперенесення, не указує цілей, не є директивним або конфронтуючим, нав'язуючим свою думку клієнту у формі навчань або вирішуючих проблему переваг. Психотерапевти школи К. Роджерса і класичного екзистенціалізму мають, по суті, вербальні взаємостосунки з клієнтом. Інші школи в гуманістичному напрямі психотерапії часто невербальні в своєму підході. Вони (наприклад, гештальт-терапевти) бачать сверхінтелектуалїзацію як частину проблеми клієнта, тобто прояв захисту проти переживань і відчуттів, і не приймають її як терапевтичний прийом. Психотерапевти намагаються зосередити активність на рефлексії, віддають перевагу дії слову або, як мінімум, комбінують дію з інтроспекцією. їх мета полягає в розвитку обізнаності клієнта про тілесні відчуття, пози, напругу і рухи з акцентом на соматичних процесах. Основний упор робиться на посиленні, спонуці клієнта. Прийомами, що виражають самопереживання в таких школах, є поєднання прямої конфронтації з драматизацією, тобто розігрування ролей, переживання фантазій в терапевтичній обстановці. В гуманістичному напрямі в психотерапії робиться також спроба об'єднати розум, тіло і душу шляхом фокусування на духовному вимірюванні, що здійснюється в основному методами медитації. Вважається, що стан кінцевого глибокого відпочинку дозволяє виходити за межі світу індивідуального Я. В більшості методів тренування волі і уваги центральної є зосередженість на спеціальному вимовленні слів або мантр, що, наприклад, служить підставою для виникнення стану без Я або трансцендентального стану, не зосередженого на Я.

В гуманістичному напрямі в психотерапії, на думку В. Д. Карвасарського та інших вчених, може бути виділено три основні підходи: філософський підхід, який використовує екзистенціальні принципи як основу для проведення психотерапії. В процесі взаємного діалогу або зустрічі ("тут і тепер") проводиться вербальна психотерапія (наприклад, клієнт-центрована терапія і логотерапія); соматичний підхід, який грунтується на вживанні невербальних методів, що ведуть до інтеграції Я за допомогою зосередження уваги на суб'єктивних тілесних стимулах і сенсорних відповідях (наприклад, гештальт-терапія), або фізичних, рухових методів інтенсивного відреагування і емоційної "повені", в яких акцент робиться на тілесному стимулюванні і вивільняється відчуттів (наприклад, біоенергетичний аналіз Лоуена); духовний підхід, в центрі якого кінцеве твердження Я як трансцендентального або трансперсонального досвіду, розширення досвіду людини до космічного рівня, що кінець кінцем, на думку представників цього підходу, веде до об'єднання людини зі Всесвітом (Космосом). Досягається це за допомогою медитації або духовного синтезу, який може здійснюватися різними прийомами самодисципліни, тренування волі і практики деидентифікації (наприклад, психосинтез) [55].

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

В роботі для дослідження особистісної диференціації узалежненості від алкоголю у молодому і зрілому віці було використано методики: міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник – ММРІ, тест Басcа – Даркі, опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича, восьмикольоровий тест М. Люшера.

Для проведення констатувального експерименту, спрямованого на виявленняособистісної диференціації узалежненості від алкоголю у молодому і зрілому віцібуло сформовано вибірку, яка складалася з 30 осіб (16 жінок та 14 чоловіків), віком від 20 до 50 років.

Згідно з проведеною методикою MMPI було виявлено, що 40% (12 респондентів) мають гіпертимний тип особистості. Для 30% випробуваних (9 респондентів) властива паранояльність. 14% (4 респондента) мають депресивний тип особистості. 10% (3 респондента) набрали високі оцінки за шкалою психопатії. По 3% (2 респондента) набрали високі оцінки за шкалами істерії та шизоїдності.

У респондентів згідно з проведеною методикоюБасcа – Даркі було виявлено, що 30% випробуваних (9 респондентів) мають такий тип мотиваційної агресії, як негативізм - опозиційна міра поведінки. 27% (8 респондентів) мають непряму агресію. Для 17% (5 респондентів) властиве відчуття вини. По 10% (6 респондентів) набрали високі оцінки за шкалами фізичної та вербальної агресії. Останнім 2 респондентам (по 3%) властива підозрілість.

В експериментальному дослідженні було виявлено, що 53% випробуваних (16 респондентів) мають рівень здоров'я, 47% випробуваних (14 респондентів) мають рівень алкоголізму.

Згідно з проведеним восьмикольоровим тестом М. Люшера було виявлено, що у 60% випробуваних (18 респондентів) відсутній рівень нервово - психічної напруженості. У решти 40% випробуваних (12 респондентів) був виявлений незначний рівень нервово - психічної напруженості.

Провівши дослідження, можна зробити висновок, що більшість чоловіків молодого віку з алкогольною узалежненістю мають гіпертимний та паранояльний тип особистості, схильні до прояву негативізму та непрямої агресії. Чоловіки зрілого віку з алкогольною узалежненістю мають психопатичний та паранояльний тип особистості, поширеним типоммотиваційної агресії є також негативізм та непряма агресія. У жінок зрілого віку з алкогольною узалежненістю спостерігається депресивний тип особистості, поширеним типоммотиваційної агресії є почуття провини.

В даній бакалаврській роботі було запропоновано напрямки психологічної допомоги щодо подолання алкогольної узалежненості у осіб молодого і зрілого віку.

Психодинамічний (психоаналітичний) напрям в психотерапії досить часто використовується з метою подолання алкогольної узалежненості у осіб молодого і зрілого віку. Адже у центрі психодинамічного підходу перебувають питання, пов'язані з динамічними аспектами психіки, тобто мотивами, потягами, спонуканнями, внутрішніми конфліктами (протиріччями), існування й розвиток яких забезпечують функціонування й розвиток особистісного "Я".

Поведінкова психотерапія визнається однією з найефективніших і результативних форм психологічної допомоги при алкогольній узалежненості для осіб молодого і зрілого віку.

Гуманістичний напрям в психотерапії - один з дієвих напрямів сучасної психотерапії, який використовують з метою подолання алкогольної узалежненості у осіб зрілого віку.

**ВИСНОВКИ**

1. Аналіз основних теоретичних підходів до проблеми узалежненої поведінки в вітчизняній та зарубіжній психології показав, що можна виділити основні підходи до розуміння природи узалежненої поведінки. У зарубіжній психології вони представлені роботами представників психоаналітичного, гуманістичного, трансперсонального, поведінкового, екзистенціального напрямку. Вітчизняні науковці наголошують на особистісному підході до вивчення узалежненої поведінки осіб молодого та зрілого віку, який орієнтує на розгляд її як результат відхилення у розвитку особистості внаслідок негативного впливу різних факторів. Так, одні автори вказують на роль соціально-психологічних чинників у формуванні залежності від наркотичних речовин, інші – дотримуються концепції особистісної схильності до них. Обгрунтовано також значущість особистісної деформації у процесі наркотичного узалежнення осіб молодого і зрілого віку.

2. Надано психологічну характеристику осіб молодого і зрілого віку. Показано, що молодість - це не тільки вікова категорія, а й соціальна категорія. Важливим новоутворенням молодості є досягнення соціальної зрілості. Зрілість - найбільш тривалий період онтогенезу, який характеризується тенденцією до досягнення найвищого розвитку духовних, інтелектуальних та фізичних здібностей особистості. Соціальна ситуація розвитку в період зрілості пов'язана з активним включенням людини в сферу суспільного виробництва, із створенням сім'ї, вихованням дітей, в творчості, взаєминах з людьми в процесі трудової діяльності. Доросла людина прагне посісти ключове місце в суспільстві.

Як правило, якщо чоловік починає систематично зловживати алкоголем у молодому віці, то він може стати хворим на алкоголізм к зрілому віку. Однак у багатьох випадках все відбувається набагато швидше, і людина остаточно спивається всього за кілька років.

Алкоголізм у жінок зазвичай розвивається і проявляється у віковий період від 30 до 45 років. Стадії алкоголізму у жінок виявляються з великими труднощами, ніж у чоловіків. Це залежить не тільки від приховуваного пияцтва, а й від того, що розлади, властиві певній стадії алкоголізму, у жінок можуть бути стертими або навіть відсутніми. Дані про терміни появи алкогольного абстинентного синдрому суперечливі. Можлива тривала початкова стадія, однак нерідко абстинентні розлади, що визначають другу стадію, виникають через 1-3 роки після початку систематичного пияцтва.

3. Аналіз результатів констатувального експерименту, спрямованого на виявлення особливостей особистісної диференціації узалежненої поведінки у молодому і зрілому віці, показав, що більшість чоловіків молодого віку з адиктивною поведінкою мають гіпертимний та паранояльний тип особистості, схильні до прояву негативізму та непрямої агресії. Чоловіки зрілого віку з адиктивною поведінкою мають психопатичний та паранояльний тип особистості, поширеним типоммотиваційної агресії є також негативізм та непряма агресія. У жінок зрілого віку з адиктивною поведінкою спостерігається депресивний тип особистості, поширеним типоммотиваційної агресії є почуття провини.

4. Запропоновано напрямки психологічної допомоги щодо подолання узалежненої поведінки у осіб молодого і зрілого віку.

Психодинамічний (психоаналітичний) напрям в психотерапії досить часто використовується з метою подолання узалежненої поведінки у осіб молодого і зрілого віку. Адже у центрі психодинамічного підходу перебувають питання, пов'язані з динамічними аспектами психіки, тобто мотивами, потягами, спонуканнями, внутрішніми конфліктами (протиріччями), існування й розвиток яких забезпечують функціонування й розвиток особистісного "Я".

Поведінкова психотерапія визнається однією з найефективніших і результативних форм психологічної допомоги при узалежненій поведінці для осіб молодого і зрілого віку. Незважаючи на те, що цей напрямок психотерапії виник порівняно недавно, як альтернатива глибинним, довгостроковим й орієнтованим на особистість (психоаналіз, психодрама, гештальт-терапія та іншим) методам психотерапії, він швидко зайняв серед них провідне місце.

Гуманістичний напрям в психотерапії - один з дієвих напрямів сучасної психотерапії, який використовують з метою подолання узалежненої поведінки у осіб зрілого віку. Цей напрям якнайменше однорідний. До нього відносять екзистенціальну психотерапію, логотерапію, клієнт-центровану психотерапію, гештальт-терапію і ряд інших методів.

Найбільш дієвими методами корекції узалежненої поведінки осіб молодого віку є психодрама, раціональна психотерапія, рольова гра, групова психотерапія, нейролінгвістичне програмування, методи психотерапії, засновані на лікувальному впливі творчої діяльності, спілкуванні з мистецтвом і природою. Більш продуктивними методами корекції узалежненої поведінки осіб зрілого віку є гуманістичний напрям в психотерапії, позитивна психотерапія, групова психотерапія, нейролінгвістичне програмування та сімейна психотерапія.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология : учеб. пособие / Г. С. Абрамова. **–** М. : Академия, 1999. **–** 361 c.

2. Александрова Ю. В. Построение и валидизация проективной методики для диагностики отношения к другому человеку / Ю. В. Александрова // Психологический журнал. **–** 1999. **–** Т. 20. **–** № 3. **–** С. 111-118.

3. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю : вопросы клиники и терапии / В. Б. Альтшулер. **–** М. : Имидж, 1994. **–** 216 с.

4. Амбрумова А. Г. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме / А. Г. Амбрумова. **–** М. : Имидж, 1980. **–** 16 с.

5. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды / Б. Г. Ананьев. **–** М. : Педагогика, 1980. **–** 216 c.

6. Анастази А. Психологическое тестирование / А. Анастази. **–** М. : Академия, 1982. **–** 163 c.

7. Андерсон П. Пути решения проблем, связанных с употреблением алкоголя / П. Андерсон. **–** СПб. : СПб МАПО, 1995. **–** 183 с.

8. Анохина И. П. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма / И. П. Анохина. **–** М. : МГУ, 1976. **–** С. 15-19.

9. Анцыферова Л. И. Способность личности к преодолению деформации своего развития / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. **–** 1999. **–** Т. 20. **–** № 1. **–** С. 6 - 19.

10. Белокрылов И. В. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ / И. В. Белокрылов. **–** М. : Медпрактика, 2002. **–** С. 161-181.

11. Берковец Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Л. Берковец. **–** СПб. : прайм **–** ЕВРОЗНАК, 2001. **–** 512 с.

12. Блейхер В. М. Практическая патопсихология / В. М. Блейхер. **–** Ростов – н / Д. : Феникс, 1996. **–** 448 с.

13. Братусь Б. С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б. С. Братусь. **–** М. : МГУ, 1984. **–** 144 с.

14. Бруно М. Е. Трудный характер и пьянство / М. Е. Бруно. **–** К. : Вища шк., 1990. **–** 176 с.

15. Бэрон Р. Агрессия / Р. Бэрон. **–** СПб. : Питер Ком, 1998. **–** 336 с.

16. Виткин Д. Женщина и стресс / Д. Виткин. **–** СПб. : Питер, 1996. **–** 117 c.

17. Виткин Д. Мужчина и стресс / Д. Виткин. **–** СПб. : Питер, 1996. **–** 98 c.

18. Гольдштейн Р. И. Причины смертности больных алкоголизмом / Р. И. Гольдштейн // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. Корсакова. **–** 1985. **–** Т. 85. Вып. 8. **–** С. 125- 128.

19. Гомезо М. В., Герасимова В. С., Горелова Г. Г., Орлова Л. М. Возрастная психология. Личность от молодости до старости / М. В. Гомезо, В. С. Герасимова, Г. Г. Горелова. **–** М. : Академия, 2001. **–** 254 c.

20. Гребнев С. А. Психология и психотерапия алкогольной зависимости / С. А. Гребнев. **–** Екатеринбург : УГУ, 1998. **–** 64 с.

21. Гребенюк А. А. Психологическая зависмость от наркогенных веществ / А. А. Гребенюк. **–** Симферополь. : Таврия, 1999. **–** 186 с.

22. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья / И. Н. Гурвич. **–** СПб. : Питер, 1999. **–** 295 c.

23. Даренский И. Д. Семантика аддиктивных представлений у больных алкоголизмом / И. Д. Даренский // Психологический журнал. **–** 1996. **–** №5. **–** С. 106 - 116.

24. Дериев А. Я. Вопросы ментальной медицины и экологии / А. Я. Дериев. **–** М. : Медпрактика, 1996. **–** С. 70-74.

25. Ермолаева М. В. Психология развития / М. В. Ермолаева. **–** М. : Наука, 2000. **–** 357 c.

26. Завацька Н. Є. Теоретичні підходи та основні методи психотерапії узалежненої поведінки : монографія / Н. Є. Завацька. **–** К. : Український видавничий консорціум, 2008. **-** 260 с.

27. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. **–** Новосибирск : Наука, 1988. **–** 198 с.

28. Захарова А. В. Структурно - динамическая модель самооценки / А. В. Захарова // Вопросы психологии. **–** 1989. **–** № 1. С. 121-132.

29. Карандашев Ю. Н. Психология развития : учебное пособие / Ю. Н. Карандашев. **–** Минск : Наука, 1997. **–** 312 c.

30. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. **–** М. : Медицина, 1985. **–** 304 с.

31. Клейберг Ю. А. Психология девиантного (отклоняющегося) поведения / Ю. А. Клейберг // Вопросы психологии. **–** 1998. **–** № 5. **–** С. 141-146.

32. Копыт Н. Я. Профилактика алкоголизма / Н. Я. Копыт. **–** М. : Медицина, 1986. **–** 240 с.

33. Квинн В. Прикладная психология / В. Квинн. **–** СПб. : Питер, 2000. **-** 91 c.

34. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. **–** СПб. : Питер, 2000. **–** 485 c.

35. Лисенко I. П. Патопсихологічна діагностика та корекція розладів особистості у хворих на наркоманію та алкоголізм / I. П. Лисенко. **–** К. : Здоров'я, 1999. **–**218 с.

36. Лисицын Ю. П. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты / Ю. П. Лисицын. **–** М. : Медицина, 1990. **–** 598 с.

37. Мазоха И. С. Психологические детерминанты агрессии и агрессивности / И. С. Мазоха // Наука і освіта. **–** 2007. **–** № 8 - 9. **–** С. 103- 105.

38. Маркова А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. **–** М. : Наука, 1996. **–** 89 c.

39. Массен П., Конгер Дж., Гивитц Дж. Развитие личности в среднем возрасте. Психология личности, тексты / П. Массен, Дж. Конгер, Дж. Гивитц. **–** М. : Наука, 1980. **–** 275 c.

40. Махнач А. В. Оценка психического состояния по тесту М. Люшера / А. В. Махнач. **–** М. : МГУ, 1992. **–** 237 с.

41. Минко А. И. Диагностика и прогноз лечения современных форм алкоголизма безмедикаментозными методами / А. И. Минко. **–** X. : Основа, 1997. **–** 133 с.

42. Моргун В. Ф., Ткачева Н. Ю. Проблема периодизации развития личности / В. Ф. Моргун, Н. Ю. Ткачева. **–** М. : Педагогика, 1981. **–** 174 c.

43. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие / А. А. Осипова. **–** М. : Сфера, 2001. **–** 601 с.

44. Петровский А. В. Развитие личности и проблемы ведущей деятельности / А. В. Петровский // Вопросы психологии. **–** 1984. **–** № 1. **–** С. 56-74.

45. Практикум по возрастной психологии / Под. ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. **–** СПб. : Педагогика, 2002. **–** 180 c.

46. Психология возрастных кризисов : хрестоматия. **–** Минск : Харвест, 2000. **–**385 c.

47. Психология человека от рождения до смерти / Под ред. А. А. Реана. **–** СПб. : Педагогика, 2001. **–** 656 c.

48. Райгородский Д. Я. Психология личности / Д. Я. Райгородский. **–** Самара : Бахрах, 2000. **–** 448 с.

49. Рассел Б. Человеческое познание: его сфера и границы / Б. Рассел. **–** К. : Педагогика, 1997. **–** 160 c.

50. Реан А. А. Практическая психодиагностика личности / А. А. Реан. - СПб. : Речь, 2001. **–** 259 c.

51. Реан А. А. Психология личности в трудах зарубежных психологов / А. А. Реан. **–** СПб. : Питер, 2000. **–** 316 с.

52. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : в 2- х книгах / Е. И. Рогов. **–** М. : Владос, 1999. **–** 239 с.

53. Рябикина 3. И. Развитие личности и профессиональный рост / 3. И. Рябикина. **–** Минск : Владос, 1997. **–** 205 c.

54. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. **–** М. : Педагогика, 1979. **–** 140 c.

55. Степанова Е. И. Психология взрослых людей - основа акмеологии / Е. И. Степанова. **–** СПб. : Питер, 1995. **–** 387 c.

56. Толстых А. В. Возрасты жизни / А. В. Толстых. **–** М. : Наука, 1988. **-** 92 c.

57. Тхостов А. Ш., Степанович Д. А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки / А. Ш. Тхостов, Д. А. Степанович // Вопросы психологии. **–** 1987. **–** № 2.– С. 54 - 62.

58. Файзуллаев А. А. Мотивационные кризисы личности / А. А. Файзуллаев // Психологический журнал. **–** 1989. **–** № 3.– С. 31 - 35.

59. Фельдштейн Д. И. Психология взросления / Д. И. Фельдштейн. – М. : Наука, 1999. – 458 c.

60. Фрейд З. Основные принципы психоанализа / З. Фрейд.– М. : Рефл - бук, 1998. – 288 с.

61. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посібник / І. М. Цимбалюк. – Рівне : ЦНТІ, 2001. – 111 с.

62. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н. И. Шевандрин. – М. : Владос, 1998. – 512 с.

63. Щербина Л. Ф. Методичні підходи до психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин / Л. Ф. Щербина // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – №8. – 43 с.

64. Эриксон Э. Идентичность : юность и кризис / Э. Эриксон. – М. : Прогресс, 1996. – 344 с.

65. Юнак В. Ю. Наркоманія - дорога в безодню / В. Ю. Юнак. – К. : Здоров'я, 2001.– 160 с.

**Додаток А**

**Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник (варіант міні-мульт)**

**Питання:**

1. У Вас гарний апетит?

2. Вранці Ви зазвичай відчуваєте, що виспалися і відпочили.

3. У вашому повсякденному житті маса цікавого.

4. Ви працюєте з великою напругою.

5. Часом Вас приходять на думку такі погані думки, що про них краще не розповідати.

6. У Вас дуже рідко буває запор.

7. Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.

8. Часом у вас бувають напади нестримного сміху або плачу.

9. Часом Вас турбує нудота і позиви на блювоту.

10. У вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.

11. Іноді Вам хочеться вилаятися.

12. Щотижня Вам сняться кошмари.

13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.

14. З Вами відбувалися (чи відбуваються) дивні речі.

15. Ви досягли б в житті набагато більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.

16. У дитинстві Ви один час скоювали крадіжки.

17. Бувало, що по кілька днів, тижнів або цілих місяців Ви нічим не могли зайнятися, тому що важко було змусити себе включитися в роботу.

18. У Вас переривчастий і неспокійний сон.

19. Коли Ви знаходитеся серед людей. Вам чуються дивні речі.

**Продовження Додатку А**

20. Більшість знають Вас людей не вважають Вас неприємною людиною.

21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше Вашого.

22. Більшість людей задоволені своїм життям більше ніж Ви.

23. Дуже багато хто перебільшує свої нещастя, щоб домогтися співчуття і допомоги.

24 Іноді ви сердитесь.

25. Вам безумовно не вистачає впевненості в собі.

26. У Вас часто буває відчуття, ніби Ви зробили щось неправильне або негарне.

28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.

27. У Вас часто бувають посмикування в м'язах.

29. Деякі так люблять командувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони мають рацію.

30. Ви вважаєте, що проти Вас щось замишляють.

31. Більшість людей здатне домагатися вигоди не зовсім чесним шляхом.

32. Вас часто турбує шлунок.

33. Часто ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були в поганому настрої і роздратовані.

34. Часом Ваші думки текли так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.

35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.

36. Часом Ви впевнені у власній непотрібності.

37. В останні роки Ваше самопочуття було в основному гарним.

**Продовження Додатку А**

38. У Вас бували періоди, під час яких Ви щось робили і потім не могли пригадати, що саме.

39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.

40. Ви ніколи не відчували себе краще, ніж тепер.

41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.

42. З пам'яттю у Вас все гаразд.

43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з яким Ви тільки що познайомилися.

44. Велику частину часу Ви відчуваєте загальну слабкість.

45. У Вас рідко болить голова.

46. Іноді Вам бувало важко зберегти рівновагу при ходьбі.

47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.

48. Є люди, які намагаються вкрасти Ваші ідеї та думки.

49. Ви вважаєте, що робили вчинки, які не можна пробачити.

50. Ви вважаєте, що Ви занадто сором'язливі.

51. Ви майже завжди про що-небудь тривожитеся.

52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.

53. Іноді Ви трохи брешете.

54. Часом Ви відчуваєте, що Вам незвичайно легко приймати рішення.

55. У Вас буває сильне серцебиття і Ви часто задихаєтеся.

56. Ви запальні, але відхідливі.

57. У Вас бувають періоди такого неспокою, що важко всидіти на мосту.

58. Ваші батьки та інші члени сім'ї часто чіпляються до Вас.

59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.

60. Ви не засуджуєте людини, який не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншого.

**Продовження Додатку А**

61. Іноді Ви сповнені енергії.

62. За останній час у Вас погіршився зір.

63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.

64. У Вашому житті були випадки (може бути, тільки один), коли Ви відчували, що на Вас діють гіпнозом.

65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої ​​причини.

66. Навіть перебуваючи в суспільстві. Ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.

67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.

68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.

69. Часом Ваша голова працює як би повільніше, ніж зазвичай.

70. Ви часто розчаровується в людях.

71. Ви зловживали спиртними напоями.

**Додаток Б**

**Тест Баса - Даркі**

1. Часом я не можу впоратися з бажанням заподіяти шкоду іншим. 2. Іноді пліткують про людей, яких не люблю.

3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь.

4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я не виконаю.

5. Я не завжди отримую те, що мені належить.

6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.

7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчути.

8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болісні докори сумління.

9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.

10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.

11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.

12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.

13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.

14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене кілька більш дружньо, ніж я очікував.

15. Я часто буваю не згоден з людьми.

16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся.

17. Якщо хто-небудь першим вдарить мене, я не відповім йому.

18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима.

19. Я був більш дратівливий, ніж здається.

20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я йду йому наперекір.

21. Мене трохи засмучує моя доля.

**Продовження Додатку Б**

18. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.

24. Люди, ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини.

25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.

26. Я не здатний на грубі жарти.

27. Мене охоплює лють, коли з мене насміхаються.

28. Коли люди корчать з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.

29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не подобається.

30. Досить багато людей заздрять мені.

31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.

32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.

33. Люди, які постійно переводять вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі".

34. Я ніколи не буваю похмурим від злості.

35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.

36. Якщо хтось виводить мене з себе, я не звертаю уваги.

37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.

38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.

39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильним" виразам.

40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були прощені.

41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хтось вдарить мене.

42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся.

43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.

**Продовження Додатку Б**

44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.

45. Мій принцип: "Ніколи недовіряти" чужинцям ".

46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.

47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.

48. Якщо я розлючуся, я можу ударити кого-небудь.

49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву.

50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.

51. Якщо б всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати.

52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене.

53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.

54. Невдачі засмучують мене.

55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші.

56. Я можу згадати випадки, коли я був настільки злий, що хапав ліпшу мені під руку річ і ламав її.

57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.

58. Іноді я відчуваю, що життя надходить зі мною несправедливо.

59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.

60. Я лаюся тільки зі злості.

61. Коли я роблю неправильно, мене мучить совість.

62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.

63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу.

64. Я буваю грубуватий по відношенню до людей, які мені не подобаються.

**Продовження Додатку Б**

65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.

66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо він того заслуговує.

67. Я часто думаю, що жив неправильно.

68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.

69. Я не засмучуюсь через дрібниці.

70. Мені рідко приходить в голову, що люди намагаються розлютити або образити мене.

71. Я часто тільки погрожую людям, хоча і не збираюся приводити загрози у виконання.

72. Останнім часом я став занудою.

73. У суперечці я часто підвищую голос.

74. Я намагаюся приховувати своє погане ставлення до людей.

**Додаток В**

**Опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича**

1. Чи прийнято у Вас зберігати в будинку запаси спиртних напоїв?

2. Чи легко Вас переспорити?

3. Чи відмовитеся ви від затії випити, якщо у Вас не вистачить трохи грошей?

4. Чи вірно, що потрібно багато доказів для переконання людей в якій-небудь істині?

5. Чи доводилося Вам позичати гроші на випивку?

6. Чи правда, що більшість людей чесні лише через страх на обмані попастися?

7. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя така ж гарна, як у більшості Ваших знайомих?

8. Чи буває, що Вас іноді підмиває затіяти з ким-небудь бійку?

9. Чи бувають у Вас періоди, коли Ви щось робили, а потім не знали, що саме Ви робили?

10. Чи вірно, що скандал з-за зайвої чарки часто руйнує сім'ю?

11. Вам все одно, що про Вас думають інші?

12. Ви вважаєте, що "довгі" тости заважають проведенню застілля?

13. Чи вірно, що дружини самі часто винні в тому, що їхні чоловіки багато п'ють?

14. Ваші родичі часто були налаштовані проти Ваших знайомих?

15. Чи вважаєте Ви проявом неповаги до компанії, якщо людина відмовляється від випивки, посилаючись на стан свого здоров'я?

16. Чи вірно, що єдина цікава сторінка в газетах - це розділ гумору?

17. Нерозумно засуджувати людину, який обманув того, хто сам себе обманювати?

**Продовження Додатку В**

18. Чи доводилося Вам шкодувати (відчувати почуття незручності) про свою поведінку в нетверезому вигляді, про який Ви самі не пам'ятаєте?

19. Перш ніж що-небудь зробити Вам зазвичай необхідно зупинитися і подумати, навіть якщо мова йде про дрібниці?

20. Чи може помірно питуща людина випадково потрапити до медвитверезника?

21. Слабшає Чи є у Вас бажання випити після ситного обіду?

22. Чи вважаєте Ви, що майбутнє настільки невизначено, що безглуздо будувати будь-які серйозні плани?

23. Чи граєте Ви в доміно, в шашки у дворі після роботи?

24. Чи міняють Ваш настрій думки про майбутню випивки?

25. Похмелитися Чи Ви?

28. Чи буває, щоб Ви не пам'ятали ранок те, що робили в нетверезому вигляді напередодні?

29. Обмежуєте чи Ви гостей у випивці у себе вдома?

30. Чи часто на наступний день після випивки Ви погано себе почуваєте?

31. Чи легко змінити думку, якщо до цього воно здавалося Вам остаточним?

32. Чи доводилося Вам зрідка шкодувати про те, що не вистачає випивки?

33. Чи помічаєте Ви, що стали більш повільні і мляві, немає колишньої енергійності?

34. Після сну Ви відчуваєте себе втомленими «розбитим»?