**РОЗДІЛ 1**

**Теоретичний аналіз проблеми профілактики рецидивів і психосоціальної адаптації наркозалежних осіб**

**1.1. Аналіз поняття наркозалежності у психологічних теоріях особистості**

Проблема наркозалежної особистості і закономірностей її розвитку, що відносяться до числа фундаментальних напрямів психології, зберігає свою актуальність і на сучасному етапі розвитку психології.

У процесі аналізу сучасного стану досліджень феномена наркозалежності, теоретичних і практичних аспектів проблеми, нами була обґрунтована ідея багаторівневої структури залежності.

Різні аспекти цього феномена можуть мати свою специфічну «представленість» на біологічному, індивідуально-особистісному, мікросоціальному і макросоціальному рівнях.

Наразі, у жодному з наукових підходів, ні у наркології, ні у психіатрії, ні у психології практично немає сумнівів в тому, що найважливіша роль у виникненні та формуванні залежності належить особистісному аспекту. Більш того, існує переконання, що особистісний компонент опосередковує і обумовлює розвиток інших сторін психічної залежності.

У зв'язку з цим, вважаємо за доцільне проаналізувати представленність феномену адикції в психологічних теоріях особистості. Існуюча велика кількість психологічних теорій особистості фактично не оминає увагою феномен залежності.

Це пов’язано не тільки з великою соціальною значущістю проблеми наркозалежності, не тільки в зв’язку з багатоаспектністю феномену, а причина в тому, що проблема залежності легко «проєктується» на площину практично будь-якої психологічної теорії.

Класичні психоаналітичні концепції особистості (П. Блос, Г. Гартман, А. Фрейд, 3. Фрейд) в якості причин виникнення адиктивної поведінки розглядають порушення в психоемоційному та психосексуальному розвиткові [34]. Так, авторами відзначається, що в основі виникнення залежності лежать невирішені конфлікти дитинства і емоційна залежність від дорослих, перш за все, від матері (А. Адлер, П. Блос, Г. Гартман, Е. Еріксон, А. Фрейд, 3. Фрейд, Е. Фромм).

Дотримуючись психоаналітичної концепції, П. Блос запропонував теорію індивідуалізації. Автором визначається дві значущі фази індивідуалізації: у три роки і в період дорослішання.

Для періоду дорослішання характерними особливостями індивідуалізації є:

- схильність до регресії на більш ранні етапи розвитку, що проявляється у створенні кумирів (ідеалізація дітьми батьків), «емоційному розчиненні» (абсолютне підкорення релігійним і політичним ідеям, занурення в свої переживання, що може супроводжуватися прийомом наркотичних речовин), «жага афектів і об'єктів», яка проявляється в прагненні до ідентифікації групи як заміну сім'ї, і амбівалентність;

- нонконформізм, як механізм захисту проти вираженої схильності до регресії, що забезпечує підлітку переживання унікальності власного «Я», відокремлення себе від інших [45].

Г. Гартман у своїй концепції адаптації особистості, визнаючи в цілому значення конфліктів у розвитку особистості, вважав, що процеси сприйняття, мислення, мовлення, пам'яті, творчості, моторний розвиток дитини та багато іншого може бути вільним від конфліктів. Г. Гартман вводить термін «вільна від конфліктів сфера «Я»» (conflict-freeegosphere) і включає сюди такі явища, як страх перед реальністю, захисні процеси в тій мірі, в якій вони призводять до «нормального» розвитку та супротиву.

Згідно з теорією Г. Гартмана, адаптація включає як процеси, що пов'язані з конфліктними ситуаціями, так і ті процеси, які входять у вільну від конфліктів сферу «Я». Опираючись на дане положення, наркотична речовина може розглядатися як «адаптивний фактор особистості».

Представники гуманістичного психоаналізу вивчали вплив психоемоційної складової людини на природу наркозалежності. Так, у сучасному житті існує базове протиріччя, яке затискає особистість з двох сторін: з одного боку - почесно любити інших, вшановлюється альтруізм; з іншого боку, любити себе - це гріх, хоча це є найсильнішим і законним прагненням.

Найбільш глибинна людська потреба, на думку Е. Фромма, – це потреба подолати свою відчуженність, звільнитися з полону самотності. Один із шляхів досягнення цієї мети є різноманітні оргастичні стани, які можуть приймати форму аутогенного екстазу, іноді за допомогою наркотичних засобів. В сучасних культурах, яким не властиві оргії, це набуває форму алкоголізації та наркотизації.

Намагаючись уникнути відчуження в забутті наркотичного сп'яніння, індивід відчуває самотність ще сильніше, коли зникає оргіастичне переживання, і він змушений знову вдаватися до цих засобів частіше й інтенсивніше. Наркозалежна особистість належить до мазохістичоного типу особистості, яка є пасивною формою симбіотичного зв'язку. Така людина не приймає рішень, підкоряється долі, хворобі, оргіастичним станам, що спричинені наркотиками.

В індивідуальній психології основна увага приділяється розгляду вродженого комплексу неповноцінності і його компенсації [1; 7].

Успішно подолати почуття неповноцінності можливо при формуванні почуття спільності. Індивіди з недостатньо розвиненим почуттям спільності становлять групу проблемних дітей, злочинців, душевнохворих, алкозалежних та наркозалежних.

У залежних особистостей, на думку Е. Берна, чітко проявляється материнський вплив. Таким людям потрібен наказ припинити вживати наркотики, що рівносильно розпорядженню покинути матір і жити посвоєму, тобто залежність від наркотичних речовин, по суті, є іншою стороною залежності від матері. Засвоєний залежний спосіб поведінки (сімейний сценарій), швидше за все, буде проявлятися і в подальшому сімейному житті наркозалежного [27].

Згідно теорії психосоціального розвитку Е. Еріксона, особистість у своєму розвитку проходить вісім основних стадій, в ході яких індивід встановлює основні орієнтири по відношенню до себе і своєї соціального оточення. На кожній стадії людина переживає відповідну кризу. Недоліки всіх попередніх стадій розвитку маніфестуються в підлітковому віці під час кризи ідентичності особистості або плутанні ролей (12-18 років).

Результати подолання кризи підліткового віку впливають на наступні стадії розвитку особистості: конфлікт середнього віку: близькість і самотність (криза інтимності) (6 стадія); зрілий вік: людяність і самопоглинання (7 стадія); цілісність і безнадійність (8 стадія).

Відчуженням цієї стадії є сплутаність ідентичності. Підлітки останньої групи часто поповнюють групу деліквентних підлітків. Таким чином, біхевіористами (Дж. Уотсон, Р. Уолтер, А. Бандура, Е. Торндайк) здійснено значний вклад у розуміння природи виникнення і розвитку поняття «залежність».

Вони висловлюють ідею, що в основі виникнення залежності лежить переживання конфлікту залежності-незалежності від дорослих, а також труднощі у встановленні емоційних зв'язків з однолітками.

Дж. Уотсон вважав, що можна прогнозувати поведінку людини, якщо мати уяву про її стереотипні ситуативні реакції. При народженні дитина спонукається до дії відносно вузьким колом подразників – первинних вроджених драйвів, або сильних стимулів [20].

Дискусійним питанням залишаються теорії функціонування – поведінки – діяльності людини. Зупинимось на аналізі концепцій детальніше. Так, дослідницький інтерес має концепція психічної адаптації особистості, при порушенні якої розвиваються особистісні патогенетичні механізми.

Розвиваючи дане вчення з позиції взаємин особистості з соціальним середовищем, В. М. Мясищевим запропоновано феноменологію процесу адаптації («особистісно-середовищна взаємодія як адекватна модель взаємин»), що має відповідні характеристики, класи та компоненти відносин (сторони та види стосунків).

Попри аналіз особистості як єдине ціле, В.М. Мясищев підкреслював при цьому значущість і взаємозв’язок холізму та гештальтизму, особистості та діяльності.

Так, цілісна особистість розглядається не як статичне, а як динамічне новоутворення «взаємопов’язаних основних компонентів». Однак, у загальній структурі особистості важливе місце приділено її «пропорційності, гармонійності та цілісності» та функціональності.

Відтак, доповнені В. М. Мясищевим положення функціональних систем, а також дослідженняпсихічної адаптації стали змістовним підґрунтямосновних сучасних теоретичних розробок про соціально-психологічну адаптацію особистості, що містить такі атрибути функціональної системи, та є:

- специфічною організацією (корисним адаптаційним результатом як домінантним системостворюючим фактором функціональної системи; рецептором результату; зворотною аферентацією від рецепторів результату в центральні утворення функціональної системи; специфічним архітектурним утворенням, що представляє собою вибіркове обʼєднання функціональною системою нервових елементів, які належать різним рівням; виконавчими соматичними, вегетативними і психоендокринними компонентами, що включають організовану цілеспрямовану поведінку);

- саморегуляцією як загальним принципом організації функціональної системи;

- ізоморфізмом функціональних систем різного рівня;

- вибірковою мобілізацією структурних елементів в цілісну організацію функціональної системи і взаємодією цих елементів досягненню кінцевих результатів;

 - ієрархією функціональної системи;

- мультипараметричним регулюванням функціональної системи за кінцевими результатами.

Функціональний підхід до проблеми залежності визначено у концепціях А. Бандури, Р. Уолтерса: дитина розглядається як залежний індивід. Фізична залежність дитини з віком трансформується – об'єкт залежності проявляється в більш «дорослих» формах, з’являється інтерес до себе і намагання визнання, вимагає звеличенння своєї особистості в тому числі від однолітків.

Автори теорії розвитку залежності відзначають, що підлітки з асоціальною агресивністю нездатні до формування та підтримання стійких емоційних відносин з однолітками. Вони замкнуті і не товариські. Відсутність пов'язаних з поведінкою емоцій і залежності може полягати в невдалій спробі встановити з оточуючими емоційні відносини і призвести до загальмування формування залежної поведінки внаслідок виникнення почуття тривоги, яке з'являється в подібних ситуаціях [20].

Ряд теорій в якості основної причини виникнення адикції розглядають переживання стресу і фрустрації, а основний виграш від вживання ПАР – «співволодіння» зі стресом і позбавлення від фрустрації. Таким чином, формується своєрідна адаптаційна система організму.

Теорія процесу протидії в мотивації пояснює наркотичну толерантність, абстинентний синдром та безліч інших явищ тим, що будьякий зсув оптимального рівня збудження призводить до запуску процесу, який повертає цей рівень в початкове положення.

Дослідження впливу насолоди на певні зони головного мозку дали можливість сформувати гіпотезу про існування в ньому центрів задоволення. Згідно дофаміновій теорії задоволення, неврологічні механізми такого ефекту засновані назбудження нервових волокон, які беруть початок в одній зі структур головного мозку - передній комісурі - та передають нервові імпульси за допомогою дофаміну [12].

Р. Лазарус вводить поняття «копінг» – подолання, «співволодіння» зі стресом. Залежно від стратегій і ресурсів, які вона використовує, можуть розвиватися як адаптивні, так і дезадаптивні форми поведінки. Всі стратегії поведінки людини, що формуються в процесі життя Р. Лазарус розділяє на три групи:

1) стратегія вирішення проблем (активна стратегія поведінки, коли людина намагається використовувати всі наявні у неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів та ефективного вирішення проблем);

2) пошук соціальної підтримки (активна стратегія поведінки, коли людина для ефективного вирішення проблем звертається за допомогою та підтримкою до оточуючих: сім'ї, друзів, значущих інших);

3) уникнення (пасивна стратегія поведінки, коли людина намагається уникнути контакту з навколишньою дійсністю, піти від вирішення проблем; вона може мати адекватний та неадекватний характер).

Вибір третьої стратегії поведінки часто призводить до розвитку адикції. Згідно інтеракціоністського підходу Т. Шибутані від того, як людина сприймає своє оточення, залежить те, яке значення мають для особистості різні об'єкти, що дають людині задоволення.

Під «ефективною адаптацією особистості» розуміється процес, при якому особистість задовольняє мінімальним вимогам і очікуванням суспільства.

При такому визначенні адаптації людина виступає як активний суб'єкт, який успішно користується реальними умовами для здійснення своїх цілей, цінностей та прагнень.

До ознак ефективної адаптованості інтеракціоністи відносять:

а) адаптованість в сфері «позаособистісної» соціально-економічної активності, де індивід здобуває знання, вміння та навички, досягає компетентності та майстерності;

б) адаптованість у сфері особистісних відносин, де встановлюються інтимні, емоційнонасичені зв'язки з іншими людьми, такі що необхідні для успішної адаптації: чутливість, знання мотивів людської поведінки, здатність тонкого і точного відображення змін взаємовідносин.

Щоб уникнути фрустрації в ситуації «блокади» потреб, мислення вибирає відповідний образ для завершення дії, в наслідок чого формується вторинне пристосування.

Велика група теорій і концепцій розглядає в якості джерела виникнення адикції протиріччя в «Я»-концепції та фрустрацію екзістенціальнозначущих потреб, втрату або відсутність сенсу життя (гуманістичні концепції, психосинтез, теорія особистісних конструктів, онтопсихологія).

Життєва концепція може бути внутрішньоконфліктною та суперечливою, це вказує на знижені адаптаційні можливості, що є основною причиною неврозів, алкоголізму, наркоманії та інших особистісних розладів. Згідно гуманістичних концепцій причини виникнення адикції криються в зниженому «локусі контролю», втраті або відсутності сенсу життя та фрустрації значущих потреб.

Психологи гуманістичного напрямку характеризують особистість як «людину в динаміці», що є відкритим до нового досвіду, в ситуації «тут і зараз», що прагне до саморозвитку внутрішніх спонукань і здатності приймати рішення. «Я»-концепція (самість) задає напрямки пошукової активності. Також існує ідеальна самість - уявлення про себе, яким би індивід хотів себе бачити.

 Неврози та психологічна непристосованність визначаються як «хвороба покинутості», тобто основний механізм розвитку хвороби - це незадоволення базових потреб, що призводить до фрустрації і перешкоджає самоактуалізації. Кожен досвід неконгруентності між самістью і реальністю веде до підвищення рівня уразливості особистості, що призводить до посилення внутрішніх захисних механізмів, що нівелюють досвід і створюють нові умови для не конгруентності. Те, що наркозалежні, незважаючи на свої страждання, все рівно повертаються до наркотику, стверджує про невирішеність їх проблем.

Наркозалежні стають жертвами установки «магічного мислення»: з точки зору залежного суб'єктивна реальність абсолютна і безумовна, вона важливіша, ніж зовнішня реальність. До наркотичної залежності призводить фрустрація, самотність, відчуження.

Наркозалежний потребує відчуття власної могутності, його залежність - це спосіб життя. Тільки зміна світогляду здатна позбавити його від залежності.

Здорова людина характеризується спонтанністю, простотою і природністю; служінням на противагу егоцентричним тенденціям; відстороненістю, необхідністю в усамітненні; автономністю, незалежністю від культури і оточення, волею і активністю; здатністю радіти життю; цілісною (інтегрованою) системою цінностей.

«Задоволення прагнення до розвитку формую здорову особистість», – стверджує А. Маслоу.

Згідно етно-функціонального підходу, особистість сучасної людини формується з «уламків» різних культур і тому позбавлена цілісності та самовизначеності. В таких умовах людина, відчуваючи стреси і депресивні стани, звертається до психотропних речовин, як до антистрессорів і антидепресантів.

Ймовірність виникнення адикциії підвищується, якщо вживаються речовини не властиві для культури, до якої належить людина.

За будь-якою хворобою, на думку А. Менегетті, завжди стоять розлади сфери «Я». Особистісну незрілість він розглядає як «об'єктивацію своєї особистої ситуації», приписування вини за свої невдачі випадку або іншим людям. Засновник техніки реконструкції особистості, що отримала назву «Психосинтез», Р. Ассаджиолі описує кризу, що передує духовному пробудженню, подібному до кризи підліткового віку.

У період цієї кризи людина відчуває невизначене занепокоєння, почуття незадоволеності і внутрішньої порожнечі, що може бути викликане розчаруваннями від колишніх уявлень про буденне реального життя. Зловживання наркотиками розглядається як особистісна поведінка, спрямована на ізоляцію від суспільства, де особистість не визнається.

Згідно з психоаналітичною теорією, алкоголь і наркотики є пов'язаними з депресією і суїцидом. Вживання подібних препаратів - це прагнення пережити недиференційовану єдність, скасувати сам процес народження [45].

Гештальттерапія описує невротичні механізми порушенням контактів. Всякий прояв цілісного «Я» є заявою особистості про себе. Спочатку середовище формує механізми контакту, які в подальшому використовуються особистістю при взаємодії з оточенням.

При взаємодії з соціумом, організм утворює «контактне розмежування», на якому здійснюється задоволення потреб. Отримавши задоволення, потреба «відходить» в фон, поступаючись місцем іншій потребі. У людей з залежною поведінкою порушується процес «контакт - відхід», таким чином, одна з домінуючих потреб виступає як фігура [45].

Утворюється ригідний патерн поведінки, втрачається контакт з реальністю. Гештальт залишається незавершеним. Свідомість утримує в якості фігури лише потребу, що відповідає прийнятному для особистості уявленню. Особистість не розвивається.

У нейролінгвістичному програмуванні соціально незріла або хвора особистість для кожної ситуації зазвичай використовує одну стратегію поведінки, в той час як, соціально зріла – дві або три стратегії. Чим більше стратегій, тим більше вибір і тим краще адаптація. За допомогою алкоголю та наркотиків будь-яка людина може на деякий час «включити» нейросоматичний контур людського мозку, який відповідає за сенсорносоматичну насолоду.

У діяльнісному підході адиктивна поведінка розглядається як особливим чином організована діяльність, що здійснює зв'язок організму з зовнішнім середовищем через реалізацію мотивів. Мотиви, що мають місце в діях і вчинках, закріплюються і переходять в характерологічні риси по мірі того, як починають визначати образ дій.

В даному випадку залежній поведінці можна дати визначення як помилково опредметненій потребі, основним механізмом формування якої є «зсув мотиву на мету» [37]. Домінуючим мотивом стає пошук об'єкту, який задовольняє потребу, замість попередньої справжньої, а володіння об'єктом дає тимчасове послаблення внутрішньої напруги.

Вся смислова сфера особистості перебудовується відповідно до цього провідного мотиву. Б. Г. Ананьєв визначає поведінку людини як складний комплекс видів їїсоціальної діяльності. Недостатній розвиток соціальної компетентності може відбуватися компенсація за рахунок вживання психоактивних речовин, які дають відчуття досягнення «Я» - соціального, таким, яким хочу, щоб мене бачили інші». Об'єкт залежності може бути включений в структуру «Я»-концепції як самостійний внутрішній образ, а потім впливати на поведінку підлітка.

Перспективним є напрямок сучасних досліджень проблеми залежної поведінки, в якому психічна залежність розглядається як спрямування, тобто самоцінна форма активності, що містить у собі можливості необмеженого самовідтворення. Цей підхід заснований на теорії персоналізації A. B. Петровського і В. А. Петровського; концепції «неадаптивної активності» та ідеї «відбитої суб'єктності» В.А. Петровського.

В. А. Петровський визначає прагнення особистості як форму активності, де «хочу» (цінності) і «можу» (здатності і можливості) виступають спільно, і це є спрямованістю людини на продукування таких дій, процес здійснення яких сам по собі переживається як задоволення. В. А. Петровський розглядає формування особистості як чергування фаз, що якісно відрізняються від попередньої та наступної, що включають: джерело – мету – засіб – результат, що виступає як джерело формування для наступної фази.

Розвиток особистості представляється як становлення особливої цілісності, в процесі якої людина формує і розкриває свою сутність і пізнає світ навколишньої природи, привласнює і творить предмети культури, знаходить коло значущих інших, проявляє себе перед самим собою.

Потреба в регламентації може мати батьківсько-дитячу природу (ранні батьківські впливи на дитину, явище «батьківського програмування») та дорослі підстави, які виражаються в здатності бачити і встановлювати межі, усвідомлювати їх існування.

Відносно становлення особистості можна стверджувати про недоцільність, і навіть небезпеку батьківсько-дитячої регламентації без можливості усвідомлення і дорослої регламентації.

В емоційній сфері спрямування виявляються при здійсненні емоційних контактів зі світом - чуттєвість, виявлення значущості подій, самовираження і т.ін.

Розвиток пізнавального, власне афективного і довільно-вольового напрямків особистості забезпечує емоціогенне середовище: предметне, соціальне, природнє і середовище власнго «Я».

Емоційному спрямуванню на рівні «хочу» в сфері «Я-інші» буде відповідати емпатія; в сфері «Я-Сам» – самоприйняття, самопочуття; в сфері «Я-Природа» – чуттєвість; в сфері «Я-рукотворний світ» – естетичні переживання.

На рівні «можу» емоційні спрямування виявляються у володінні мовою емоцій, її «алфавітом» і емпатійною мовою (як більш високим рівнем). Розвиваюче емоціогенне середовище «Я-Інші» може бути умовно розділене на кілька субсфер: «Я-мати», «Я-батьки», «Я-батько», «Я -домашні близькі», «Я-брат / сестра», «Я-діти»,«Я-вихователь», «Я-друзі»,«Я-дорослі»,«Я-суспільні явища».

У спільній діяльності дорослий ініціює у дитини розвиток її здатності перетворювати світ, відчуваючи радість (від зробленого своїми руками і прийняття подарунків від інших) і розділяючи її з іншими. Розвиваючий емоціогенний простір «Я-Сам» включає «Я-тілесне» і «Я-психічне / духовне». Основною метою розвиваючого середовища – є створення для дитини таких умов, в яких втілювалися б її переживання «Я–можу!», в яких дитина відчувала б надмірність своїх можливостей і переживала задоволеність від власних звершень. Якщо підліток не мав досвіду переживання надмірності своїх можливостей в подоланні внутрішніх і зовнішніх чинників, що перешкоджають задоволенню потреб, а після вживання наркотику пережив цей стан, то виникає схильність до наркозалежності.

Переживання ілюзорної надмірності власних можливостей формує емоціональний потяг до наркотику. Підсумовуючи аналіз психологічних теорій, змістовне обґрунтування яких залучається для аналізу феномена залежності, можна стверджувати що залежність – це: циклічно повторюваний патерн взаємодії зі світом і з самим собою, підкріплений переживанням задоволення потреб; тимчасове послаблення внутрішнього напруження, яке виникає при фрустрації значущих для особистості потреб (необхідна умова – зовнішній стимул до зняття внутрішньої напруги); форма суб'єкт-об'єктних відносин, в яких суб'єктом виступає предмет залежності; поведінка, обумовлена одним домінуючим мотивом (мономотивація); перекручена форма взаємодії з середовищем, направлена фіксованою потребою, яка заміщає справжню.

Проблема залежності легко «проєктується» на площину практично будь-якої психологічної теорії, в смисловому контексті якої продукуються моделі залежності різного ступеня розробленості. Цей напрям сучасних досліджень є перспективним, тому що не тільки відкриває можливість розуміння природи функціонування адиктивної поведінки, але і намічає напрямки профілактики і корекції особистісних порушень наркозалежних.

**1.2. Соціально-психологічні фактори наркотичного узалежнення**

У науковій літературі ризик вживання ПАР найчастіше вивчається через аналіз індивідуально-особистісних (біофізіологічні, індивідуальнопсихологічні чинники ризику наркотизації) та соціальних (мікро- і макросоціальні фактори ризику) чинників.

 Схильність залежності від ПАР в значній мірі визначається медикобіологічними факторами ризику. Характер співвідношення біологічних і середовищних детермінант в розвитку захворювань наркологічного профілю може бути представлений з позицій виділення двох компонентів ризику: «ризику почати» і«ризику стати» [6; 12; 28; 32].

Ризик вживання ПАР найчастішеобумовлений соціальнопсихологічними факторами. Ризик формування наркозалежності визначається переважно медико-біологічними факторами.

До медикобіологічних факторів ризику різні дослідники відносять генетичні або спадкові чинники, вроджені чи набуті нейрофізіологічні, нейрохімічні, ензимні, морфологічні особливості організму, соматичні, психопатологічні розлади і власне наркогенні властивості ПАР [39; 61].

На сучасному етапірозвитку наукової думки можливість успадкування та генетичноїсхильності до зловживання ПАР досить добре вивчені. Дослідження даного питання проводяться в основному трьома методами: генеалогічними, близнюковим, вивченням прийомних дітей та їх біологічних та прийомних батьків [49].

 Дані генеалогічних досліджень дозволяють зробити висновок – істотний фактор ризику наркозалежності полягає в наявності у індивіда батька, матері, брата або сестри, хворих на алкоголізм чи наркоманію. Наявність алкоголізму і наркоманії у більш віддалених родичів також підвищує ризик, але в меншій мірі, ніж захворювання родичів першого ступеня споріднення.

У дослідженнях останніх років було показано, що родичі хворих із залежністю або особи, що зловживають ПАР, у вісім разів частіше зловживають ПАР, ніж родичі здорових в цьому відношенні індивідів [6; 32; 49].

Іншим значущим біологічним маркером схильності до формування залежності від ПАР, пов'язаним з нейрохімічними механізмами, є визначення виснаженості нейромедіаторних систем, зокрема, дефіциту нейромедіатора дофаміна та його метаболітів (низька концентрація дофаміну в сечі, низька активність дофамінбетагідроксілази) [6; 12].

Однією з найбільш поширених точок зору, що пояснюють зв'язок між психічними захворюваннями та наркоманією, є гіпотеза «самолікування» [53; 54; 60]. Вважається, що зловживання наркотичними речовинами виникає в тих випадках, коли людина намагається сама «лікувати» прояви психічного захворювання з метою досягнення суб'єктивного ефекту адаптації.

 Особи з психічними розладами знаходять специфічну наркотичну речовину, якастворює суб'єктивне відчуття поліпшення загального самопочуття. Повторне вживання даної речовини, як правило, стрімко призводить до залежності.

Первісне відчуття полегшення, яке забезпечується вживанням наркотиків, часто перетворюється згодом навідчуття нещастя, безпорадності і загального порушення життєвих функційвнаслідок розвитку наркозалежності [23; 23]. У роботах П. В. Волошина, О. Ю. Гончарової, Є. А. Кошкіної, Н. О. Марути, Г. М. Мисько, І. К. Сосіна та ін., на прикладі ризику розвитку залежності від алкоголю,запропоновано класифікацію факторів ризику відповідно до ступеня схильності профілактичного впливу.

Авторами [42 та ін.] виділено три групи факторів:

• «абсолютно статичні», тобто «чинники, що не корегуються, несприйнятливі до профілактичним впливів».

Відповідно до багаторівневої структурою ризику до цієї групи факторів відносяться в основному біофізіологічні особливості потенційних споживачів ПАР. Облік і знання цієї групи чинників «необхідні для прогнозу ймовірності розвитку станів залежності і формування відповідних груп ризику, які потребують в подальшому підвищеної уваги»;

• «відносно статичні», іншими словами, обмежено сприйнятливі до профілактичним впливів. «В їх числі соціокультуральні фактори ризику: сімейні взаємини, що травмують життєві події, середовищні фактори, культуральна прийнятність вживання»;

• «динамічні» чинники - досить сприйнятливі до профілактичних впливів.

В першу чергу до них відносяться моделі поведінки, навички, установки неповнолітніх, а також деякі особистісні риси, іншими словами, умови, які стосуються індивідуально-психологічного рівня.

В. Д. Менделевич, досліджуючи наркозалежних, у яких саме депресивні стани, провокували патологічний потяг до вживання ПАР, виділяє шість варіантів таких депресій:

• депресивні переживання з відтінком зниження настрою;

• депресивні переживання з відтінком зниження настрою і почуттямтривоги;

• депресивні переживання з відтінком зниження настрою і тужливістю;

• депресивні переживання з відтінком зниження настрою і гнівливістю, суб'єктивного внутрішнього дискомфорту;

• емоційні стани з відтінком зниження рівня емоційногореагування;

• переживання зі схильністю до зміни (коливань) настрою ісуперечливості.

 Розглядаючи питання про індивідуально-психологічні фактори ризикузалучення до вживання наркотичних речовиннауковці в основу більшості класифікації закладають поняття «схильність».

 У численних дослідженнях проблеми споживання наркотичних речовин неповнолітніми [14; 23 та ін.] відзначається, що найчастіше наркоманія формується в осіб з аномаліями в особистісних сферах.

При цьому, в пошуках специфічних для залежної особистості рис,визначається безліч, часом суперечливих, преморбідних особливостей.

Наркоманія молоді є результатом складного переплетення і взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів [18; 28; 35; 36].

Практично кожне нове дослідження цієї проблеми розкриває нові грані механізму наркотизації. Тому певний інтерес представляє виділення з усього переліку відомих (на даний момент) факторів деякої їхсукупності, що грає, на думку експертів, провідну роль.

Таким чином, індивідуально-психологічні фактори визначаються аномаліями врізних особистісних сферах, таких як: поведінкова; мотиваційна; емоційна; характерологічна; когнітивна сфера; Я-концепція. Вивченням особливостей поведінкової сфери присвячені роботи багатьох вітчизняних та зарубіжних дослідників.

А. Є. Лічко до них відносив: реакції опозиції, імітації, негативної імітації, компенсації, гіперкомпенсації, емансипації, групування та реакція захоплення. Значна роль в залученні до ПАР, особливо в підлітковому віці,відводиться недостатньому самоконтролю над поведінкою.

Зокрема, гіпертрофований прояв реакції групування обумовлює підпорядкування зовнішнім формам контролю і формування найбільш частого варіанта формування адиктивної поведінки – вживання ПАР під впливом групового тиску [39; 40; 61].

Відзначається, що групу ризику по залученню довживання ПАР представляють в першу чергу непосидючі, гіперактивні підлітки з ослабленими механізмами стримування і самоконтролю.

У них також часто відбувається шкільна дезадаптація: виникають проблеми із засвоєнням матеріалу і успішністю, часті порушення дисципліни і пропуски занять, конфлікти з вчителями, що, в свою чергу, створює психологічну напруженість і, як наслідок, звернення до наркотиків як способу зняття стресу. Слабкість вольової сфери проявляється і нестійкістю інтересів, і нездатністю до організованої, послідовної діяльності.

У сучасних дослідженнях вольовий компонент поведінкової сфери розглядається більше не як фактор залучення до вживання ПАР, а як факторможливого подолання наркотичної залежності.

На поведінковому рівні «вразливість» особистості підлітка по відношенню до ПАРможе проявлятися також у відсутності прагнення бути в суспільстві інших людей, нездатність до міжособистісного спілкування, появі соціофобії і неадекватному сприйнятті соціальної підтримки [23; 25; 40].

Розкриваючи основні особливості особистості зі схильністю до адиктивної поведінки, В. Д. Менделевич звертає увагу на неузгодженість психологічної стійкості увипадках звичайних відносин і криз. Тоді як в нормі, як правило, психічно здорові люди легко («автоматично») пристосовуються до вимог повсякденного (побутового) життя і важче переносять кризові ситуації. Вони на відміну від осіб з різноманітними адикціями намагаютьсяуникати криз і хвилюючих нетрадиційних подій.

У зв'язку з проблемою відходу від реальності актуальним є питання, що стосується особливостей подолання труднощів та емоційного стресу. Труднощі, з якими стикаються підлітки, вимагають від них певних стратегій подолання стресу.

Особистість підлітка зазнає або поступальний розвиток з формуванням адаптивної поведінки, або дезадаптацію, саморуйнування. Різні форми поведінки підлітків є варіантами подолання стресу. Від того, як відповідає підліток на пропоновані йому вимоги середовища, які способи і стилі подолання стресу у нього проявляються і закріплюються, залежить розвиток особистості в підлітковийперіод і подальші перспективи.

Серед психологічних особливостей, що призводять до вживання ПАР, практично всі дослідники, незалежно від теоретичних підстав, виділяють порушення в емоційній сфері [4].

По-перше, це пов'язано з тим, що емоції, як первинна реакція організму, мають високу чутливість до впливів навколишнього середовища, особливо несприятливих (наприклад, засиллю наркотичних пристрастей в навколишньому світі), і є найтоншим індикатором соціально-психологічного благополуччя і дискомфорту.

У зв'язку з цим емоційна сфера руйнується однією з перших при становленні наркотичної залежності.

По-друге, існує припущення, що виникнення наркотичної залежності, як однієї з форм девіантної поведінки, відбувається під впливом особливостей емоційної сфери особистості, що в значній мірі визначає вчинки і мотиви людини. Так, зокрема З. Фрейд стверджував, що вся наша душевна діяльність спрямована на те, щоб отримувати задоволення і уникати незадоволення.

По-третє, в ряді досліджень доведено, що для підлітків, що вживають наркотики, характерні високий рівень потреби в пошуках відчуттів і орієнтація на вузький спектр переживань [52].

Низька фрустраційна толерантність (однотипний спосіб реагування нафрустрації і труднощі) також досить часто відзначається дослідниками якособливість, що призводить до зловживання ПАР. При значній виразності систематичної наркотизації предикторами можутьстати і тривожно-недовірливі риси характеру, які є основою так званої психастенії.

В даному випадку наркотики набувають комунікативноїта транквілізуючої (ейфорізуючої) функції. Чим більше виражені тривожнонедовірливі риси, тим менш впевнено почуває себе дитина (підліток) серед однолітків, тим більше вона потребує психологічної підтримки. Не отримуючи її на належному рівні, вона нерідко вдається до «хімічної» підтримки, яку її охоче надають торговці наркотиками [35].

До психологічних факторів ризику наркотизації в підлітковому віці можна віднести також привабливість виникаючих відчуттів і переживань, іншими словами, гедоністичних установок по відношенню до очікуваних емоційних переживань.

На сьогоднішній день, жодна з сфер особистості не описана так глибоко і такретельно, як сфера характеру.

Дослідження А. Є. Лічко, В. С. Бітенського, О. Ю. Єгорова та ін. Доводять, що одним з визначальних чинників ризику наркотизації в підлітковому віці є акцентуації характеру (крайні межі норми проявів окремих особистісних рис ) та психопатії (тотальні зміни особистісних властивостей), в рамках яких часто виникають обумовлені порушеннями адаптації та соціального функціонування депресивні фази і реакції. Серед госпіталізованих з приводу наркоманії підлітків в 2/3 випадків було діагностовано психопатія, і лише решта 1/3 оцінена як акцентуації характеру, тобто варіанти норми [32; 60].

Важливу фазу розвитку проходить в період дорослішання установка щодо власної особистості – «Я»-концепція (уявлення особистості про себе). В рамках юнацьких криз часто стає помітним дисонанс між реальною та ідеальною «Я»-концепціями. Несприятлива «Я»-концепція складається з слабкої віри в себе, недостатньої самоповаги, низької самооцінки і, виникнувши, призводить в подальшому до розладів поведінки, в тому числі до вживання ПАР.

Вивчення особливостей сфери «Я»-концепції багато дослідників, як правило, пов'язують з проблемами з ідентифікацією (кризої ідентичності).

 Об'єктивно і суб'єктивно погана переносимість труднощів повсякденного життя, постійні докори в непристосованості і відсутності любові до життя з боку близьких і оточуючих формує у адиктивних особистостей прихований комплекс неповноцінності. Вони страждають від того, що відрізняються від інших, що не здатні «жити як люди».

Однак, такий комплекс неповноцінності, що виникає тимчасово, обертається гіперкомпенсаторною реакцією. Від заниженої самооцінки, навіяної оточуючими, індивіди переходять відразу до завищеної, минаючи адекватну.

Поява відчуття переваги над оточуючими виконує захисну психологічну функцію, сприяючи підтримці самоповаги в несприятливих мікросоціальних умовах, умовах конфронтації особистості з родиною чи колективом. Почуття переваги грунтується на порівнянні «сірого пересічного болота», в якому знаходяться всі навколишні, і «справжнього, вільного від зобов'язань життя» адиктивної особистості.

Прагнення говорити неправду, обманювати оточуючих, а також звинувачувати інших у власних промахах випливає зі структури адиктивної особистості, яка намагається приховати від оточуючих власний комплекс неповноцінності, обумовлений невмінням жити відповідно до загальноприйнятних соціальних норм [43].

По суті, адекватне подолання кризи ідентичності і розвиток позитивної самооцінки в підлітковому віці є умовами повноцінного розвитку, що сприяють захисту особистості від можливого її залучення в коло наркотизації. При розгляді соціальних факторів необхідно враховувати їх прояв намікро- і макросоціальному рівнях життєдіяльності.

Мікросоціальний рівень включає в себе в першу чергу відносини в середині сім'ї, як першого соціального інституту, а також відносини особистості в освітній установі і в сфері дозвілля, які проявляються не тільки в ієрархічних відносинах дитина-дорослий, але і у взаєминах, у групах однолітків, що особливо важливо для неповнолітніх.

Тому, мікросоціальні фактори – це сімейні фактори ризику. У свою чергу, макросоціальних рівень відображає функціонування суспільства вцілому, від життя малих субкультур до рівня всієї світової спільноти.

 Одним з найбільш значущих чинників ризику залучення дітей і підлітків до наркотиків є порушення стосунків у сім'ї, зокрема дисфункціональні батьківсько-дитячі відносини. Окремі фахівці розглядають саме виникнення проблеми залежності від ПАР, як наслідок певних порушень у функціонуванні сім'ї [23].

Отже, наркозалежність виступає в якості симптому-показника наявності проблем в сімейних взаєминах. Відомо також, що наркотизація одного з членів сім'ї призводить до порушення функціонуванні сім'ї як в цілому, так і окремих її членів.

В свою чергу, співзалежність виступає фактором ризику продовження наркотизації. У психологічній літературі дослідження сімей наркозалежних нечисленні [23].

Виділяють три основних напрями, за якими ведуться дослідження, присвячені даній проблемі.

Перший напрям – аналіз структури сім'ї (число, склад), коли її порушення розглядаються як можливі причини наркотизації підлітків. Дані досліджень в цій області носять суперечливий характер. Так, наприклад, розлучення батьків і відсутність батька ряд фахівців відносять до психотравмуючих факторів у формуванні наркоманії у підлітків.

Друга група досліджень підкреслює психологічну роль сімейного клімату та стверлдує, що повнота складу сім'ї сама по собі не впливає на ймовірність залучення до вживання ПАР [23].

Другий напрям досліджень пов'язаний з вивченням особливостей поведінкових характеристик батьків, близьких родичів наркозалежних підлітків. Адиктивні форми поведінки притаманні не тільки пацієнтові, але і, як правило, одному з батьків (частіше батькові).

Третій напрям досліджень присвячено вивченню неправильних стилів виховання наркозалежних підлітків і психологічного клімату в даній групі сімей [23; 47].

Таким чином, сімейні фактори ризику залучення неповнолітніх до ПАР. слід розглядати, з одного боку, як порушення сімейних взаємин, що підвищує ризик перших спроб вживання ПАР; з іншого боку, не слід забувати і про проблему співзалежності, що «фіксує» наркотизацію.

Аналіз сучасної наукової літератури не дає відповіді на питання про те, які саме особливості особистості можна вважати факторами ризику в залученні до вживання наркотичних речовин.

Наявні медико-психологічні дані неоднорідні і суперечливі за характером. Зіткнення особистості з обставинами, що перешкоджають реалізації в життя її глибинних, базисних тенденцій, обумовлює схильність до зловживання наркотиками. Серед психологічних чинників, що створюють умови для зловживання ПАВ, велике значення має неблагополуччя в сім'ї.

**1.3. Індивідуально-типологічні особливості наркозалежних осіб**

У сучасній адиктології провідного значення набуває дослідження особливостей функціонування наркозалежної особистості, що умовно можна розподілити на декілька груп.

Перше – це ставлення до соціуму і характер міжособистісних відносин. Прояви соціальної опозиційності; відкрите нехтування соціальними цінностями і авторитетами; наявність особистісних конструктів, що створюють умови для сприйняття негативізму та ворожості оточуючого середовища; прагнення формувати культурний андерграунд; стійке прагнення до соціальної самоізоляції; наявність асоціальних установок.

 Другий напрям – це особливості проявів активності і поведінки.

Для даного напряму характерні:домінування в діяльності гедоністичних мотивів і установок; низька стійкість до фрустрації; готовність вдаватися до кримінальних методів задоволення особистих потреб; агресивність; прагнення виходити за рамки табуйованого; низька стресостійкість; перфекціонізм в діяльності; виражене прагнення до самодеструктивних форм поведінки; неадекватні стратегії адаптивної поведінки.

У науковій літературі досить багато уваги приділено вивченню змін особистості при наркозалежності. Уявлення про функціонування особистості наркозалежного складаються на основі різнобічних даних клінікопсихологічної та експериментально-психологічної діагностики особливостей психічних процесів та інтелекту, емоційних станів, мотивації, індивідуальнотипологічних і особистісних властивостей, системи цінностей.

За твердженням С. В. Березіна під наркотичною особистістю розуміється сукупність інтраіндівідних, інтеріндівідних і метаіндівідних проявів психічної залежності при наркоманії. Клінічні спостереження, експериментальні дані дозволили авторам сформулювати висновок про те, що психічна залежність може розглядатися як самопідтримуюча форма активності, що породжує специфічне особистісне утворення – наркотичну особистість.

Головна особливість залежності від ПАР полягає в тому, що в процесі формування залежної поведінки уражаються всі сфери особистості, а також змінюється життя оточення залежного і соціального оточення в цілому. Змінюються думки, переконання, фантазії людини (когнітивна сфера); його почуття, емоції (емоційна сфера): міжособистісні стосунки (комунікативна сфера); виникає стереотипність, ритуальність дій (поведінкова сфера).

Деформується сфера біологічного існування, тобто звички, рухова активність, працездатність, режим харчування і спосіб життя людини, на духовному рівні - моральність, альтруїзм змінюються аморальністю і егоїзмом [16; 17; 61].

Компоненти моделі формування адиктивної поведінки особистості наркозалежного обумовлені біологічними, психологічними та соціальними чинниками. Біологічні чинники можуть складати: спадковість,стать, вік, вага,стан здоров’я, толерантність та ін. Рівень статевої активності в своєму дослідженні розглядав І. В. Стрельчук. Автор виділив декомпенсовану форму морфінізму, що характеризується різко вираженою деградацією особистості, повною втратою працездатності, значно вираженим фізичним виснаженням, згасанням лібідо і потенції.

До психологічних чинників можна віднести: тип особистості (нав’язливо примусовий, залежний, антисоціальний, самознищення, депресивний).

У даному баченні та дослідженні проблеми наркозалежності І. М. П'ятницькою виокремлено наступні характеристики залежної особистості:

1) байдужість до соціальних проблем, відсутність стійких і сформованих індивідуальних інтересів, будь-якої захопленості;

2) відокремленість від дорослих; агресивність до суспільства; солідарність з віковою групою; пошук чуттєвих вражень, сексуального досвіду; навіть, пізнавальні інтелектуальні спонукання.

Ключовим патерном дослідження наркозалежної особистості є дослідження сфери «Я». Нарцисичність, егоїстичність, психопатичні рисиособистості; перфекціонізм; не інтегрована самосвідомість, що містить протиріччя усвідомлення власного «Я», як результату конфліктних особистісних сенсів, змістовна ізольованість уявлень про власну особистість, гіпертрофовано негативна або амбівалентна самооцінка; комплекси неповноцінності різного характеру; слабкість волі, нездатність визначити кордони власного «Я», особистісна незрілість, інфантилізм, ригідність мислення. У наркозалежних спостерігається недорозвинення «Я»-концепції, зниження здатності до рефлексії, властива неадекватна самооцінка.

Найбільш яскраво порушення самосвідомості виявляються в сфері саморегуляції і самоконтролю. Порушення самоконтролю проявляються у цих пацієнтів як в схильності до негайного реагування своїх переживань, так і в неможливості контролювати власну поведінку.

На думку авторів, по мірі наркотизації 66 індивідуальні особистісні характеристики нівелюються, хворі стають все більш схожими один на одного; у них формується своєрідний наркоманічний дефект, який характеризується: афективними розладами у вигляді депресії, афективною лабільністю, переважанням істероїдних форм реагування; поступовим згасанням інтересів, різними аномаліями емоційно-вольової сфери, розладами сфери потягів, сексуальною розпущенністю; моральноетичним регресом, інтелектуально-мнестичними розладами.

Автори відзначають, що ці зміни особистості відбуваються швидше у молодих осіб, ніж у дорослих наркозалежних, оскільки незріла особистість швидше піддається токсичному впливу наркотику, а особистість зі сформованим «Я» повільніше піддається згубному впливу психоактивної речовини.

Психопатизація особистості, деградація з морально-етичним регресом, втрата працездатності, антисоціальна поведінка, зміна соціальної орієнтації особистості за рахунок процесу соціально-трудової дезадаптації - відзначаються в якості особистісних змін хворих на наркоманію [40; 42; 53].

У дослідженнях також спостерігається систематизація особистісних рис, які характерні для людей з хімічною залежністю. Є дані про те, що у наркозалежних відбуваються різкі зміни в характері: розвивається егоїзм і себелюбство, видозмінюється почуття родинних відносин з близькими з проявом байдужості або ненависті до них; набувають іншого змісту такі душевні якості, як рішучість, наполегливість, витримка, сугестивність.

Дослідження В. Д. Менделевича показують, що для наркозалежних характерними виявляються деякі якості самоактуалізуючої особистості: висока потреба в пізнанні, відкритість новому досвіду, автономність, прагнення до саморозкриття в спілкуванні з іншими людьми.

Однак, при цьому спостерігається самовідчуження, схильність до впливу соціальних ролей на самосприйняття, що може трактуватися, на думку авторів, як відмова від авторського «Я» на користь переживань зовнішніх вражень і подій.

Незворотність органічного компонента дефекту особистості в рамках хронізації процесу, який нівелює особистість хворих, стирає компенсаторні можливості організму, поглиблює соціальну дезадаптацію хворих.

Серед психологічних особливостей функціонування адиктивної особистості виділяють такі як, морально-етична незрілість, виражений інфантилізм, крайній егоїзм і індивідуалізм, що не докладають до отримання задоволення ніяких зусиль, афективне мислення, зниження почуття міри, самовдоволення, завищена самооцінка, гіпертрофоване значення свого особистого досвіду, зниження критичності до себе, схильність до самообману, ілюзорне сприйняття себе, безвідповідальність перед собою і близькими, ненадійність, крайня спритність, що межує з брехливістю і безвідповідальним фантазуванням, послаблення зворотного зв'язку результатів своєї діяльності і подальшої поведінки, тобто рефлексії [16; 30; 43].

 Етична деградація є відмінною рисою хронічного наркомана. Наслідки хронічного вживання наркотиків призводять до посилення пасивності і ліні, байдужості до свого зовнішнього вигляду, марного фантазування [23].

Всі ці характерологічні якості взаємно підсилюють один одного, формуючи адиктивний стиль мислення і поведінки, що створюють підґрунтя до готовності реалізації та формування адикції [33].

Стрижнем наркозалежної особистості, на думку В. Д. Менделевича, є інфантильність (інфантилізм). Залежній особистості також властива сугестивність.

Особистість, схильна до формування залежної поведінки, виявляється некритичною, часто легковірною, податливою до групового впливу та авторитарного управління. Залежна особистість відрізняється нездатністю адекватно планувати і прогнозувати своє майбутнє.

Ще одна особистісна характеристика – це ригідність-негнучкість, тугорухливість всієї психічної діяльності, нездатність при об'єктивній необхідності змінювати думку, ставлення, установку, мотиви та інше. Для структури залежної особистості характерні такі характеристики, як наївність, простодушність, безпосередність. Цим людям властива цікавість і пошукова активність.

Для індивіда з рисами залежної особистості типова така характерологічна особливість, як максималізм. Такі люди прагнуть до особливо яскравих вражень, вони егоцентричні, нетерплячі, схильні до ризику і побоюються бути покинутими.

Крім цього, об'єктивно та суб'єктивно адикти не переносять труднощі повсякденного життя, відчувають постійні докори в непристосованості, відсутності життєрадісності від рідних і друзів.

В результаті тиску з боку соціуму адитивні особистості змушені пристосовуватися до норм суспільства. Вони починають формально виконувати ті соціальні ролі, які їм нав'язуються.

Відзначається, що у наркозалежних зі стажем вживання опіуму більше п'яти років відбувається зниження вольової активності, яке проявляється в нездатності припинити наркоспоживання, подолати звичайні життєві труднощі.

Н. С. Курек виділяє наступні порушення цілеспрямованої активності наркозалежних: підвищення рівня установки на вольову активність і числа способів досягнення мети (антисоціальних) в ситуації придбання наркотиків; адинамії рівня домагань в ситуації визначеності і підвищення частоти неадекватних змін рівня домагань в ситуації невизначеності. Виявлено взаємозв'язок: чим нижче рівень інтелекту і настрою, тим вище рівень установки на вольову активність в ситуації придбання наркотиків.

 Наркозалежна особистість має низький ступінь вираженості вольових якостей, так як інтуїтивне розуміння волі в широкому сенсі наступне: вольовою особистістю називається людина, яка успішно реалізує свої високі соціально-значущі мотиви. Вольова особистість характеризується силою провідних мотивів і «мотиваційної конгруентністю» - узгодженістю бажання, рішення і виконання; при цьомуборотьбамотивів і зусилля волі перестають бути актуальними [47].

Однак Н. В. Дмитрієва та О. В. Дубровіна описують адиктивні еквіваленти такими вольовими якостями, як наполегливість, ініціативність, рішучість і самовладання. Вивчення взаємозв'язку вольових якостей особистості і міжособистісної залежності, що має визначальне значення в становленні особистості, в саморозвитку і самовизначення у наркозалежних, доводить, що вольові якості беруть участь у формуванні залежної поведінки, зокрема міжособистісної залежності [13].

Важливою складовою вивчення наркозалежної особистості є дослідження особливостей емоційної сфери, для якої характерно переважання емоційної регуляції поведінки над раціональною; мстивість, злостивість, заздрісність, імпульсивність; циркулярність емоційних настроїв, ейфорія, дисфорія, депресивність; брехливість, підвищена сенситивність.

Особистість не самодостатня та потребує отримання ззовні якоїсь речовини, енергії або інформації, одним із проявів якого є наркологічне захворювання.

Адиктивний характер, або «адиктивна особистість», відображають вже суто специфічне переломлення рис полезалежності і прояв їх у вигляді хімічної залежності. Наркозалежні важко переживають відчуття порожнечі і відсутності сенсу життя, відчувають розчарування у своїй здатності самостійно вирішити проблем.

Внаслідок розвитку наркотичної залежності особистість починає змінюватися. Внутрішні конфлікти загострюються, а слабка психічна адаптація стає все більш очевидною.

Виявлено особливості емоційної активності наркозалежних: зниження адекватності сприйняття емоцій у іншої людини по міміці, жестах і позах, нормальний або підвищений рівень емоційної експресії; нівелювання статевих відмінностей в емоційній сфері [46; 52].

Таким чином, відзначається не тільки порушення емоційної сфери наркозалежних, але, що особливо важливо з точки зору вивчення соціальної поведінки наркоманів, порушення в вираженні і розпізнаванні емоцій.

Наступним компонентом психологічних чинників є передумови міжособистісної комунікації: самооцінка, егоїзм, підозрілість, підкореність, залежність, доброзичливість, соціальне уникнення, викривлення самосприйняття та соціуму, спрямованість на «похвалу» та ін.

Сфера міжособистісної комунікації має ряд характерологічних особливостей, таких як: самооцінка, підозрілість й недовіра; егоцентризм та потреба у схваленні; викривлення самосприйняття та соціуму і прагнення соціального уникнення, а також підкореність й залежність.

Таким чином, до спільність особистісних рис, поведінкових властивостей слід віднести: слабкий розвиток самоконтролю, самодисципліни, низька стійкість до різноманітних впливів, невміння прогнозувати наслідки дій і долати труднощі, емоційна нестійкість і незрілість, схильність неадекватно реагувати на фруструючі обставини, невміння знайти продуктивний вихід з психотравмуючої ситуації [23; 29; 30].

Ц. П. Короленко вважає, що в осіб з наркотичною залежністю наркотик замінює відносини з людьми. За допомогою «живого» наркотику відбувається задоволення емоційних потреб наркозалежних. Люди, що оточуютьїх, сприймаються як обє’кти, якими можна маніпулювати, щоб задовольнити свою потребу в наркотику.

Важливо, що ступінь виразності особистісних змін у значній мірі обумовлюються порушеннями батьківських відносин і виховання. Аналіз літератури з проблем наркоманії показує, що дослідженням деструктивних дитячих ролей в сім'ї приділяється значна увага.

 Особливості функціонування наркозалежної особистості ряд дослідників співставляють з впливом травмуючого раннього дитячого досвіду, що пов'язаний з «синдромом сім'ї», маючи на увазі суттєві порушення родинного функціонування у батьківських сім'ях.

Встановлено, що у наркозалежних низький рівень сприйняття соціальної підтримки, емпатії, афіліації, а також відсутність ефективної соціальної підтримки з боку оточуючих.

В якості причин вживання наркотиків О. О. Фільц називає проблему самотності, питання сенсу життя, зрада. Психоемоційні стани, що належать до теоретичної моделі формування адиктивної поведінки особистості наркозалежного: цікавість, страх, сором, провина, іпохондрія, тривожність, слабкість емоційного контролю, інтенсивність яких є короткочасним, штучними, не інтегрованими з функціонуванням особистості.

Дослідження суб'єктивного контролю («локусу контролю») особистості наркозалежних демонструє характерну для них тенденцію до зниження загальної інтернальності, інтернальності в області досягнень; формування екстернальності в сфері невдач, в сімейних і міжособистісних відносинах; заперечення власного захворювання; впевненість в здатності контролювати результати свого здоров'я; надію на одужання в результаті дії інших людей.

 На очікування допомоги хворих на наркоманію з боку всіх соціальних груп вказують В. В. Гульдан, О. Л. Романова. За їхніми даними, максимальна підтримка проектується наркозалежними на друзів і приятелів «наркоманів», мінімальна - очікується від сім'ї (батьків) і просоціальних груп.

Особистість з наркотичною залежністю, яка знаходиться в депресивному стані проживає важкі емоції і страждання. Так само відзначається високий рівень шизофренії, хворі опіоманію «шизоідуются». Низький рівень працездатності автори пояснюють порушеннями вольового компонента інтелектуальної діяльності, вельми характерного для опійних наркоманій.

Слід зазначити, що в періоди ремісій спостерігається переважання депресивного афекту, що характеризується негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери когнітивних уявлень і загальної пасивністю поведінки. Потяг, мотиви, вольова активність різко знижені, що призводить знову до вживання наркотичних речовин. Поведінковими компонентами теоретичної моделі формування адиктивної поведінки особистості наркозалежного є:

- поведінкова дезадаптація: нестабільність (непотрібність, покинутість), недовіра/абʼюз, емоційна деривація, ущербність, соціальна ізоляція, відчуженість;

- поведінкова уразливість: підкорення, самоконтроль, самодисципліна, визнання та схвалення;

- поведінкова дисфункціональність: негативне сприйняття, песимістична налаштованість, невміння вербалізувати емоції та ін.

Спосіб життя адиктивної особистості може розглядатися як щось протилежне здоровому способу життя з повним ігноруванням санітарно-гігієнічних норм, турботи про своє здоров'я і здоров'я своїх близьких людей.

Незважаючи на переважаючу гедоністичну установку й егоцентричність, ставлення адикта до себе страждає механічністю, є вкрай спрощеним, переважно підпорядковане якійсь схемі.

Б. В. Зейгарник відзначала, що в процесі розвитку залежності формуються патологічно змінені потреби, порушується ієрархія мотивів поведінки.

Потреби залежної особистості стають некерованими і набувають структури потягу. Інтереси, переживання і прагнення людини формуються в залежності від мотивів, зміни в змісті потреб означають перебудову особистості наркозалежного.

Одним з найбільш яскравих проявів особистісної трансформації є порушення підконтрольності, критичності поведінки [65].

Використовуючи для самозахисту на свідомому рівні механізм, який в психологічній літературі називається «мислення за бажанням», адикти намагаються реалізувати своє прагнення до інтимності штучним шляхом.

Воно полягає в тому, що незважаючи на логіку причинності і наслідків явищ, які відбуваються, наркозалежний приймає за дійсність те, що відноситься до його бажань, зміст мислення при цьому підпорядковуються емоціям.

Міжособистісні відносини наркозалежних відрізняються динамікою, в процесі спілкування з людьми здійснюється обмін думками, взаємне збагачення, засвоєння досвіду. До предметів, що позбавлені таких динамічних особливостей, формується адиктивне ставлення, в результаті чого відбувається фіксація на основних рисах заздалегідь за прогнозованої емоції, яка досягається вже звичним способом.

Таким чином, відносини адиктивного типу є більш стабільними і передбачуваними, ніж природні відносини з людьми. Однак така сталість блокує розвиток гармонійної особистості [23].

Поведінковий аспект наркозалежної особистості підліткового віку у дослідженнях В. І. Будзинського відзначається низьким загальноосвітнім та культурним рівнями, недостатнім розвитком духовних аспектів особистості наркозалежних; низькою самооцінкою і незадоволеністю життям.

У той же час, дослідження самооцінки хворих героїновою наркоманією, виявили деякі її особливості: примітивність, розмитість, амбівалентність. У самосвідомості хворих відсутні минуле, сучасне, майбутнє як єдиний часовий континімум. Все це, на думку авторів досліджень, свідчить про низьку здатність наркозалежних структурувати свій життєвий шлях і внутрішній досвід, обмежує можливість адекватного прогнозування ними майбутнього, що в свою чергу, знижує ймовірність позитивного результату лікування і збільшує ризик рецидиву [61].

Даний факт підтверджується в інших дослідженнях, згідно з якими хворі на наркоманію складно структурують свій час, не володіють особистісною тимчасовою активністю, нездатні до аналізу минулого та планування майбутнього.

Аналогічні результати отримані при дослідженні антиципаційної спроможності (прогностичної компетентності) наркозалежних. У підлітків з залежними формами поведінки переважаючим є моноваріантний тип ймовірнісного прогнозування, що характеризується націленістю лише на один суб'єктивно значимий прогноз розвитку подій (найчастіше позитивний) при ігноруванні всіх інших.

В якості важливої характеристики залежної особистості вважають нездатність повною мірою адекватно планувати і прогнозувати майбутнє. На думку дослідників, у наркозалежних може проявлятися інтелектуальна недостатність у вигляді некритичності, схильності до вчинків без розуміння шляхів і засобів, що ведуть до їх результативності; відсутність, незважаючи на сумний життєвий досвід, розуміння своєї недостатності [52].

 Н. Н. Іванець, М. А. Віннікова вказують на дослідження механізмів порушення критичності у хворих опійною наркоманією.

А. Н. Ланда відзначає особливості самооцінки наркозалежних та вплив мотивації вживання наркотику на зміну особистості хворих, порушення контролюючої і регулюючої функцій особистості.

Доведено, що цей феномен є складним клініко-психологічним явищем, що включає когнітивний, афективний і мотиваційно-поведінковий компоненти. Авторами встановлено, що максимальне усвідомлення хвороби відзначається на висоті абстинентного синдрому, а мінімальне - при опійній інтоксикації та в стані актуалізації патологічного потягу до наркотиків.

Сформована в процесі наркотизації система психологічних захистів спотворює об'єктивну інформацію про наркотики, а критичність хворих на наркотичну залежність до свого захворювання різко знижується при загостренні патологічного потягу до ПАР [61].

Таким чином, наявні психологічні дані неоднорідні і суперечливі за характером, а кореляти вживання наркотиків часто плутають з їх причинами.

 Жодна концепція виникнення, формування психологічної залежності не представляється вичерпною і переконливою. Зіткнення особистості з обставинами, що перешкоджають реалізації в життя її глибинних, базисних тенденцій, обумовлює схильність до зловживання наркотиками, що є захисною активністю особистості перед обличчям труднощів, які перешкоджають задоволенню найбільш важливих і значимих для нього потреб і носить адаптивний сенс.

**РОЗДІЛ 2**

**Емпіричне дослідження психологічних особливостей профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб**

 **2.1. Організація та процедура дослідження**

В процесі попередньої бесіди фіксувалися: соціальний та сімейний стан, тривалість вживання наркотичних речовин, попередня кількість госпіталізацій, мотив проходження курсу реабілітації.

В групі дослідження (ГД) переважали особи з неповною вищою освітою обстежуваних (62,7%), середню або середньо-спеціальну освіту мали 27 осіб з наркотичною залежністю (26,5%), вищу освіту мали 11 респондентів (10,8%).

Сімейний стан ГД: 53 респондента (52 %) на момент дослідження не мали власної сім'ї, 8 (7,8%) – були одружені, 4 (3,9%) – розлучені та 37 наркозалежних (36,3%) проживали у цивільному шлюбі.

Попередня середня тривалість вживання опіумних наркотичних речовин до початку етапу реабілітації в ГД становила 6,5±0,5 років.

Серед наркозалежних напівсентитчні опіати вживали 24,5% респондентів (25 осіб), синтетичні опіати – 29,4% респондентів (30 наркозалежних), натуральні опіати, а саме відвар макової соломки – «маляс» – 46,1% (47 осіб).

У зовнішнішньому вигляді звертають на себе увагу: блідість та сухість шкірних покривів, наявні ураження зубної емалі, в більшості наркозалежних – відсутність зубів, виснаженість, дефіцит маси тіла, виглядають старшими від своїх років. Серед характерологічних особливостей можна виділити такі, як брехливість, відсутність мотивації та установки лікуватися, виражена схильність до протестних форм поведінки та інші.

В якості групи порівняння (ГП) проведено психологічне дослідження 54 здорових осіб чоловічої статі, віком 18-27 років без ознак соматичної, психічної патології та наркотичної залежності.

Критерієм не включення в дослідження були: відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних розладів або гострих психотичних розладів на момент обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких міг би вплинути на психічний стан.

Всі респонденти, які були включені в дослідження, дали добровільну згоду на участь в ньому, що дозволило провести психологічне та психодіагностичне дослідження.

Контингент дослідницької вибірки був однорідним за базовими показниками, що дає можливість вважати результати дослідження такими, що репрезентативно відображає генеральну сукупність.

Для забезпечення високого ступеня однорідності складу ГД та ГП формувались на підставі урахування особливостей статево-вікових характеристик, характеристик житлово-побутових, соціально-економічних та медико-соціальних умов.

Дослідження було проведено в декілька етапів.

На першому етапі здійснено аналітичне вивчення стану досліджуваної проблеми в теоретичному і прикладному вимірах; обрано й обґрунтовано теоретичні положення дослідження, сформульовано об’єкт, предмет, мету і завдання дослідження та його концептуальні положення, сформовано репрезентативну вибірку, що дозволили проводити узагальнення результатів дослідження на всю генеральну сукупність, з якої вона була зібрана, укладено пакет валідних і достовірних психодіагностичних методик.

Другий етап дисертаційної роботи був присвячений формування груп дослідження та визначенню особливостей функціонування особостисті наркозалежних.

Проведено якісний та кількісний аналіз ідентифікаційних характеристик наркозалежних, а саме визначено особливості особистісної ідентичності наркозалежної особистості; було виявлено особливості функціонування базових емоційних станів, їх взаємозв’язок, як можливі фактори впливу раннього травматичного досвіду на формування та функціонування особистості наркозалежних.

 Виявлено особливості функціонування та взаємозалежності радикалів регуляції та характерологічних типів особистості наркозалежних.

Здійснено систематизацію, інтерпретацію та узагальнення отриманих результатів дослідження.

Третій етап виконання дисертаційної роботи був присвячений побудуванню прогностичної моделі логістичної регресії для визначення факторів ризику розвитку наркозалежності.

На цьому етапі було використано результати попередніх етапів емпіричного дослідження.

Четвертий етап виконання дисертаційної роботи полягав у розробці програми психологічної корекції наркозалежних.

**2.2. Характеристика методів дослідження**

В дослідженні розглядається з позиції захисного емоційного та когнітивного патерну, який формується в дитинстві та повторюється протягом усього життя.

Для проведення дослідження був використаний метод діагностики ранніх дезадаптивних схем: методика «Діагностика ранніх дезадаптивних схем» (YSQ – S3R) в адаптації П. М. Касьянік, Є. В. Романової. Дж. Янгом було виділено 18 ранніх дезадаптивних схем (РДС), розділених на п'ять укрупнених доменів (груп), які пов'язані з незадоволенням тими чи іншими потребами.

Домени включають в себе РДС, сформовані у відповідь на незадоволення цих потреб.

До складу першого домену «Відсутність зв'язку і відторгнення», що є за твердженням Дж. Янга найбільш потужним і руйнівним для особистості, входять наступні ранні дезадаптивні схеми: «Покинутість/Нестабільність»; «Недовіра/Аб’юз»; «Емоційна депривація»; «Ущербність/Сором»; «Соціальна ізоляція/Відчуженість».

Другий домен «Порушена автономія й ефективність» формуються у відповідь на незадоволення потреб в автономії, незалежності, самовизначення, власної ефективності та включає наступні ранні дезадаптивні схеми: «Залежність/Некомпетентність»; «Уразливість до нанесення шкоди або хвороб»; «Сплутаність/Нерозвинене «Я»»; «Провал».

Третій домен «Порушення кордонів» включає дві схеми: «Виняткові права/Грандіозність»; «Недолік самоконтролю і самодисципліни».

 Четвертий домен «Спрямованість на інших» формуються внаслідок незадоволеності потреб в самоповазі, у власній значущості та цінності, реалізації своїх бажань і планів. Містить наступні схеми: «Підкорення»; «Самопожертвування»; «Пошук схвалення/Визнання». Останній п’ятий домен «Гіперпильність та стримування» включає наступні РДС: «Негативізм/Песимізм»; «Емоційне стримування»; «Жорсткі стандарти/Гіперкритицизм»; «Одержимість покаранням». Основною характеристикою цього домену є придушення потреб в спонтанності, безпечному вираженні емоцій та відчутті власних потреб.

В результаті теоретичного аналізу було виявлено та описано конкретні докази, які вказують на вплив специфіки психічного феномена особистості, зокрема РДС, на виникнення у неї адиктивної поведінки.

РДС в більшості випадків не усвідомлюються і не проявляються, поки не відбувається будь-яка «пускова» подія, що активізує ту чи іншу схему. Вони можуть «запускатися» як релевантними подіями, так і настроєм людини та супроводжуватися високим рівнем афекту і низьким рівнем критичності до свого стану.

Проведенні дослідження підтверджують широкий спектр застосування діагностичних можливостей вивчення РДС у наркозалежних [44], в той час як вивчення емоційних станів наркозалежних доповнює усвідомлення цілісної картини формування адикції.

Вивчення базових емоційних станів проводилось за допомогою методики К. Ізарда «Шкала диференціальних емоцій».

Використовується для діагностики домінуючого емоційного стану, базується на теорії диференціальних емоцій, яка обґрунтовує необхідність оцінки суб'єктивного досвіду в термінах дискретних емоцій, афектів і афективно-когнітивних структур.

Дана теорія стверджує існування якісних відмінностей між базовими емоціями, а також між деякими афективними станами, і спирається на можливість їх диференціації за допомогою самозвітів і виявлення специфічних для кожного афекту термінів.

Шкала диференціальних емоцій (ШДЕ) – інструмент самозвіту, створений для оцінки вираження індивідом фундаментальних емоцій або комплексів емоцій. Вона являє собою список загальновживаних термінів, які одночасно є стандартизованими та такими, що переводять індивідуальний опис емоційного переживання в окремі категорії емоцій.

Методика призначена для самооцінки інтенсивності та частоти виникнення 10 основних базових емоцій що утворюють основу мотиваційної системи людини: радість, інтерес, здивування, сум, гнів, відраза, презирство, страх, сором, вина, відповідно до переліку монополярних шкал К. Ізарда.

Взаємодія та різні процеси поєднань цих десяти базових диференціальних емоцій породжують всі інші емоції особистості.

Дослідження особливостей особистісної ідентичності (інтерперсональна діагностика особистості) проводилось за допомогою психодіагностичної методики (в модифікації Л. М. Собчик), що є адаптованим та модифікованим варіантом оригінальної методики Тімоті Лірі, автор якої є послідовником ідей Г. С. Саллівана.

Теоретичний підхід Г. С. Саллівана до розуміння особистості базується на уявленні про важливу роль оцінок і думок значимих для даного індивіда оточуючих, під впливом яких відбувається його персоніфікація, тобто формується особистісна ідентифікація зі «значущими іншими». У процесі взаємодії з оточенням особистість проявляється в певному стилі міжособистісної поведінки.

 Реалізується потреба в спілкуванні і в здійсненні своїх бажань, особистість погоджує свою поведінку з оцінками значущих інших на рівні усвідомленого самоконтролю, а також (неусвідомлено) з символікою ідентифікації. Методика призначена для діагностики уявлення особистості про своє сьогодення («Я» – реальне) та утопічний варіант особистості («Я» – ідеальне).

Опитувальник складається з 128 оціночних тверджень, які при обробці об'єднуються в 8 октант (по 16 пунктів в кожному).

Досліджуваному пропонується оцінити, чи відповідають дані твердження оцінюваному об'єкту. Т. Лірі виділяв наступні типи ставлення до оточуючих (типи інтерперсональної поведінки): авторитарний, егоїстичний, агресивний, підозрілий, підкоряється, залежний, доброзичливий, альтруїстичний.

Дана методика була використана для виявлення переважного типу ставлення до людей в самооцінці та взаємооцінці в аспекті «Я»-реальне та «Я»-ідеальне. При цьому виділялося два фактори: «домінуванняпідпорядкування» та «дружелюбність-агресивність».

Саме ці чинники визначають загальне враження про людину в процесах міжособистісного сприйняття. В результаті залежності від відповідних показників ми виділяли ряд орієнтацій – типів ставлення до оточуючих.

Після проведення методики ми підраховували кількість відносин кожного типу та визначили ступінь адаптованості поведінки особистості.

Для виявлення змістовних характеристик ідентичності: перш за все когнітивних, а також ціннісно-мотиваційних, афективних, поведінкових була використана методика 20 визначень М. Куна і Т. Макпартленда «Хто Я?».

Питання «Хто Я?» безпосередньо пов'язане з характеристиками власного сприйняття людиною самої себе, тобто з її образом Я-концепції.

Основою методики служать концепції соціальних ролей і рольової поведінки, в рамках яких задається спосіб самосприйняття індивіда як носія цих ролей. Цей факт знаходить своє відображення в самоописах досліджуваних.

Особистості властиво рефлексувати свої психологічні характеристики, своє місце не тільки в соціальному світі, але і в світі в цілому.

Дана методика являє собою нестандартизований самоопис з відкритою формою, тому може охоплювати не тільки рольові аспекти, але всі сфери уявлень людини про свою особистість і ядра її – «Я».

Дослідження особливостей Self–системи та характерологічних типів наркозалежної особистості проводили за допомогою психодіагностичної методики «Індекс функціонування Self–системи» (Н. М. Залуцька зі співавт.) та тесту «Автопортрет особистості» Джен М. Олдхем, Луі Б. Морріс відповідно.

«Індекс функціонування Self-системи» (тест оцінки нарцисизму) – клініко-психологічна тестова методика, розроблена F. W. Deneke і B. Hilgenstock й адаптована році Н. М. Залуцькою, А. Я. Вукс.

Опитувальник складається з 163 тверджень, відповіді до яких формуються за шкалою Лайкерта.

У підсумку можна отримати відомості по 18 шкалам та підрахувати нарцисичний коефіцієнт і загальний індекс функціонування Self-системи:

1. Безсиле Self – ця шкала в цілому відповідає за стійке відчуття своєї слабкості та безпорадності, сигналізує про загальне послаблення селфсистеми в цілому, а саме: відчуття неконтрольованої тривоги, відчуття самотності, сприйняття соціального оточення як екзистенціальної загрози; інтенсивні депресивні переживання, пов’язані з відсутностю сенсу життя, низької самоцінності, внутрішньої пустоти, безпорадності; деструктивні прояви аутоагресії.

2. Втрата контролю емоцій і спонукань – послаблення особистості за цим показником свідчить про нездатність особистості до контролю власних емоцій. Хаотична зміна емоцій вказує на ослаблення рівня організації Selfсистеми особистості.

3. Дереалізація / деперсоналізація – диссоційоване самоприйняття та нереалістичне бачення оточення свідчать про активізацію захисних механізмів, за рахунок яких особистість дистанціюється від загрозливих для її цілісності ситуацій. Завдяки цим архаїчним механізмам особистість намагається заперечувати переживання, що її внутрішньо дестабілізують.

4. Базовий потенціал надії – цей показник вказує не просто на фасадну самовпевненість, а максимальну переконаність особистості у власний потенціал, максимальна настанова на реалізацію особистісних ресурсів.

5. Незначна Self – характеризує ослаблення організації Self-системи, що супроводжується болісними сумнівами в цінності власної особистості. Це порушення регуляції почуття власної цінності супроводжується домінуючим переживанням сорому і страху розкриття оточуючими своєї малоцінності.

6. Негативне тілесне Self – цей показник вказує не про об'єктивну самооцінку, а про хворобливість сприйняття своїх можливих дефектів тіла (не «гарно / негарно», а «страждаю від цього / не страждаю»).

7. Соціальне уникнення – ослаблення особистості за цим параметром проявляється в наростанні соціального уникнення з метою захисту від нарцисичної травматизації.

8. Архаїчна втеча – відображає неконтрольоване наростання регресивних тенденцій з фантазіями єднання з природою і уникненням міжособистісних стосунків. Регресія тут має специфічну якість – це пошук об'єктів, які, на відміну від ненадійних людських об'єктів, були б постійно доступними і задовольняючими.

З психоаналітичної точки зору це зберігається з раннього дитячого періоду прихильності до материнського об'єкту, загроза втрати якої є екзистенціальною небезпекою.

9. Грандіозне Self – настанова на досягнення успіху, свою соціальну ефективність. Вказує на достатньо високу самооцінку.

10. Прагнення до ідеального Self-об'єкту – високий рівень виразності цього параметру відображає зниження задоволеності собою з одночасним пошуком зовнішнього ідеалізованого об'єкту, який в фантазіях випромінює силу. Ідентифікація з ним стимулює слабку особистість, дозволяє брати участь у його могутностіь і блиску, компенсуючи таким чином власний нарцисичний дефіцит.

11. Жага схвалення – спроби компенсувати відчуття власної малоцінності безпосередньо соціальним схваленням.

12. Нарцисична лють – під впливом негативних емоцій, пов'язаних з образою, соромом, приниженням, розчаруванням сильна особистість мобілізує свою готовність до захисту, свої резерви у відповідь люті і помсти. Ця реакція стабілізує Self-систему і захищає особистість від нарцисичного шоку і втрати власної цінності.

13. Ідеал самодостатності – прояв феноменів перфекціонізму і трудоголізму є спробами захисту від власної актуальної або уявної недостатності.

14. Знецінення об'єкта – тенденція до знецінення оточуючих, сприйняття їх небезпечними, такими, що розчаровують.

15. Ідеал цінностей – несе нарцисичну направленість особистості – визнання себе моральним досконалим, перфекціонізм і гіперболізація своїх моральних цінностей, жорстке нав'язування їх оточуючим.

16. Симбіотичний захист Self – тенденція шукати «хороший» селфоб'єкт, який був би психологічної копією себе і підкріплював б реальність існування слабкої особистості повною відповідністю установок, думок і системи цінностей.

17. Іпохондричний захист від тривоги – психодинамічно іпохондрія є реакцією індивіда на загрозу фрагментації селф з деструкцією його саморегулюючих функцій.

18. Нарцисична користь від хвороби – від іпохондрії цей показник відрізняється акцентом на фантазію: «я, власне, сам здоровий і продуктивний, це моє тіло відмовляє».

Тест «Автопортрет Особистості» (Джен М. Олдхем, Луі Б. Морріс) – розроблений для виявлення різних типів особистості, ступеню виразності у досліджуваних того чи іншого типу.

Основні теоретичні положення пропонованої типології засновані на опублікованій в США класифікації розладів особистості «Американської психіатричної асоціації». Пропонований тест визначає «норму» і «акцентуацію» певного типу особистості.

Методика дозволяє виявити домінуючий тип особистості та побудувати профіль особистості.

Стимульний матеріал складають 107 тверджень, що стосуються різних сторін поведінки людини.

Досліджуваному пропонується три можливих варіанти відповіді: стверджувальний, негативний і невизначений.

Кінцевою метою обробки «сирих» показників є побудова «автопортрета особистості» досліджуваних.

Діагностуються наступні типи особистості: Добросовісний – Нав'язливо примусовий; Самовпевнений – Нарцисизм; Драматичний – Неприроднє акторство; Пильний – Параноїдальний; Діяльний – Активність на межі зриву; Відданий – Залежний; Відлюдник – Шизоїд; Празний – Пасивно-агресивний; Чутливий – Ухилення; Ідеосінкретичний- Шизопатія; Авантюрний – Антисоціальний; Альтруїстичний – Самознищення; Агресивний – Садист; Серйозний – Депресивний.

Математична обробка результатів проводилася за допомогою методів математичної статистики (програмний пакет SPSS Statistics 21).

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики.

Обробку отриманих даних здійснювали за допомогою методів багатовимірної статистики – кореляційний аналіз (за методом Кендалла та Спірмена).

Для факторизації даних був використаний факторний аналіз (аналіз головних компонент з ротацією Varimax). Для підрахунку логістичної моделі наркозалежності був використаний метод регресійного аналізу.

 **2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального етапу дослідження**

Вивчення особистісної трансформації наркозалежної особистості в рамках прояву «синдрому сім’ї» є важливим, тому що ранній дитячий досвід відносин з батьками детермінує появу психологічних патернів та базових емоційних реакцій, як одних з провідних чинників формування адиктивної поведінки особистості в майбутньому.

РДС є конструктом, що включає уявлення про себе, навколишній світ та оточуючих, стійкий комплекс спогадів, емоцій, переконань і тілесних відчуттів, що сформовані в дитинстві та формувалися протягом життя. Переживання дитинства відіграють важливу роль в становленні особистості та інтерпретації її життєвого досвіду.

РДС формуються в результаті взаємодії індивідуальних особливостей особистості та негативних переживань, що виникають в процесі спілкування з найближчим оточенням.

Якщо в дитинстві цей комплекс психологічних феноменів може сприяти адаптації несформованої особистості, то у дорослому віці – подібні схеми порушують адаптивні можливості.

РДС в більшості випадків не усвідомлюються і не проявляються, поки не відбувається будь-яка «стартова» подія, що активізує ту чи іншу схему.

Схеми можуть «активуватися» як релевантними подіями, так і настроєм людини та супроводжуватися високим рівнем афекту та низьким рівнем критичності до свого стану.

Схеми, перебуваючи в актуалізованому стані, стають своєрідним «фільтром» сприйняття навколишнього, через призму дисфункціональних сімейних відносин спотворюють реальні, фактичні умови ситуації, що склалася, викликаючи у індивіда фруструючі переживання, які дестабілізують його самовідчуття та сприяють його психосоціальній дезадаптації.

Можна зазначити ключову роль впливу дезадаптивних переконань і афективних реакцій на генезис адиктивної поведінки як вибудуваної стратегії співволодіння індивіда з суб'єктивно нестерпними, інтенсивними враженнями і переживаннями.

В цілому, емоційні порушення наркозалежних пов'язані з деструктивним впливом наркотичної речовини як на психічну сферу пацієнтів в цілому, так і на емоційну зокрема. З огляду на це, дестабілізація емоційної сфери є складовою патологічного потягу до ПАР.

Для наркозалежних характерно стабільне переживання негативних станів емоційної сфери особистості, що вступають в різке протиріччя з ідеологічними, моральними або естетичними принципами і установками суспільства.

 Одним із причинних факторів формування порушень емоційної сфери наркозалежної особистості можна вважати РДС, що сформувалися в рамках прояву «синдрому сім’ї», де ранній дитячий досвід відносин з батьками детермінує появу психологічних патернів та базових емоційних реакцій, як основних чинників формування адиктивної поведінки особистості в майбутньому.

РДС відіграють важливу роль у життєдіяльності людини, здатності будувати афіліативні стосунки, прагненні до особистого щастя та самоактуалізації, формуванні стійкого усвідомлення цінності власної особистості.

Перебуваючи в актуалізованому стані, РДС стають своєрідним «фільтром» сприйняття навколишнього оточення, несуть в собі маркер дисфункціональних сімейних відносин, спотворюють реальні, фактичні умови ситуації, що склалася, викликаючи у наркозалежного фруструючі переживання, які дестабілізують його самовідчуття та сприяють психосоціальній дезадаптації.

При відсутності дезадаптивних схем будь-яка інформація або набутий досвід сприймалися б як нові, що в свою чергу, призвело б до непередбачуваності навколишньої дійсності, а взаємодія з нею – стала неможливою.

Таким чином, організуюча функція схем є їх основною функцією, де дані конструкти можуть носити як гармонійний, так і дезадаптивний характер. З точки зору порівняльного аналізу та з урахуванням рівня виразності, провідними доменами виявилися наступні: «Відсутність зв’язку і відторгнення», «Спрямованість на інших» та «Гіперпильність та стримування».

Перший домен є базовим доменом, тому що формується в ранньому дитинстві та детермінує всю поведінку та життєдіяльність особистості в подальшому житті.

Статистично значущими РДС першого домену виявилися «Покинутість/Нестабільність» та «Соціальна ізоляція/Відчуженість», що займають провідні позиції та несуть основне навантаження в групі наркозалежних. Статистично значима РДС «Недовіра/Аб’юз» має більш низькі показники порівняно з контрольною групою, тому не може виступати як фактор формування адикції. РДС саме цього домену детермінують усвідомлення власної непотрібності та покинутості, а в подальшому актуалізують постійне переживання тривоги.

Формування даних РДС, що відбувається в дитинстві, базується на батьківсько-дитячих стосунках, які несуть емоційну холодність, відторгнення дитини, редукцію позитивних емоцій, відсутність прийняття та підтримки. В подальшому такі стосунки обумовлюють акумуляцію негативного досвіду, який може виступати фактором преморбідного формування адикції та певних стилів поведінки особистості в дорослому житті.

Тому, результуючим аспектом РДС першого домену є формування стилю поведінки – уникнення, який може виступати «маскою» в свідомості наркозалежних та створювати умови для уникнення психотравмуючих ситуацій, нестерпних емоційних станів шляхом самоізоляції та створення «власної реальності» в дорослому житті.

Основним видом дезадаптивного компенсаторного механізму в подальшому виступає вживанння ПАР. Перший домен є найбільш вагомим та потужним серед інших. РДС саме цього домену детермінують усвідомлення власної непотрібності та покинутості.

Четвертий та п’ятий домен, що формуються в пізньому пубертаті, також є значущими для наркозалежної особистості, але, в порівнянні з контрольною групою, статистично значущі показники несуть менше навантаження за середнім рангом.

Послаблення четвертого та п’ятого доменів у наркозалежних, згідно з тлумаченням РДС за Дж. Янгом, свідчить про притуплення значимості формування спонтанних позитивних почуттів, імпульсів і рішень; неготовність зіткнення з внутрішніми ригідними установками. На перший план виходять гедоністичні потреби, що повністю нівелюють відчуття відповідальності, обов'язків, дотримання правил.

З’являється схильність приховувати емоції. Отримання задоволення й радості за рахунок вживання ПАР стає найвищим благом та сенсом життя, основною термінальною цінністю, в той час як все інше виступає інструментом для досягнення задоволення.

Таким чином, наркозалежні знаходяться в актуалізуючому аспекті першого домену (покинутість, осуд, непотрібність та відчуженість). В той час як, постійні психотравмуючі ситуації, відторгнення суспільством, внутрішні конфлікти послаблюють четвертий та п’ятий домени, що в подальшому формуються вже у пізньому пубертаті.

Наркозалежні усвідомлюють дефіцитарність власної особистості, їх поведінка в суспільстві вважається соціально-неприйнятною, в деяких випадках маргінальною. Таким чином, РДС четвертого та п’ятого доменів не є преморбідними факторами у формуванні наркотичної залежності, на відміну від РДС першого домену.

З огляду на вище наведене, з’явилась необхідність в дослідженні базових емоційних станів наркозалежних, діагностика яких проводилась за допомогою методики «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізарда.

Аналізуючи отримані дані, виявлено, що для наркозалежних характерно стабільне переживання негативних станів емоційної сфери особистості таких як «відраза», «презирство», «страх», «сором» та «провина», на відміну від позитивного емоційного стану «цікавість» та нейтрально забарвленого – «здивування», що несуть менше навантаження в порівнянні з контрольною групою. Негативні емоційні стани вступають в різке протиріччя з ідеологічними, моральними або естетичними принципами і установками суспільства.

Наркозалежні відчувають руйнівні емоції відрази, презирства, страху, провини, роздратування, тривоги, сорому, знижується цікавість до життя, цінностей, прагнень, що формують відчуття нудьги, апатії, самотності та туги. Наркозалежні компенсують неспроможність керувати власним психологічним станом, регулювати емоційні стани, відчувати «осмисленість» та інтерес до життя вживанням ПАВ, що в свою чергу виступає інтроективною «маскою» від засуджуючої поведінки суспільства. Редукція «сорому» нівелює можливість адекватної оцінки особистістю всього того, що відбувається, спричиняє ірраціональну поведінку, зачатки якої вже почали формуватися в ранньому дитинстві за рахунок дефекту батьківсько-дитячих стосунків.

Це підтверджується дослідженням РДС наркозалежних, які формуються, в основному, за рахунок дефекту батьківсько-дитячих стосунків, в яких дитина вимушена «придушувати» власні агресивні переживання, відчувати постійну фрустрацію, отримувати помилкові установки від неповноцінного соціального інституту сім’ї. Накопичення негативного досвіду особистісних переживань та протест наркозалежної особистості проти соціально-прийнятної поведінки, детермінує блокування аспекту свідомості Супер Его.

На перший план виходить безсвідомий компонент задоволення інстинктивних бажань, що спричиняє зловживання ПАР.

Даний аспект психіки і нівелює відчуття сорому, що спостерігається в ГД, та посилює відчуття «провини». Переважання «провини» над «соромом» ми можемо трактувати з позиції феномену посилення почуття власної дефектності. Це стає руйнівною ланцюговою реакцією, що в подальшому підживлюється формуванням помилкових соціальних установок функціонування наркозалежної особистості.

Статистично значимі показники позитивного емоційного стану «цікавість» та нейтрального стану «здивування», що формують базу когнітивних емоційних станів, у наркозалежних несуть менше навантаження за середнім рангом в порівнянні з ГП.

Поєднуючись з інтенсифікованими показниками негативних емоцій когнітивний аспект емоційного компоненту деформує позитивні прагнення через відсутність почуття сорому, що знижує регуляторні можливості особистості та предиспонує неспроможність наркозалежних усвідомлювати реальність власної поведінки та відсутність можливостей для виправлення ситуації.

 Наявні базові негативні емоційні стани базуються на неузгодженості попередньо сформованих життєвих позицій, поглядів і поведінки наркозалежних з життєвими позиціями, поглядами і поведінкою оточення. Останні ототожнюються наркозалежними як ниці, що не відповідають прийнятим моральним нормам і естетичним критеріям.

Відчуття негативної емоційної тенденції виражається в усвідомленні невідповідності власних помислів, вчинків і зовнішності не тільки очікуванням оточуючих, а й власним уявленням про належну поведінку. Згідно дизайну дослідження за «Шкалою диференціальних емоцій» К. Ізарда на другому етапі підраховано та узагальнено показники по укрупнених групах емоцій.

Індекс позитивних емоцій (ІПЕ) – характеризує міру позитивного емоційного ставлення суб’єкта до поточної ситуації.

Підраховується як сума балів по трьох перших блоках базових емоцій: ІПЕ = ∑ I, II, III (Інтерес + Радість + Здивування). Значення ІПЕ коливаються в діапазоні 9–45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) – відбиває загальний рівень негативного емоційного ставлення суб’єкта до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по чотирьох наступних блоках базових емоцій: ІГНЕ = ∑ IV, V, VI, VII (Горе + Гнів + Відраза + Презирство). Значення ІГНЕ коливається в діапазоні 12–60 балів.

Індекс тривожно–депресивних емоцій (ІТДЕ) – відбиває рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно–депресивного комплексу емоцій, що вказують на суб’єктивне ставлення до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по трьох останніх блоках базових емоцій: ІТДЕ = ∑ VIII, IX, X (Страх + Сором + Вина). Бали ІТДЕ коливаються в діапазоні 9–45.

Можна зазначити, що міра емоційних переживань у досліджуваних групах значно відрізнялася. Так, за індексом позитивних емоцій слабкий ступінь виразності виявлено у 37,3 % у ГД, у ГП – 64,8 %. У свою чергу сильний ступінь виразності виявлено у 17,6 % у ГД та 5,6 % у ГП.

Згідно інструкції автора методики до загальної характеристики міри виразності основних типів емоційних переживань проводився якісний аналіз конкретних видів емоцій, що визначав емоційне забарвлення поточної діяльності. Вивчення взаємозв’язків емоційних станів та РДС наркозалежних доповнює усвідомлення цілісної картини формування адикції.

В результаті дослідження були отримані різні дані про ступінь взаємного впливу базових емоційних станів та РДС наркозалежних. Прямий кореляційний зв'язок спостерігається між емоційними станами «Радість», «Здивування», «Горе-горювання», «Відраза», «Сором» та РДС «Соціальна ізоляція/Відчуженість», «Сплутаність/Нерозвинене «Я»», «Провал», «Виняткові права/Грандіозність», «Недолік самоконтролю і самодисципліни», «Підкорення», «Самопожертвування».

Обернені кореляційні зв’язки були сформовані між базовими емоційними станами «Цікавість», «Презирство», «Страх», «Сором», «Провина» та РДС «Покинутість/Нестабільність», «Недовіра/Аб’юз», «Ущербність/Сором», «Залежність/Некомпетентність», «Уразливість до нанесення шкоди або хвороб», «Сплутаність/Нерозвинене «Я», «Провал», «Виняткові права/Грандіозність», «Підкорення», «Жорсткі стандарти/Гіперкритицизм».

Кореляційний зв'язок з РДС другого домену демонструє, що наркозалежні мають сформовані очікування від себе та від оточуючого світу, які заважають їм діяти ефективно і самостійно, відповідно їх віку. Зворотній взаємозв’язок базового емоційного стану «Страх» та РДС «Уразливість до нанесення шкоди або хвороб» може розглядатися з позиції феномену «розщеплення страху», який полягає в зміщенні акцентів в соціальну сферу особистості, формуючи таким чином комунікативні фобії та відчуття «патологічної» незалежності. Єдина пряма кореляційна залежність базового емоційного стану «Страх» з РДС «Самопожертвування» може розглядатися з позиції захисного механізму гештальт-терапіїї «Ретрофлексія».

Жертвуючи собою, наркозалежна особистість змінює саму себе, свою поведінку та когніції, здійснює по відношенню до себе дії, які вона хотіла б спрямувати на оточуючих.

Дані обставини були сформовані в ранньому дитинстві на тлі батьківсько-дитячих стосунків, коли батьки оточували їх над турботою або, навпаки, зовсім ігнорували, в результаті чого не сформувалася самостійність, неготовність реалізовувати свої цілі та можливість набуття нового досвіду.

На тлі цього сформувалися залежні відносини з батьками, які заважають збудувати власну індивідуальність та соціальний розвиток. Базовий емоційний стан «Страх» сформований для зменшення активності РДС другого домену.

Існуючий кореляційний зв'язок підкреслює порушення нарцисичної регуляції, так як використовується наркозалежними, як інверсний механізм емоційного стану «Відраза» необхідного для підтримки нарцисичного балансу власної особистості. Обернений зв'язок емоційного стану «Відраза» з РДС четвертого домену підтверджує той факт, що наркозалежні не готові пригнічувати власні бажання, прагнення, потреби, почуття та емоції. Не вважають за потрібне контролювати відчуття гніву та помсти. Спрямовані на проживання гедоністичного стилю життя.

Відчуття базового стану «Гнів» активує усвідомлення власної неповноцінності, неуспішності, детермінується усвідомленням аскетичності власної особистості, демонструє недовіру до оточення та зберігає власну регуляторну функцію, що підтверджується прямими кореляційними зв'язками «Гніву» з четвертою та восьмою РДС. Існуючі взаємозв’язки також можуть свідчити про залежні відносини з батьками, які заважають будувати власну індивідуальність, підсилюючи усвідомлення власної ущербності та маргінальності поведінки.

Такий кореляційний зв'язок демонструє взаємозалежність відчуття горя та підкорення: переконання в тому, що треба підкорюватись контролю з боку інших щоб уникнути негативних наслідків, ігнорувати власні бажання та почуття. Відображаючи та оцінюючи дійсність, «Горе-горювання» зберігає свою регуляторну функцію та направляє поведінку наркозалежного в певну сторону.

Обернений кореляційний зв'язок базового стану «Сором» з РДС «Залежність/некомпетентність» підсилює кореляційний зв’язок базового емоційного стану «Страх», інверсуючи функціональне значення даного емоційного стану. При підсиленні відчуття страху та сорому наркозалежні навпаки демонструють самостійність, активність, спроможність вирішувати практичні проблеми придушуючи сформовані РДС.

У випадку формування у наркозалежних позитивного емоційного стану –«Цікавість», яка сприяє формуванню навичок та умінь, набуттю нових знань, виступає мотивуючим фактором діяльності, можливо створити умови для пригнічення сформованих раніше РДС. А саме, у разі нівелювання відчуття власної неповноцінності, створення умов для соціальної адаптації та ідентичності, усвідомлення важливості власних бажань та потреб, формування здатності відчувати емпатію зникає необхідність дотримуватися жорстких стандартів.

Радість несе деструктивний характер, при підсиленні даного стану збільшується тенденція до домінуючої поведінки, відсутності контролю, нестримання емоцій, імпульсів, конфліктності, песимізму, переконаність у власній некомпетентності, бездарності, неосвіченості, неуспішності щодо інших і т. ін. Позитивний емоційний стан «Радість» інверсує власне функціональне призначення та збагачується семантикою нарцисизму. Нейтральний емоційний стан «Здивування» не має чітко вираженої позитивної або негативної емоційної реакції на виниклі обставини. «Здивування» має прямий кореляційний зв'язок з РДС «Провал», «Самопожертвування», «Виняткові права/Грандіозність», підсилюючи вже існуючі кореляційні зв’язки з позитивними та негативними емоційними станами, та може переходити в цікавість. «Здивування» гальмує всі попередні емоції, спрямовуючи увагу на об'єкт, що його викликав.

Проведене емпіричне дослідження особливостей РДС та емоційних станів наркозалежних показало, що формування РДС наркозалежних відбувається в дитинстві та базується на батьківсько-дитячих стосунках, які несуть лише емоційну холодність, відторгнення, редукцію позитивних емоцій, відсутність прийняття та підтримки.

В подальшому такі стосунки обумовлюють акумуляцію негативного досвіду, який може виступати фактором преморбідного формування адикції та певних стилів поведінки особистості в дорослому житті; вивчення емоційних станів наркозалежних доповнює усвідомлення цілісної картини формування адикції.

Проблема особистісної ідентичності в сучасному світі стає все більш актуальною в зв'язку зі збільшенням набору статусів і ролей особистості, а також у зв'язку з підвищенням значущості досягнутої позитивної ідентичності для успішної життєдіяльності та збереження психологічного здоров'я людини. Із зростанням кількості нових «Я» підвищується ризик втрати їх справжності та інтегрованості.

Традиційно появу терміну «ідентичність» в психології пов'язують з ім'ям Е. Еріксона, який визначив ідентичність як внутрішню безперервність і тотожність особистості.

Переживання почуття ідентичності, відповідно до концепції Е. Еріксона, по мірі розвитку особистості посилюється: людина відчуває зростаючу безперервність між усім тим, що вона переживає, і тим, що вона передбачає пережити в майбутньому; між тим, ким вона хоче бути, і тим, як сприймає очікування інших по відношенню до себе.

Ідентичність розглядається Е. Еріксоном як «показник зрілої (дорослої) особистості». Більш суворе визначення і більш деталізовані характеристики ідентичності містить концепція Дж. Марсіа, що на сьогодні отримала широку популярність.

Ідентичність визначається даним автором як внутрішня, самостійно побудована, динамічна система спонукань, здібностей, переконань та індивідуальної історії. Розвиваючи ідеї Е. Еріксона про ідентичність, Дж. Марсіа виділяє чотири статуси (стани) ідентичності особистості: досягнута ідентичність, вирішена ідентичність, дифузна ідентичність, мораторій.

При дослідженні змістовних характеристик особистісної ідентичності у наркозалежних та здорових статистично значущим виявився показник – тип особистості, що свідчить про можливість впливу «Типу особистості» на формування та розвиток наркотичної залежності.

Статистично значущі змістовні характеристики особистісної ідентичності в групі дослідження в основному представлені емоційнополярним типом особистості – 86 (84%) наркозалежних, урівноважений тип особистості виявлено у 6 (6%) осіб та той, що сумнівається – у 10 (10%) обстежених. В той час як, в групі порівняння емоційно-полярний тип особистості було виявлено лише у 6 осіб, що склало 11% обстежених, урівноважений та той, що сумнівається – у 36 (67%) та 12 (22%) осіб відповідно.

Емоційно-полярний тип особистості наркозалежних, центрований на експансивності власних емоцій, дій та невмінні працювати з власною тривогою, напругою, зберігати емоційну стійкість, є віддзеркаленням сукупності емоційно-вольових і комунікативних здібностей та особливостей наявних взаємодій.

Для особистостей з емоційно-полярним типом характерними є: максималізм в оцінках, перепади в емоційному стані, щодо них можна сказати «від любові до ненависті один крок». Це, як правило, особистості з вираженими емоційними реакціями, відносини з іншими людьми у яких сильно залежать від тих обставин, наскільки їм та чи інша особистість є симпатичною, або навпаки -відразливою.

З огляду на концепцію Е. Еріксона де ідентичність трактується як «ототожнення людини самій собі»; як «твердо засвоєний і особистісно прийнятий образ себе у всьому багатстві відносин особистості до навколишнього світу, почуття адекватності і стабільного володіння особистістю власним «Я» незалежно від змін «Я» і ситуації; як здатність особистості до повноцінного вирішення завдань, що виникають перед нею.

У процесі дослідження самооцінки «Я» – реального в ГД та ГП отримані статистично значущі відмінності наступних психологічних тенденцій (октант): авторитарний, егоїстичний, агресивний, залежний, доброзичливий, альтруїстичний. Згідно отриманих даних показники наркозалежних демонструють регрес профілю ідентичності, як його негативного, так і його позитивного полюсу, в порівнянні з показниками осіб ГП.

Даний феномен зниженого профілю ідентичності можливо пояснити з нашої точки зору, як прояв диссимуляції або з позиції так званого ефекту соціальної бажаності, що полягає в прагненні наркозалежних самоототожнювати себе, надаючи такі відповіді, що виглядають з їхньої точки зору, більш привабливими в очах оточуючих та детермінуються соціальною нормою. Зниження позитивного полюсу профілю ідентичності наркозалежних можна співставити з механізмом віддзеркалення розривів соціальних контактів, що детермінується негативним ставленням соціуму до наркозалежності.

«Я» – ідеальне наркозалежних не виступає окремою характеристикою образу «Я», а є доповненням аспекту «Я» – реальне та виступає як тіньовий аспект ідентичності, що формується на сумісних ціннісних орієнтирах.

Статистично значущими виявилися показники авторитарний та той, що підкоряється. Показник авторитарний в ідеальному образі «Я» є аналогічним з авторитарним в реальному образі «Я», також може трактуватися як прояв диссимуляції.

Жага до підкорення у наркозалежних може розглядатися як тенденція, при якій особистість повністю підпорядковується соціально прийнятним, регулюючим поведінку нормам, що в свідомості наркозалежного виступають як бажані та еталонні. Такий аспект самоототожнення особистості наркозалежного є утопічним та деструктивним, що пов’язано з тим, що підкорення девальвує особистісний потенціал. Такий феномен може бути пояснений з позиції автоматизуючого конформізму за Е. Фроммом.

Аналізуючи дані ми помітили майже відсутню розбіжність в оцінці показників «Я» – реальне та «Я» – ідеальне у наркозалежних, а за характеристиками «авторитарний», «підозрілий» – повне злиття. Найбільша близькість уявлень про «Я» – реальне і «Я» – ідеальне відображає поверхневу та слабку диференційованість усвідомлення власного «Я», відсутність бачення перспектив для розвитку особистості, важкість у переключанні з одних рольових позицій на інші. Хворі не вважають за необхідне змінювати свою поведінку в найближчому майбутньому, так як не оцінюють маргінальність своєї поведінки. Відсутність розбіжності та злиття актуального й ідеального образу «Я» свідчить про поліморфність образу «Я», внутрішню роз’єднаність та неузгодженість «Я».

Негативне значення індексу домінування «Я» – ідеальне, на нашу думку, вказує на тенденцію до підпорядкування, відмови від відповідальності та позиції лідерства. Отримані дані свідчать про екстремальність інтерперсональної поведінки, що поглиблює тенденцію наркозалежної особистості до автоматизуючого конформізму.

Для додаткової та всебічної інтерпретації результатів дослідження з вивчення особливостей особистісної ідентичності у осіб з наркотичною залежністю, що була досліджена за допомогою методики діагностики міжособистісних відносин (інтерперсональна діагностика Т. Лірі) та методики 20 визначень М. Куна і Т. Макпартленда «Хто Я?» нами також було проведено факторний аналіз (метод головних компонент з ротацією Varimax), що дозволив визначити фактори взаємозв’язаних змінних.

Факторний аналіз дозволив скоротити вихідну кількість ознак до 6 факторів, за якими відмінності виявилися найбільш яскраво.

Фактор 1 та фактор 2 мають інформативність (14,26%, 13,34% відповідно) та займають домінуючу позицію серед інших факторів, що виділились. Перемінні фактору 1 включають характеристики лише «Я» – ідеального, в той час як фактор 2 включає в себе аналогічні показники «Я» – реального. З огляду на це, фактори були ідентифіковані як умовно «Еталонна особистість» та «Актуальна особистість» відповідно.

Позитивний полюс факторів визначається позитивними полюсами змінних: підкоряється, залежний, доброзичливий, підозрілий та негативним полюсом змінної – індекс домінування.

Позитивний полюс визначає особистість, як емоційно стриману, здатну підпорядковуватися, свідомо конформну, товариську особистість, що проявляє теплоту і дружелюбність у відносинах, але не здатну до глибинної емпатії через труднощі диференціації власних емоцій.

Негативний полюс індексу домінування також відображує та підсилює конформність особистості.

Актуальна особистість, за рахунок чого можна зробити припущення, що ідеальний світ для наркозалежних відіграє більш важливу роль, ніж реальне життя, яке вони теж ідеалізують.

Фактор 3 (інформативність 10,93%) включає в себе ознаки як «Я» реального, так і «Я» – ідеального.

Позитивний полюс визначається позитивними змінними «Я» – реального: доброзичливий, альтруїстичний та індексом дружелюбності «Я» – ідеального.

Негативний полюс – змінні підозрілий «Я» – ідеального та агресивний «Я» – реального.

Позитивний полюс свідчить про тенденцію поведінки, що орієнтована на прийняття і соціальне схвалення, прагнення задовольнити вимоги оточуючих, за рахунок принесення у жертву власних інтересів, прагнення допомагати та співчувати всім, нав'язливість у своїй допомозі та занадто велика активність по відношенню до оточуючих.

Негативний полюс цього фактору нівелюється, за рахунок позитивних рис, таких як доброзичливість, надійність та респектабельність.

З огляду на це, Фактор 3 був ідентифікований нами, як «Адаптована особистість». До складу Фактору 4 (інформативність 10,69%) ввійшли перемінні, які є рисами виключно «Я» – реального.

Позитивним полюсом є негативні риси, такі як егоїстичний, підозрілий, агресивний, що в свою чергу характеризує наркозалежну особистість, як контролюючу, самозакохану, властолюбну особистість, яка прагне до зверхності, але в той час знаходячись осторонь.

Негативізм поєднуються з труднощами в інтерперсональних контактах через невпевненість в собі, проявляється у вербальній агресії.

Негативний полюс цього фактору визначається протилежними полюсами зазначених змінних: альтруїстичний та індекс дружелюбності, а саме жадібністю та ворожістю.

Таким чином, негативний полюс 4 фактору є доповненням негативних рис особистості наркозалежних. Всі перемінні відображають негативізм фактору та дають можливість ідентифікувати його, як реально-неблагонадійна особистість.

Фактор 5 (інформативність 9,15%) також включає перемінні, притаманні виключно «Я» – реальному. Позитивний полюс: доброзичливий, альтруїстичний, тип особистості, авторитарний та самооцінка.

 Основними рисами даного фактору є в основному соціально прийнятні характеристики. Це дало можливість детермінувати даний фактор, як реально-благонадійна особистість.

Фактор 6 (інформативність 8,17%) також характеризується позитивним полюсом, але включає в себе перемінні притаманні лише «Я»-ідеальному: підозрілий егоїстичний, альтруїстичний.

З огляду на те, що у складі фактору переважають негативні характеристики, а перемінні – егоїстичний та альтруїстичний мають антагоністичне значення, на нашу думку, альтруїзм в даному випадку може розглядатися, як «зовнішня маска» для приховування особистості протилежного типу.

Даний фактор доповнюється протилежними рисами, таким як корисливість, егоїстичність, що в свою чергу ідеалізуються наркозалежними.

З огляду на це, 6 фактор був ідентифікований: «Зовнішня маска», як еталон.

Результати проведення факторного аналізу показують багатофакторну структуру особистісної ідентичності та нечіткість кордонів «Я» наркозалежної особистості, ідеалізація негативних рис ідентичності та знецінення ваги соціально-прийнятних рис особистості.

Узагальнюючі можна зазначити, що у досліджуваних групах виявлені відмінні показники серед респондентів ГД та ГП, а саме: авторитарний – 16,7 % у ГД та відповідно 9,3 % у ГП; егоїстичний – 14,7 % у ГД та 9,3 % у ГП; агресивний – 13,7 % у ГД та 9,3 % у ГП.

**РОЗДІЛ 3**

**психопрофілактика рецидивів і психосоціальна адаптаціянаркозалежних осіб**

 **3.1. Розробка та реалізація системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб**

До засад (напрямів) системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб віднесено:

– прийняття (усвідомлення) цілісності власної хвороби, її особливостей, етапів, можливих ускладнень, обмежень, які вона накладає і т.ін.;

– заповнення наявного інформаційного дефіциту знань щодо наркотичної залежності з точки зору біопсихосоціальної моделі розвитку хвороби; – психологічний «інтегративний» аналіз особистісних характеристик наркозалежного з виявленням особливостей сприйняття себе у соціальних та родинних сферах функціонування;

– аналіз та формування у наркозалежного та його значущого середовища мотивації до лікування;

– антикризові навички мислення та поведінки; – загальні настанови щодо можливості рецидиву захворювання та перших дій (практичні рекомендації); – корекція «наркотичних» паттернів поведінки на соціально- та родинноорієнтовані.

 Мета системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб полягає в тому, щоб пацієнт (клієнт) набув здатностей вирішувати власні проблеми самостійно (наркологічного та ненаркологічного ґенезу).

Треба зазначити, що кінцевою метою власне психокорекції є формування впевненої поведінки, оволодіння навичками спілкування (вміння казати «ні», розуміти власні бажання і почуття та відкрито про них говорити, відкрито сприймати почуття і бажання інших).

Об'єктом втручання є порушення психологічного здоров'я сім'ї в родинах наркозалежних осіб.

Під психологічним здоров'ям родини нами розуміється психологічна активність членів сім’ї у взаєминах, соціальному середовищі.

Психологічне здоров'я родини забезпечується психологічним благополуччя родини, іншими словами це показник якості соціальних і психолого-педагогічних процесів у родині.

Виходячи із мети до принципів системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб віднесено:

 1. Поетапність втручання – заходи формуються як поступовий перехід від менш простої до більш складної форми психологічного впливу;

 2. Втілення різноманітних психотерапевтичних впливів у психологічну підтримку (сімейна, професійна і т.ін);

3. Пошук та сприяння у відновлені на існуючих «незруйнованих» вживанням наркотичних речовин сторонах особистості;

4. Оволодіння навичками «протистояння» потягу до вживання будьяких психоактивних речовин;

5. Напрацювання нових суспільно орієнтованих зв’язків із метою інтеграції у суспільство;

 6. Формування відповідальності наркозалежних осіб за власне життя, психологічне та фізичне здоров’я;

7. Навчання вмінням вирішувати соціально-побутові «наркотичні» та «ненаркотичні» проблеми, відновлення навичків функціонування та адаптації у суспільстві.

В якості особливостей системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб відокремлено обов’язкове врахування та:

1. Подолання анозогнозичного ставлення наркозалежної особи до власної хвороби та приховування родиною захворювання від оточуючих;

2. Безапеляційна «авторитарна» позиція надавачів допомоги (лікар, психолог, психотерапевт, соціальний працівник);

3. Інформованість наркозалежних осіб та їх родин щодо багатогранності медикаментозної (психотропної та симптоматичної) терапії, ролі невміння оволодіти стресом у виникненні рецидивів захворювання;

4. Використання позитивного впливу досвіду інших родин як учасників заходів психологічної підтримки.

Умовами системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб визначено:

1) постійні заходи із невілювання очікувань наркозалежного, які є нереалістичними (швидке одужання, незначні власні зусилля і т.ін.);

2) впровадження заходів з подолання стимулюючих факторів у соціальному оточенні, що викликають стрес (за наявності цих факторів обов’язково проводиться психотерапія);

 3) стабілізуюча корекція ранніх дезадаптивних схем (установок і форм поведінки) наркозалежних.

Побудова системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб базувалася на наступних підходах, що враховували також обов’язкові елементи сімейної терапії, які ґрунтується на оцінці взаємодії у родині, а саме:

1. Акцент на «наркотичну сімейну структуру» із виявленням зруйнованих сфер сімейної взаємодії з напрацюванням «конструктивної поведінки»;

2. Діагностика, аналіз та перебудова «патологічних родинних союзів» й єднань, що заважають відновленню родини та її якісному функціонуванні;

 3. Аналіз та оцінювання маркерів «чутливості родини» до залежної особи у родині (сприйняття /несприйняття, знецінення особистості, моральне покарання і т.ін.);

4. Оцінювати успішність проходження наркозалежною особою етапу відповідного життєвого циклу «відмови» й виконання на даному етапі завдань щодо розвитку особистості;

5. Визначенням джерел стресу родини (моніторинг умов життя).

За узагальненням результатів дослідження, запропоновано «Орієнтовну діагностичну пам’ятку», яку доцільно застосовувати у системі профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб, а саме:

1. У «портретному профілі особистості наркозалежної особи» формування ранніх дезадаптивних схем відбувається в дитинстві та базується на батьківсько-дитячих стосунках, що несуть переважно емоційну холодність, відторгнення дитини, редукцію позитивних емоцій, відсутність прийняття та підтримки, що в подальшому аккумулюється в негативний досвід, який може виступати фактором преморбідного формування адикції;

2. Емоційна сфера виступає тригерним чинником активації дезадаптивних схем;

3. Особистісна ідентичність наркозалежних осіб формується за рахунок слабкої диференційованості усвідомлення розмитості та несформованості кордонів власного «Я»;

4. Наявність у наркозалежних осіб «особистісних зламів» - невмінням протистояти тиску оточуючих, нездатність говорити «Ні», виразність гострих негативних та тривожно-депресивних емоцій;

5. Існування соціальної «маски», яка приховує внутрішню порожнечу власного «Я» наркозалежної особи, а саме: незрілість, лабільність, легкість фрустрації, зниження самооцінки, страх оцінки, егоцентризм, невпевненість, уникнення проблем;

6. Наявність маскованого власного нарцисичного дефіциту;

7. Вік дебюту вживання наркотичних речовин 15–20 рр., стаж вживання більш 5–10 рр., досвід високих та максимальних доз вживання наркотичних речовин.

Можна зазначити, що побудова системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб базується на чітких, логічних та послідовних діях.

Базовою, як й при інших розладах психіки та поведінки, є діагностика, тобто виявлення симптомів залежної поведінки та їх класифікація за МКХ–10.

У свою чергу другою базовою складовою є розуміння збереженості сфер життєдіяльності пацієнта, що виявляється дослідженням патернів функціонування наркозалежної особи.

Уся послідовність подальшої роботи з наркозалежним ґрунтується на оцінюванні дезадаптивних схем, базових емоційних станів, ідентифікаційних характеристик, особливостей функціонування Self-системи, характерологічних типів особистості.

У подальшому застосовуються «Прогностична модель логістичної регресії для визначення факторів ризику розвитку наркозалежності» та відповідно останнім етапом є власне розробка індивідуальної стратегії психологічної підтримки.

Можна зазначити, що цілями долаючого впливу в системі профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб є такі, які спрямовані на формування первинної настанови на терапію та утримання пацієнта на перших (важких) етапах подолання залежності.

Усі згадані цілі є взаємопов’язаними, тому їх досягнення повинно бути паралельним з постійною ревізією досягнення.

Щодо спрямування зусиль у психологічній підтримці наркозалежних осіб, а саме:

– перебудова дисфункціональних (когнітивних) схем: переконання та ірраціональні установки («автоматичні думки», стратегії особистості, що визначають емоції та поведінку);

– структура синдрому залежності (прояви наркотичного потягу до психоактивних речовин і т ін.).

Значення у організації індивідуальної психологічної підтримки наркозалежних осіб має не лише розуміння основних дисфунціональних переконань та ірраціональної поведінки, а також особистісні якості (тип особистості, самооцінка, емоційний стан і т ін.).

В якості допоміжних інструментів у системі профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб та виявлення ранніх дезадаптивних схем доцільно застосовувати їх фіксування у письменних працях (контент-аналіз результатів зустрічей), наприклад, у «Щоденнику автоматичних думок».

Виявлені «автоматичні думки» класифікуються, відображаючи повну картину дисфункціональних викривлень.

Спираючись на вищевикладене за результатами досліджень важливою складовою при роботі із наркозалежним визначено психологічну роботу з його родиною.

Виявлено, що руйнуючою з боку родини є поведінка та реакція членів родини щодо хворого.

Цілі психотерапевтичного впливу для нівелювання у членів родині «стигматизуючої поведінки та реакцій» щодо родича, який страждає на наркотичну залежність.

Можна зазначити, що для успішної підтримки наркозалежної особи подолання «стигматизуючої поведінки та реакцій» у членів родині є обов’язковим елементом.

Досягнення цілей, на які спрямована робота з родиною, забезпечить підтримку залежного члена родини на етапі терапії. Так, руйнування «міфів» щодо альтернативних засобів допомоги забезпечить своєчасну допомогу та збереже час.

Навички неімперативного спілкування сформують доброзичливе «терапевтичне родинне середовище».

Таким чином, до основних перешкод успішності надання психологічної підтримки з боку наркозалежної особи та членів родини є:

1. Психопатологічна симптоматика залежності;

2. Дисфункціональні моделі поведінки взаємодії у родині;

3. Непідготовленість до терапії родини, відсутність достовірних знань щодо здоров'я сім'ї та чинників, що його порушують, низька згуртованість родини;

4.Невелювання надмірної зосередженості або ігнорування пацієнта членами родини та створення плану дій (короткочасних та довгострокових цілей), де залучені члени сім’ї та пацієнт спільно визначають та обговорюють родині проблеми.

Окремо обговорюються проблеми пацієнта щодо яких члени родини зобов’язуються змінити власне ставлення та стратегії поведінки. Такій підхід застосовується до кожної цілі.

Змінення ставлення до застосування «альтернативних», недоказових методів допомоги (нехтування психофармакологічною та психотерапевтичною терапією) є власне одним із показників ефективності надання психологічної підтримки залежній родині.

Можна зазначити, що для отримання ефекту психологічна підтримка наркозалежному та членам родини на всіх етапах / рівнях повинна бути чітко синхронізована. Як бачимо, для обох суб’єктів важливим є психоосвіта, яка дозволяє зруйнувати «міфи» щодо терапії та вибудувати сучасний рівень знань про наркотичну залежність як до біопсихосоціального розладу.

Необхідно окреслити наступні пріоритетні завдання та види втручання у системі профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб, а саме:

– для встановлення «прогалин» визнання и прийняття факту наркотичної залежності як розладу, корекції ранніх дезадаптивних схем, напрацювання здатностей самостійно визначати життєві пріоритети, формування прихильності щодо допомоги – рекомендується проблемноорієнтована та когнітивна психотерапія;

– для корекції ідентифікаційних характеристик, особливостей функціонування Self-системи – рекомендується поведінковий тренінг;

– для подолання базових емоційних станів, невпевненості, страху перед проявом власних емоцій та фізичним контактом з оточуючими, підвищення комунікативних здібностей – рекомендується тілесно-орієнтована психотерапія;

– для поліпшення когнітивної диференційованості, комунікативної проблемно-вирішальної поведінки – рекомендується підтримуюча психотерапія.

Прикладом тренінгових психотерапевтичних та психокорекційних заходів, які можуть бути застосовані у системі профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб паралельно з «Програмою психологічної корекції наркозалежних за допомогою системи арт-терапевтичних тренінгів», є наступні:

1. Тренінг з формування навичок вирішення життєвих проблем;

2. Тренінг з емоційної регуляції – спрямований на зменшення емоційного напруження;

 3. Тренінг навичок комунікації;

4. Тренінг формування та підтримки нового стилю життя;

5. Тренінг навичок копінг-поведінки.

Узагальнюючи можна зазначити, що в цілому запропоновані засади (напрями), мета, принципи, особливості та умови системи профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб дозволяють сформувати дієву індивідуальну відновлювану траєкторію.

 Обов’язковими елементами відновлюваної траєкторії є використання «Орієнтовної діагностичної пам’ятки», «Схеми побудови психологічної підтримки наркозалежних осіб», запропонованих цілій долаючого впливу з врахуванням напрямку зусиль у системі профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб.

Окремою складовою у допомозі визначено роботу з членами родини залежної особи у вигляді цілій психотерапевтичного впливу для нівелювання «стигматизуючої поведінки та реакцій» стосовно залежного родича.

Визначено основні перешкоди успішності психологічної підтримки, схему співвідношення психологічної підтримки та етапи її дотримання наркозалежною особою й членами родини.

Запропоновано пріоритетні завдання та види втручання у системі профілактики рецидивів і психосоціальної адаптаціїнаркозалежних осіб, наведено приклади тренінгових психотерапевтичних та психокорекційних заходів, які необхідно застосовувати спільно з «Програмою психологічної корекції наркозалежних за допомогою системи арт-терапевтичних тренінгів».

Проблема наркозалежності включає соціокультурний, політичний, економічний, моральний, психологічний, медичний та демографічний аспекти, що визначають необхідність застосування різних заходів протидії цьому явищу.

Важливу роль при цьому відіграють різні превентивні та лікувально-реабілітаційні програми, що спрямовані на профілактику наркоспоживання та його рецидивів, а також мінімізацію їх негативних наслідків для особистості та подолання її залежності від наркотиків.

 На сьогоднішній день в різних країнах світу проводяться різноманітні заходи та впроваджуються в практику численні реабілітаційні програми, що базуються на різних принципах та методологіях.

Останнім часом значний інтерес, як в нашій країні, так і за кордоном, привертають методи арт-терапії або терапії мистецтвом, які засновані на лікувальному застосуванні образотворчого мистецтва та інших форм творчого самовираження [17 та ін.].

Наявний на сьогоднішній день досвід їх використання з наркозалежними свідчить про значні можливості терапії мистецтвом в досягненні і збереженні стійкої ремісії та вирішення комплексу завдань, пов'язаних з ресоціалізацією наркозалежних.

Методи арт-терапії мають значний потенціал і навіть певні переваги в порівнянні з іншими психотерапевтичними підходами, що дозволяє розглядати їх в якості перспективних у вирішенні питань психокорекції та реабілітації осіб з хімічною залежністю.

 Існуючі на сьогоднішній день форми арт-терапевтичної роботи з наркозалежними умовно можна поділити на три категорії: арт-терапія, як форма освітнього впливу, орієнтована на розвиток мотивації та інтересів, на виховання, формування соціальних навичок; арт-терапія як цілительство, коли в процесі творчої активності забезпечується відреагування емоцій (катарсис), сублімація в інші ефекти; психотерапевтичні відносини при цьому не відіграють важливої ролі або зовсім не передбачаються; арт-терапія як психотерапія (арт-психотерапія), що припускає побудову психотерапевтичних відносин, а також створення клієнтом образотворчої продукції, яка виступає засобом символічної трансакції між клієнтом і психотерапевтом і піддається аналізу і обговоренню.

З огляду на це, арт-терапія може бути одним з превалюючих методів психокорекційного впливу для наркозалежних, так як вона забезпечує можливість подолання характерних для таких осіб емоційних та поведінкових порушень. А використання арт-терапевтичних технік, що здатне ефективно виконувати функції інструмента діагностики переживань, спрямованості особистості, компенсації психоемоційних пoтреб, накопичення досвіду рефлексивної естетичної діяльності та управління своїми емоціями, формує переваги арт-терапії перед іншими формами психотерапевтичної роботи з наркозалежними, полягаючи в наступному:

- арт-терапія є засобом переважно невербального спілкування, допомагає висловлювати свої почуття, проявляти свої емоції за допомогою образотворчої діяльності;

- арт-терапевтична робота в більшості випадків викликає позитивні емоції, допомагає подолати апатію, фрустрацію, наслідки психологічної травми (незалежно від вербального контакту), сформувати більш позитивну життєву позицію;

- художній образ може бути предметом проекції, руйнуватися або зберігатися без заподіяння шкоди, є екологічним по відношенню до себе та інших людей;

- арт-терапія є засобом вільного самовираження (з'являється доступ до прояву пригнічених почуттів) і самопізнання;

- арт-терапевтичні техніки спрямовані на досягнення бажаних змін в психологічному самовідчуття, вироблення гуманно-орієнтованих моделей поведінки, емоційну підтримку.

У випадку проведення психокорекційної роботи з наркозалежними, використання методу арт-терапії, що орієнтований на розширення емоційного поля особистості, нормалізацію негативної емоційної сфери, поведінкову пластику, гармонізації суперечливості особистості в цілому, що дозволяє створити позитивні умови для подальшої реабілітації та ресоціалізації наркозалежної особистості.

На підставі аналізу особливостей функціонування наркозалежної особистості нами була запропонована програма психологічної корекції наркозалежних за допомогою системи арт-терапевтичних тренінгів, основними мішенями якої стали, насамперед, емоційна сфера, роз’єднаний та неузгоджений образ «Я», які згідно результатів нашого дослідження виступають одними з найвагоміших предикторів формування наркотичної адикції.

Основною метою психокорекційної роботи стало формування здатності у наркозалежних самостійно регулювати власні емоційні реакції та вирішувати проблеми адиктивного та неадиктивного генезу за рахунок адаптивних стилів поведінки.

Під час програми психокорекції вирішувалися наступні завдання:

1. Формування установки на психологічну корекцію.

2. Стабілізація емоційного фону і поведінки.

3. Корекція порушених уявлень наркозалежних про себе, формування адекватного образу «Я» – реальне і «Я» – ідеальне.

4. Формування комплексу життєвих установок і системи цінностей, необхідних для успішної профілактики рецидивів і психосоціальної адаптації.

Для проведення успішної та ефективної психокорекційної роботи наркозалежності було враховано основні взаємодоповнюючі функції, такі як цілевизначення, збір інформації, психодіагностика, психокорекційні впливи та аналіз інформації.

Виходячи із мети, завдань, та особливостей проведення психологічної корекції за допомогою системи арт-терапевтичних тренінгів, було запропоновано наступні принципи роботи.

В основу даних принципів покладено загальні засади, притаманні класичним психологічнореабілітаційним програмам наркологічних розладів з точки зору надання психологічної допомоги, а саме:

1. Морально-етичної ціннісної орієнтації наркозалежних;

2. Усвідомленої осмисленої відмови від вживання ПАР;

3. Добровільної згоди наркозалежних на проведення психокорекційного впливу;

4. Послідовності і етапності відновлення (об'єктивне та послідовне обґрунтування переходу від фармакотерапевтичних заходів до психокорекційних впливів);

5. Гуманності (забезпечення поваги по відношенню один до одного в учасників програми);

6. Успішності (забезпечення мажорного тону в ході програми психологічної корекції, активна підтримка найменших успіхів учасників психокорекційнної програми);

7. Конфіденційності (забезпечення збереження таємниці особистої інформації наркозалежних, що була надана в зв'язку з проходженням програми психокорекції);

8. Довіри (формування рівних прав в комунікації).

Для реалізації програми психокорекції сформовано напіввідкриті арттерапевтичні групи, що складалися з 12–15 осіб чоловічої статі.

В основу психокорекційної програми та її реалізацію покладено авторські розробки арт-терапевтичні техніки Тараріної О. В, Копитіна О. І. в модифікації Тараріної О. В., Лебедєвої Л. Д. та модифікації Тараріної О. В.

Використання даних арт-терапевтичних технік передбачали можливість розгорнутого діалогу, спрямування на творчу діяльність, гармонізацію особистості та психокорекційний вплив.

Груповий підхід, що був застосований в програмі психокорекції, протидіяв відчуженню, яке могло б виникнути у випадку проведення індивідуальних тренінгів. А усвідомлення не унікальності особистих проблем виявилося важливим та потужним психотерапевтичним фактором для наркозалежних, що приймали участь в груповій психокорекційній програмі.

Програма психокорекції у групі допомагала моделювати систему взаємовідносин і взаємозв'язків, характерну для реального життя. Арт-терапевтична тренінгова група виступала своєрідним «психологічним полігоном», де наркозалежні мали змогу спробувати «приміряти» нові моделі поведінки, навчитися по іншому ставитися до себе та до оточуючих.

Програма була розрахована на 12 занять, з періодичністю 1 раз на тиждень.

 Заняття мали характерну трискладову структуру (вступна частина; основна частина – виконання творчих завдань й обговоренням отриманих результатів; резолютивна частина – підведення підсумків).

Програма психокорекції полягала у проведенні системи арт-терапевтичних тренінгів. В основу програми був покладений принцип поетапного розуміння процесу формування групи та послідовності розуміння кожним з учасників своєї ролі в груповому корекційному процесі. Кожна зустріч випливала з попередньої і була в змістовному плані основою для наступної.

 **3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального етапу дослідження**

Результати психокорекційного впливу на «Я» – реальне у наркозалежних демонструє позитивні зміни даного компоненту.

Для наркозалежних характерне зниження ворожих типів інтерперсональної поведінки, що підтверджується статистично значимими показниками «Авторитарний», «Агресивний», «Підозрілий» та «Залежний», які після проходження наркозалежними психокорекційних впливів мають більш низькі показники.

Отримані результати свідчать про підвищення ступеню адаптивності поведінки та на загальну позитивну динаміку наркозалежної особистості в процесах міжособистісного сприйняття.

Статистично значимий показник «Альтруїстичний» свідчить про підвищення прагнення допомагати соціуму та про можливу сублімацію наркозалежної особистості через допомогу іншим.

Отримані результати арт-терапевтичного впливу на чинник ідентичності «Я» – ідеальне свідчить, що ідеальний аспект ідентичності також має якісні зміни, що характеризуються редукцією ворожої поведінки в самоставленні та відношенні в соціальних стосунків в ідеальному аспекті.

Дана тенденція свідчить про зростання соціальної адаптації особистості наркозалежних, трансформацію її дисгармонійного ідеалізованого внутрішнього образу, гармонійним, соціально прийнятним чином.

Можна зазначити, про зміну емоційної сфери наркозалежним. Зіставлення результатів дослідження до та після психокорекційного втручання, свідчить про симптоматичне поліпшення та виражених позитивних змін по ряду емоційних параметрів.

Для наркозалежних характерно підвищення рівня переживання базових позитивних емоційних станів, таких як «цікавість», «радість», що є статистично значимими, в той час як, статистично значимі базові негативні емоційні стани «відраза» та «провина» зменшують своє навантаження для наркозалежної особистості.

Проведені психокорекційні арт-терапевтичні тренінги дозволили збільшити діапазон доступних форм і варіантів зовнішньої поведінки наркозалежних, сприяли формуванню позитивного образу «Я» – реального та «Я» – ідеального та дозволили змінити переважання негативних емоційних станів на позитивні – трансформувати емоційну сферу.

Корекційно-розвиваюча взаємодія уможливила зниження переживання негативних емоційних станів, прийняття та усвідомлення власного світу наркозалежними та їх потенційних можливостей.

Дані психокорекційні арт-терапевтичні тренінгові заняття, концентруючись на взаєминах між психологічними і фізичними процесами, допомагали переживати, розпізнавати та висловлювати почуття, розвивати самосвідомість, досліджувати альтернативні моделі поведінки наркозалежними.

Узагальнюючі можна зазначити, що результати застосування арттерапевтичних тренінгів в психокорекції наркозалежних свідчать про її досить високу ефективність, що підтверджується не тільки позитивною динамікою симптоматичного статусу учасників програми, а й змінами їх особистісних показників компонента ідентичності, розвитком комплексу навичок і здорових потреб, що забезпечують їх психосоціальну адаптацію.

Таким чином, наркозалежними були досягнуті позитивні зміни викликані участю в психокорекційній арт-терапевтичній тренінговій програмі.

Спостереження за учасниками дослідження, в поєднанні з динамічною оцінкою їх психологічних характеристик, дозволяють визнати групову арттерапію адекватним і досить ефективним видом психотерапевтичної допомоги наркозалежним.

Такий вид психокорекційного впливу сприяє збереженню стійкої ремісії і підвищенню загального рівня їх психологічної і соціальної адаптації та може виступати предиспонуючим фактором пролонгованої ремісії.

Програми психокорекції включала елементи мультимодального підходу та різноманітні види творчої діяльності, характеризувалася не тільки індивідуальною або спільною образотворчою діяльністю учасників, але і груповою дискусією на матеріалі створених робіт з урахуванням відносин та запитів учасників занять.

Можна визначити переваги використаної форми групових арт-терапевтичних тренінгів, що полягають в наступному:

по перше – це чіткість структури занять, яка дозволила створити атмосферу особистісної безпеки та сприяла подоланню відчуття тривоги;

по друге – це можливість включення в групу учасників з різними потребами і комунікативним потенціалом, що дозволило сформувати тенденцію до різнорівневої комунікації та створити умови для залучення різноманітних варіацій творчого самовираження.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Antonovych M. Peculiarities of interdependence of radicals of narcissical regulation and types of personality of drug abuse personality. Visnik HNPU imeni G. S. Skovorodi Psihologija. 2020. № 63. P. 8–17.

2. Актуальні тенденції поширення залежностї від психоактивних речовин в Україні : аналітичний огляд. М. В. Голубчиков, І. В. Лінський, О. І. Мінко та ін. Харків, 2006. 46 с.

3. Аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин. І. Ф. Здорик, О. В. Колодєжний, О. О. Петриченко, І. Я. Пінчук. Архів психіатрії, 2017. 252–260 с.

4. Андрух П. Г. Загальна патоперсонологія осіб з різними формами хімічної залежності. Медичні перспективи. 2011. 142–149 с.

5. Antonovych M. Features of narcissistic regulation of drug abuse personality. Psychological Counseling and Psychotherapy. 2020. № 14. P. 81–85.

6. Антонович М. Особливості особистісної ідентичності наркозалежних. Fundamental and Applied Research in Practice of Leading Scientific Schools. 2020. №41 (5). С. 50–57.

7. Антонович М.О. Взаємозалежності базових емоційних станів та ранніх дезадаптивних схем у наркозалежних. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 15. С. 81–87.

8. Антонович М.О. Вираженість ранніх дезадаптивних схем та емоційних станів у наркозалежних. Медична психологія. 2020. № 1–2. С. 140–145.

9. Антонович М.О. Модель логістичної регресії для визначення факторів ризику розвитку наркозалежності. American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research. 2020. № 3 (18). С. 12 – 27.

10. Антонович М. О. Особливості регуляції Self–системи наркозалежної особистості. «Довженківські читання: Вживання психоактивних речовин в період пандемії COVID–19»: матеріали ХХI Укр. 201 наук.–практ. конф. з міжнарод. уч., м. Харків, 28–29 квіт. 2021 р. Харків, 2021. С. 3–7.

11. Антонович М.О. Особливості особистісної ідентичності наркозалежних. Fundamental and Applied Research in Practice of Leading Scientific Schools. 2020. №41 (5). С. 50–57.

12.A public health strategy for the opioid crisis 2018. B. Saloner, L. Beletsky, R. Bluthenthal et al. Public Health Rep, 2018. P. 24–34.

13.Abstinence from cocaine after long–term addiction. B. Badinde Montjoye, P. Podevin, P. Pharo et al. Encephale, 2017. P. 404–409.

14. Асеева Ю. А., О. В. Костюк. Дослідження психоемоційних особливостей підлітків схильних до адикцій. Восточно-европейский научный журнал. 2019. №51. 22–27 с.

15. Andersson L. Patient choice as a means of empowerment in opioid substitution treatment: a case from Sweden L. Andersson, B. Johnson. Drugs Educ Prev Policy, 2020. P. 105–117.

16.Anthony J. С. Epidemiology of Drug Dependence. J. С. Anthony, J. Е. Helzer. Textbook in Psychiatric Epidemiology, Second Edition, 2002. P. 479– 561.

17. Аталієва А. О. Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності : автореф. дис… канд. психол. наук: спец. 19.00.04, Харків, 2021. 29 с.

18. Бакалюк О., Олійник Н. Молодь і психоактивні речовини: фактори ризику і захисту. Психологія і суспільство. 2011. №3 (45). 70–95 с.

19. Балакірієва О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. Динаміка поширення куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед молоді, яка навчається. Український соціум. 2016. №4. 42–41 с.

20. Bach B. A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. B. Bach, G. Lockwood, J. E. Young. Cognitive Behaviour Therapy, 2018. P. 328 – 349.

21. Бегеза Л. Є. Психологічні особливості свідомості та самосвідомості особистості. Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Житомир, 2017. Т. ХІ : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 16. С. 257–264.

22. Бегеза Л. Є. Трофимчук В. В. Особливості впливу взаємин у сім’ї на агресивність підлітків з адиктивною поведінкою. Психологічний часопис. 2019. № 12. С. 207–219.

23.Bohnert A. B. Opioid prescribing in the United States before and after the Centers for Disease Control and Prevention’s 2016 opioid guideline. Ann Intern Med, 2018. P. 367 – 375.

24.Brunswick A.F.Path ways toherion abstinence : аlon gitudinal study of urban black youth. Adv.Alcohol Subst. Abuse, 2012. Р.111-135.

25.Conrod P. J. Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry. John Wiley & Sons, Ltd, 2016. P. 271–394.

26.Corrigan P. W. Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. The American Journal on Addictions, 2017. P. 67–74.

27.Croff J. M., Leavens E., Olson K. Predictors of breath alcohol concentrations in college parties. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2017.

URL:https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13011- 017- 0095-4.

28. Беспалько В. В. Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманії серед учнівської молоді та обґрунтування її первинної профілактики на прикладі західного регіону України: автореф. дис... канд. мед. наук. Київ, 2002. 20 с.

29. Беспалько В. В. Формування наркоманії у підлітків в залежності від особливостей характеру та соціально-біологічних факторів. Вісник Вінницького державного медичного університету. 2000. №2. 539–540 с.

30. Беспалько В. В. Характерні особливості підлітків, що зловживають психоактивними речовинами. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. 2002. №1. 86–89 с.

31. Білецька Г. А. Медичні і соціальні наслідки наркоманії й токсикоманії. К : Рима, 2013. 264 с.

32. Бітенський В. С. Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму й наркоманій. Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2007. №1. 7–11 с.

33. European Drug Report 2018: Trends and developments. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018. P. 125.

34.Dolace D. Recovery of an Addictive Person and Problematics of Social Inclusion, Dolace. Proceedings, 2016. P. 48–54.

35.Drug and opioid-involved overdose deaths / N. Wilson, M. Kariisa, P. Seth et al. Morb Mortal Wkly Rep, 2020. P. 290–297.

36.Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. T. Sunde, B. Hummelen, J. Himle et al. BMC Psychiatry. 2019. №1. P. 1–13.

37.Enciclopedia of Drug, Alcohol and Addictive behavior. Chief editor Rosalyn Carson De-Witt – North Carolina: Duhram, 2001. P. 275.

38.Falls–Stewart W., Birchler G. R., O’Farrell T. J. Drug–abusing patients and their intimate partners:Dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. Journal of Abnormal Psychology. 1999. P. 11–23.

39. Вієвський А. М. Взаємозв’язок біологічних, психологічних та соціальних чинників у генезисі формування навичок вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків із позиції розробки системи профілактики. Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України, Київ, 2012. URL : https://www.umj.com.ua/article/29118/vzayemozv-yazok-biologichnixpsixologichnix-ta-socialnix-chinnikiv-u-genezisi-formuvannya-navichok-vzhivannya-psixoaktivnix-rechovin-u-ditej-ta-pidlitkiv-iz-pozicii-rozrobki-sistemiprofilaktiki.

40. Вієвський А. М. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків: (клінічна феноменологія, профілактика та корекція) : автореф. дис… д-ра мед. наук : 14.01.17. Київ, 2012. 40 с.

41. Вірна Ж.П., Коширець В.В., Бенедюк В.І. Соціальне Я деліквентних підлітків. Психологічне консультування і психотерапія. Харків, 2018. № 9. 42-47.

42. Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні. Український вісник психоневрології. 2017. №1. 10–18 с.

43.Fuentes M. C., Alarcón A., García F. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. Anales de Psicología, 2015. P. 1000–1007.

44.Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action / [L. Degenhardt, J. Grebely, J. Stone et al.]. Lancet. 2019. №394. P. 1560–1579.

45.Griffin K. W., Botvin G. J. Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am, 2010. P. 505–526.

46. Hai A. H. The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Drug and Alcohol Dependence, 2019. P. 134–148.

47. Koob G. F., Moal M. L. Neurobiology of Addiction. Oxford: Academic Press, 2006. P. 503.

48. Гладкова Є. О. Субкультура наркоманів як об’єкт кримінологічного аналізу. Верховенство права. 2019. №1. 105–111 с.

49. Krizan Z., Herlache A. D. The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. Personality and Social Psychology Review, 2018. P. 3–31.

50. Горбань А. Е. Комплексний динамічний метод лікування опійної наркоманії : автореф. дис… канд. мед. наук : 14.01.17. Київ, 2002. 20 с.

51. Lytvynenko, O., Zlatova, L., Zasenko, V., Prokhorenko, L., & Lunov, V. (2020). Adaptive Potential of Young People as a Factor af Mental HealthPreserving. Journal of History Culture and Art Research, 9(3), Р. 374-385.

52.Lunov V., Gaponov K. Phenomenology and mechanisms of formation of alcohol dependence in conditions of social stress // Psychoprevention Studies 3/2017 Р. 10-23.

54.Lunov V. Clinical Psychology in Expert Practice / Monograph / Lunov V. // Innovations in Science: The Challenges of Our Time [Edited by Dei M., Rudenko O., Lunov V.]. Hamilton: Accent Graphics Communications & Publishing. 2020. P. 209-215.

54. Гусак П. М., Мартинюк Т. А., Сидорук І. І. Профілактика вживання психоактивних речовин підлітками : монографія. Луцьк : Вежа Друк, 2013. 484 с.

 55. Давидчук А. В., Грабарь И. В., Казакова С. Е. Основные принципы реабилитационно-профилактических программ для лиц детско-подросткового возраста при их зависимости от психоактивных веществ. Український медичний альманах. 2013. №1. 129–132 с.

56. Marcia J. E., Adelson J. Identity in adolescence. New York : Handbook of adolescent psychology, 1980. P. 320.

57. Marcovitz D. E., Sidelnik S. A., Smith M. P. Motivational Interviewing on an Addiction Consult Service: Pearls, Perils, and Educational Opportunities. Academic Psychiatry. 2020. №44. P. 352–355.

58. Markova M. V., Savina M. V. Main approaches and development’s tendencies of rehabilitation of addicted to psychoactive substances persons. Arkhiv Psykhiatrii, 2019. №25. P. 102–107.

59. Дорожкін В. Р. Символічне конституювання суб’єкту як результат психотерапії / В.Р. Дорожкін // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Державного вищого навчального закладу «Запорізький національний університет» та Інституту психології імені Г.С. 206 Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. – Запоріжжя: ЗНУ, 2018.– № 1.

60. Miller W. R. The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity. Oxford: Pergamon Press, 1986. P. 300.

61.Mirović N. Explaining early maladaptive schemas (EMS): Connections between EMS and basic personality dimensions, affective attachment style, and empathy. New-York : Nova Science Publishers, 2017. P. 126.

62.Mounteney J., Griffiths P., Sedefov R. The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015. Addiction, 2016. P. 34–48.

63. Железнякова Ю. В. Адиктивна поведінка: аналіз наукових підходів. Актуальні проблеми психології. 2017. №18. 96–103 с.

64. Железнякова Ю. В. Основні характеристики адиктивної поведінки. Теорія і практика сучасної психології. 2016. №2. 4–8 с.

65. Заверуха О. Я. Психологічні особливості корекційної роботи поведінки підлітків-адиктів з сімей трудових мігрантів. Вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2018. 48–56 с.