

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ІВАНОВА ОЛЕСЯ ПЕТРІВНА

Допускається до захисту:  
завідувач кафедри психології  
д-р екон. наук, професор  
В. А. Оверчук  
«    »    20    р.

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ  
З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ**

Спеціальність 053 Психологія

Магістерська робота

Науковий керівник:  
Кушнір Ю. В., доцент  
кафедри психології,  
канд. пед. наук, доцент

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Оцінка:    /    /    \_\_\_\_\_  
(бали/за шкалою ЄКТС/за національною  
шкалою)

Голова

ЕК:

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Вінниця 2022

## АНОТАЦІЯ

**Іванова О. П.** Соціально-психологічні особливості особистості з адиктивною поведінкою. Спеціальність 053 «Психологія», Освітня програма «Психологічна реабілітація». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2022.

Актуальність даної роботи полягає в недостатньому освітленні проблеми адиктивної поведінки. У роботі був даний аналіз психології адиктивної поведінки, психологічних характеристик особистості, яка має алкогольну залежність. Були представлені теоретичний та емпіричний аналіз психологічних особливостей особистості, яка має залежну поведінку, на прикладі алкогольної залежності. За результатами дослідження була розроблена програма профілактики та психокорекції яка спрямована на допомогу людям, які страждають на алкогольну залежність.

**Ключові слова:** адиктивна поведінка, залежність, алкоголізм, кризисна ситуація, особистість.

Таб. 4, Рис. 7. Бібліограф.: 55 найм.

**Ivanova O. P.** Socio-psychological features of personality with addictive behavior. Specialty 053 "Psychology", educational program "Psychological rehabilitation". Vasyl Stus Donetsk National University, Vinnitsa, 2022.

The relevance of this work is the insufficient illumination of the problem of addictive behavior. In the work there was an analysis of psychology of addictive behavior, psychological characteristics of personality, which has alcohol dependence. The theoretical and empirical analysis of the psychological characteristics of a person who has dependent behavior was presented on the example of alcohol addiction. According to the results of the study, a program of prevention and psychocorrection was developed to help people who suffer from alcohol addiction.

**Keywords:** additive behavior, addiction, alcoholism, crisis, personality.

Tabl. 4. Fig. 7. Bibliography: 55 items.

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1 .....	8
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТЕЙ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ .....	8
1.1 Сучасні дослідження психології адиктивної поведінки.....	8
1.2 Психологічні особливості особистості, що сприяють розвитку залежної поведінки .....	15
1.3 Психологічна картина людей з алкогольною адикцією .....	24
1.4 Статистика алкоголізму в Україні .....	32
1.5. Прийоми та методи боротьби з алкогольною адикцією.....	35
Висновок до розділу 1 .....	41
РОЗДІЛ 2 .....	43
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛІЗМ.....	43
2.1 Характеристика методів та психодіагностичних методик дослідження соціально-психологічних особливостей особистості з адитивною поведінкою .....	43
2.2 Обґрунтування вибірки та етапів дослідження.....	49
Висновок до розділу 2 .....	50
РОЗДІЛ 3 .....	51
АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ .....	51
3.1 Аналіз даних дослідження психологічних особливостей особистості з адиктивною поведінкою .....	51
3.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження за допомогою методів математичної статистики.....	56



3.3 Психокорекційна програма підтримки при алкоголізмі .....	67
Висновок до розділу 3 .....	72
ВИСНОВКИ .....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	76
ДОДАТКИ.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>



## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Питання адиктивної (залежної) поведінки в сучасному світі виявилось чи не найважчим з усіх, що стоїть перед суспільством. Суспільство прагне мати здорових, освічених людей, які мають мету в житті та здатні її здійснювати. Але більшість людей останнім часом стикаються з різними труднощами, особливо фінансовими, що призводить їх до агресивності, фрустрації та необхідності пошуку виходу з них. Великий соціальний запит на тематику фінансової нерівності, дедалі більший поділ доходів громадян дає поштовх до цього дослідження.

До сприятливого стану та матеріальної стабільності прагне будь-яка людина, але у повсякденному житті це не завжди можливо. Щоб пережити негативний стан і розслабитись, люди використовують різні способи. В одному випадку – це внутрішні ресурси: хобі, робота, спорт, в інших випадках – зовнішні ресурси: підтримка з боку близької людини. У нормі ці методи жодним чином не впливають на психологічний комфорт людини, а лише допомагають, тому вони і є складовою будь-якого повноцінного життя. Як тільки цей спосіб стає основою всього, зводячи на другий план всі інші аспекти життєдіяльності та людські фактори в цілому, можна припустити виникнення адиктивної (залежної) поведінки.

Проблема постає дуже гостро, якщо справа стосується такої адиктивної (залежної) поведінки, як наркоманія та алкоголізм. Міністерство внутрішніх справ України наводить дані про те, що споживання алкоголю та наркотиків все більше прогресує серед молодого покоління. Статистика показує, що досить великий відсоток молодих людей має хоча б один досвід вживання речовин наркотичних груп (54% чоловічої статі та 23% жіночої статі). У цьому віці проявляється значне зростання відсотка вживання алкоголю.

Тому, безумовно, існує необхідність корекційних впливів та профілактики залежної (адиктивної) поведінки, оскільки в сучасному світі з'явилася величезна кількість видів адиктивної поведінки, які здатні перетікати

з однієї в іншу. Наприклад, курець, який кидає курити, починає заміщати свою потребу їжею. Отже, необхідно проводити корекційні дії, досліджуючи всі види адиктивної поведінки, а не одну.

**Мета дослідження:** визначити соціально-психологічні особливості особистості з адиктивною поведінкою (на прикладі алкогольної залежності).

**Об'єкт дослідження:** адиктивна поведінка.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості особистості з адиктивною поведінкою (на прикладі алкогольної залежності).

**Задачі дослідження:**

1. Розглянути сучасні дослідження у психології адиктивної поведінки.
2. Вивчити психологічні особливості особистості, що сприяють розвитку залежної поведінки.
3. Проаналізувати психологічну картину людей з алкогольною адикцією.
4. Провести дослідження соціально-психологічних детермінант алкоголізму.
5. Розглянути прийоми та методи боротьби з алкогольною адикцією.
6. Розробити довготривалий курс психологічної підтримки при алкоголізмі.

**Гіпотеза дослідження.** У людей з адиктивною поведінкою є особливості у соціально-психологічних характеристиках, а саме: конфронтаційний копінг, схильність до депресії і тривоги, відмінність у ціннісних орієнтаціях порушення самооцінки.

**Методи дослідження:** теоретичні (аналіз, порівняння), емпіричні (анкетування, тестування), методи математичної статистики. У дослідженні використовувалися наступні методики: Опитувальник «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса, методика «Тип ставлення до хвороби» А. Є. Лічко», Госпітальна Шкала Тривоги та Депресії (HADS), методика вивчення ціннісних орієнтацій М.М. Рокича, методика вивчення самооцінки Дембо-Рубінштейна в модифікації О. Т. Соколової.



**Наукова новизна дослідження** полягає у тому, що було розроблено курс психологічної підтримки при алкоголізмі; уточнені дані щодо соціально-психологічних особливостей особистості з адиктивною поведінкою; визначено комплекс методик для виявлення соціально-психологічних особистості з адиктивною поведінкою; обґрунтовано доцільність і розкрито можливості використання методів групової реабілітації, з метою корекції адиктивної поведінки.

**Практична значимість:** були визначені соціально-психологічні особливості особистостей з адиктивною поведінкою на підставі чого розроблено практичний курс корекційної роботи, що спирається на результати дослідження.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення роботи були обговорені на XLII International Scientific and Practical Conference «Problems and innovations in science», 5-6 грудня 2022 р., Берлін, Німеччина.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, що містять підрозділи, висновків, списку літератури з 55 найменувань. Загальний обсяг роботи складає 108 сторінок, з них обсяг основного тексту 74 сторінки. Містить 7 рисунків, 4 таблиці.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТЕЙ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

### 1.1 Сучасні дослідження психології адиктивної поведінки

Алкогольна залежність глибоко і різнобічно вивчається психологічним феноменом як у світовій, так і у вітчизняній психології. Широке та масове поширення залежностей, що приймають часом масштаби національної катастрофи, приваблює до них увагу багатьох дослідників. Сучасні дослідники, як правило, включають у свій аналіз огляд багатьох точок зору на ці питання та підходять до проблеми з різних сторін [13].

Як справедливо зазначив Д. В. Четверіков: «У сучасній психології немає жодної теоретичної орієнтації, досягнення якої були б застосовані до пояснення адиктивної поведінки» [46]. М. В. Парахіна [38] зазначає, що на розвиток хімічних залежностей індивідів впливають психологічні, психофізіологічні та соціальні фактори. Відповідно розвивається три напрями наукових досліджень про поведінку людей хворих на токсикоманію. Психофізіологічні дослідження наголошують на вивченні фізіологічних основ патологічних процесів споживання поверхнево активних речовин (далі ПАР).

Дослідники психологічних факторів вивчають преморбідні особливості особистості, пов'язані з розвитком захворювання, характерні зміни особистості у процесі хвороби, афективну сферу залежних.

Дослідники вказують на такі причини формування алкогольної залежності, як асоціальність життєвих цінностей, вплив середовища, «механізм наслідування». Також досліджують зв'язок алкоголізації з типами особистості, вегетативними та афективними особливостями. Розвиток наркотичних залежностей пов'язують із доступністю наркотиків, вживанням наркотиків у групах однолітків. Вирізняють деякі типи психопатій та акцентуацій характеру як сприятливий фактор, а також значення присутності наркоманів та алкоголіків у сім'ї. Багато дослідників відзначають важливу



роль сім'ї з порушеною функцією чи неповної сім'ї. У сучасній літературі можна відзначити наявність двох полярних точок зору процесу розвитку залежностей [8].

Серед дослідників переважає медико-біологічна модель, яка відносить наркоманію і алкоголізм до екзогенних психічних розладів, спричинених поза організмом зовнішні причини. Клінічна вітчизняна традиція вважає, що психічна та фізична залежності виникають унаслідок систематичного вживання психоактивної речовини. Дані види поведінки відносять до предмета наркології, яка діагностує алкоголізм, наркоманію та токсикоманію як нозологічні форми хвороб. Частий прийом ПАР викликає періодичну або хронічну інтоксикацію, що призводить до зростання толерантності, розвиває фізичну та психічну залежності [9].

Друга думка розглядає алкоголізм, токсикоманію, наркоманію і т. д. як адиктивну, залежну поведінку, подібну до куріння, переїдання, азартних чи комп'ютерних ігор тощо.

Серед вітчизняних учених адиктивну поведінку вивчали Ц. П. Короленко, Т. Д. Донських, А. В. Грузман, Л. Г. Леонова, Н. Л. Бочкарьова та інші. За визначенням Ц. П. Короленка, Т. А. Донських, адиктивна поведінка - це форма девіантної поведінки, що виражається в прагненні до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, для чого здійснюється прийом деяких речовин або виконується фіксація своєї уваги на якісь певні види діяльності [19]. Хімічні адикції (прийом речовин) та нехімічні адикції (використання різних активностей) супроводжуються інтенсивними емоціями. Спочатку відбувається гостре інтенсивне переживання - підвищений настрій, почуття незвичайного підйому та радості, відчуття ризику при виконанні якихось дій. Потім відбувається фіксація у свідомості зв'язку [23].

Бажання змінити свій психічний стан шляхом прийому психоактивної речовини або виконання нематеріальної активності досягає такої сили, що виникає безпорадність людини у керуванні власним життям. Такі люди

прагнуть штучно змінити свій психічний стан та отримати приємні емоції, щоб досягти психологічного комфорту. Головним способом виживання адиктивній особистості стає відхід від проблем, що створює ілюзію їх вирішення. Така поведінка людини поступово закріплюється та перетворюється на стійку стратегію взаємодії з дійсністю [21].

Кожен вид адиктивної поведінки має свої специфічні особливості та прояви, вони не рівнозначні за своїми наслідками. У адиктів, які зловживають алкоголем, наркотиками та іншими речовинами, розвивається інтоксикація, поряд із психологічною залежністю з'являються різні форми фізичної та хімічної залежності, що пов'язано у свою чергу з порушенням обміну речовин, ураженням органів та систем організму, спостерігаються психопатологічні явища та особистісна деградація. При залученості в якусь діяльність розвивається психологічна залежність, м'якша за своїм характером. Але всі ці види поєднують загальні адиктивні механізми [25].

С. В. Литвинцев [28] вважає що доцільно розмежувати адиктивні розлади на 2 рівні: донозологічний (адиктивна поведінка) та нозологічний (наркоманічна патологія).

Термін адиктивна поведінка досить ємний та характеризує претоксичний період, який за своїм генезом і структурою — складний та варіабельно донозологічно створений. Клінічно оформлена залежність, що виявляється на цьому тлі, знаменує перехід в іншу, вже нозологічну якість — наркоманічну патологію або адикцію. Н. Ф. Флемінг, Д. Поттер, і С. Кеттіл визначають залежність як постійний прийом наркотичних речовин для запобігання чи ослаблення фізичних та психологічних абстинентних порушень. Визначення залежності включає толерантність та абстиненцію, але містить ще додатковий поведінковий компонент. Залежність, як висловлюються дані автори, має фізіологічну та психологічну складову. Фізична залежність має відношення до фізичної толерантності та симптомів абстиненції. Психологічна залежність характеризується такими симптомами, що з'являються після припинення



вживання наркотичної речовини: нестримний потяг до наркотиків, ажитація, тривога та депресія [44].

Психічна залежність від психоактивних речовин характеризується хворобливим прагненням до прийому речовини з метою усунення психічного дискомфорту та випробування бажання відчуття. При систематичному вживанні ПАР психічна залежність виникає майже завжди. Відомі випадки виникнення психічної залежності та внаслідок одноразового прийому. Психічна залежність вважається найсильнішою причиною рецидивів захворювання та перешкодою як тривалої самостійної помірності, так і остаточного припинення споживання психоактивних засобів [10].

У роботі А. С. Андрєєва [3] синдром психічної залежності описується двома симптомами: здатність досягнення в інтоксикації психічного комфорту та психічний потяг до наркотику. На відміну від компульсивного (диктуючого поведінкою хворого), автор називає психічний потяг obsesivним - визначальний настрій, емоційне тло, яке виявляється у постійних думках про наркотик. В передчутті прийому виникають підйоми настрою, а відсутність наркотику викликає пригніченість та незадоволеність.

За спостереженнями П. Д. Шабанова та О. Ю. Штакельберга [47], obsesivний потяг є одним з перших симптомів, і одночасно він є найважчим і тривалим симптомом. Автори повідомляють, що на пізніх стадіях розвитку хвороби з появою симптоматики виникає компульсивний потяг. Після купірування абстиненції та благополучному соматичному здоров'ї у стані ремісії obsesivний потяг часто актуалізується і зводить нанівець всі зусилля лікаря та самого хворого з лікування наркоманії. Ще однією особливістю потягу до наркотику є неспецифічність - потяг може задовольнятися будь-якою іншою наркотичною речовиною. Результатом може бути перехресна залежність.

Парахіна М. В. [38] приходить до висновку, що спробу пояснити вживання ПАР в рамках своїх теоретичних парадигм робили практично всі



школи психологічного наукового знання. Сучасні теорії наркотизму поділяються на: теорії умов, теорії особистості та соціальні. Особистісні теорії досліджують переважно психологічний рівень детермінації. Теоретичні та емпіричні побудови в особистісних теоріях становлять дві великі групи моделей. В моделі першої групи розглядають предиктори адикції особливості особистісних та індивідуально-типологічних характеристик. У другій групі моделей адикцію розглядають як стратегію подолання стресів.

П'ятницька І. Н. [40] вказує на різні зміни особистості у розвитку хвороби. При різних вживаних наркотиках та преморбідних особливостях формуються спеціальні зміни особистості з особливою поведінкою. Початковим етапом є зниження активності особистості, психічне спустошення. Потім відбувається зниження психічної активності, обмеження інтересів та мотиваційної сфери. Потім спостерігається спрощення спонукань та збіднення емоційної гами. А. А. Козлов та М. Л. Рохліна [18] вказують на поступове наростання особистісних змін у хворих на наркоманію. Спочатку загострюються преморбідні риси темпераменту. За подальшого розвитку залежності спостерігається прояв психопатоподібних порушень з нівелюванням преморбідних особистісних особливостей. Далі знижуються моральноетичні якості та відбувається деградація особистості. Дослідники відзначають також велике збільшення інтелектуально-мнестичних порушень.

Другою групою особистісних теорій є адаптивно-орієнтований підхід, згідно з яким адикцію розглядають як форму поведінки, використовувану людьми для подолання стресу. Зазвичай цими моделями описують поведінку осіб, у яких адикція вже сформувалася. Існують зарубіжні та вітчизняні дослідження, що вивчають впливи переживання стресу та негативних емоцій на початок вживання ПАР [1].

Також у літературі описані дослідження мотивів першої проби, дослідження особистісних смислів наркотизації, механізми розвитку психологічної потреби у психоактивних речовинах і т. д. Деякі дослідники

виділяють проблему компенсації станів емоційної напруженості через недостатньо сформовані систем саморегуляції. Такі дослідники розглядають вживання ПАР як використовуваний індивідом спосіб зняття емоційної напруги. У цьому стані особистісні характеристики суб'єктів займають провідну роль, оскільки вони визначають сприйняття життєвих ситуацій та емоційну відповідь на них [4].

Таким чином, у психологічній та психофізіологічній літературі вживання ПАР розглядається в тому числі і як спосіб саморегуляції свого психічного стану через те, що індивід не знає або не здатний опанувати іншими способами. Дослідники зазначають, що вживання хімічних речовин зазвичай має дві мети. Перша мета - це подолання депресії, невпевненості, доступ до психологічних ресурсів. Друга мета – це релаксація, зниження тривожності та психоемоційної напруги [17]. В обох випадках доречно враховувати мотивацію та мотиваційні потреби особистості.

Як показує наш аналіз літератури, найбільш затребуваним у сучасних дослідженнях адицій є підхід, орієнтований на вивчення загальної мотиваційної спрямованості особи. Проблема мотиву та мотивації є однією із фундаментальних проблем психології. Її значимість пов'язані з аналізом джерел активності людини, яка спонукає людину до діяльності. Складність та багатоаспектність проблеми мотиву та мотивації обумовлена різноманітністю підходів до розуміння її сутності, структури та методів вивчення такими авторами, як А. Маслоу, А. Н. Леонтьєв, С. Л. Рубінштейн, В. Г. Асєєв, Дж. Аткинсон, П. М. Якобсон, Л. І. Божович та багатьма іншими.

Погляди на сутність мотивів та мотивацій у психологів суттєво розходяться, але всі вони сходяться в одному: мотив приймається як один конкретний психологічний феномен - мотив як спонукання, мотив як потреба, мотив як ціль, мотив як намір, мотив як стан. Адиктивна мотивація досліджувалася вітчизняними та зарубіжними авторами.



Короленка Ц. П. та Донських Т. А. виділяють такі основні адиктивні мотивації [19].

1. Атарактична мотивація - це прагнення прийняти алкоголь для пом'якшення або усунення емоційного дискомфорту, тривожності, зниженого настрою.

2. Субмісивна мотивація – відсутність здатності відмовитися від пропозиції прийняти алкоголь. Суб'єктивно озвучується якісно виправдувальні причини, такі як «незручно», «людина може не зрозуміти, образитися», і таке інше. На обличчя виражена тенденція до підпорядкування та залежність від чужої думки.

3. Гедоністична мотивація – метою вживання алкоголю є підвищення настрою та радості, отримання задоволення.

4. Мотивація із гіперактивацією поведінки. За цієї мотивації метою споживання алкоголю є активізація себе, виклик стану збудження. Виникає суб'єктивний стан підвищеного тону та завищена самооцінка.

5. Псевдокультурна мотивація – значення надається атрибутивним властивостям алкоголю. При цій мотивації проявляється демонстративність, показується «вишуканий смак», особливий інтерес проявляється до рідкісних та дорогих алкогольних виробів. Часто псевдокультурна мотивація доповнює інші мотивації та проявляється прагнення компенсувати комплекс неповноцінності.

Залежно від змісту адиктивних мотивацій можуть розвиватися різні форми алкоголізму. Вирізняють різні форми алкогольної адикції з явищем психологічної та фізичної залежності [27].

У мотивах адиктивної поведінки відбиваються важливі психологічні чинники розвитку адикцій. Зміст цих мотивів «необачність» в адиктивному стані і є нереалізованою потребою людини, спотвореною в уявному плані та програми розвитку особистості. Наприклад, вивчення мотивації споживання спиртних напоїв дає дуже цінну інформацію про формування алкогольної



адикції у тієї чи іншої особи, що дозволяє повніше здійснювати корекцію поведінки. Г. В. Морозов [33] вважає, що залежність від алкоголю формується за типом реакцій «порочного кола», викликаних перебудовою механізмів, що регулюють мотивацію та вибір.

Класифікаційні характеристики адиктивних мотивацій, згідно з даними літератури, даються з різних підстав. Значний інтерес представляє класифікація мотивів алкогольної адикції за В. Ю. Зав'яловим [12]: соціально-детермінована, атарактична, гедоністична, мотивація активації поведінки, субмісивна та псевдокультуральна.

Таким чином, адиктивну поведінку не пояснити існуванням єдиного мотиву діяльності. У зв'язку з цим доцільно аналізувати не окремі мотиви адиктивної поведінки, а виявляти загальну мотиваційну спрямованість особистості, пов'язану саме з особистісними диспозиціями - потребами, установками, інтересами, потягами, бажаннями, зокрема, пов'язану з пошуком нових вражень, відчуттів, почуттів та емоцій.

## **1.2 Психологічні особливості особистості, що сприяють розвитку залежної поведінки**

У виникненні адиктивної поведінки, а потім залежної поведінки мають значення психологічні особливості особистості, які сприяють розвитку та формуванню цього виду відхилення. В. А. Ананьев у своїй книзі «Зловживання алкоголем» перераховує загальні психологічні особливості адиктивної особи, які у сукупності утворюють психологічний портрет майбутньої залежної людини [2]. До них, за думкою автора, відноситься сильна потреба у задоволеннях, насолодах. Ця початкова потреба у задоволенні, насолоді, у широкому сенсі розуміється у виграші, завжди у позитивній відповіді середовища, навколишнього світу, інших людей на їх дії, це народжує безперервні бажання і, насамперед, бажання споживати, брати, отримувати. Заради отримання нових задовolenь у все більших дозах ці люди

готові піти і фактично йдуть на все, спокійно переступаючи через найдорожче для себе.

Залежні люди мають виражену психологічну потребу – готовність (установка, очікування) до адикції та безперервного формування нових залежностей. Вони начебто не сприймають себе спочатку у своєму природному вигляді, у стані як самодостатньої особи. Віддаючись комусь або чомусь, ототожнюючи та привласнюючи собі предмет-сурогат, вони доповнюють себе цим зовнішнім об'єктом, тим самим ніби добудовуючи свій суб'єктивний внутрішній психологічний образ, внутрішню модель себе і завершуючи цим приєднанням свою внутрішню гармонійну цілісність.

Готовність до адикції та формування залежності зазначає В.А. Ананьєв, виступає як протилежність психологічної несприйнятливості, толерантності. Тому до залежності можна віднести ще такий аспект, відтінок: велика поступливість, податливість, сприйнятливість, готовність віддатися будь-якій (людині, заняттю, речовині) [2].

Таким чином, готовність до адикції та формування залежності означає різке зниження порога психологічного прийняття та підвищення рівня психологічної нестійкості.

Слід зазначити, що особи з низькою переносимістю психологічно дискомфортних станів, що виникають у повсякденному житті природних періодів спаду, більш схильні до ризику появ адиктивної фіксації. Такий ризик також може збільшуватися при зустрічі з важкими соціально несприятливими, психотравмуючими ситуаціями, як втрата колишніх ідеалів, розчарування у житті, розпад сім'ї, втрата роботи, соціальна ізоляція, втрата близьких чи друзів, різка зміна звичних життєвих стереотипів [7].

Через неминуще і виражене прагнення негайного отримання різноманітних задовольень за будь-яку ціну у потенційно залежних людей-адиктів спостерігається постійне суб'єктивно-упереджене ставлення до майбутнього, ще тільки можливого об'єкту залежності [31].



Для формування залежності необхідне внутрішнє представництво об'єкта майбутньої адикції в організмі, психіці, особистості, певна психофізіологічна спорідненість із цим зовнішнім об'єктом (наприклад, наявність певних психологічних характеристик характеру, бажань, уподобань тощо). Потрапити у залежність можна тільки від того, що тобі близько, що вже є в тобі.

Тому, по суті, будь-яка залежність – це обмеження ступенів своєї свободи, це несвобода від себе, але точніше від свого емоційного стану внаслідок оволодіння об'єктом залежності.

Серед психологічних особливостей адиктивної особи В. А. Ананьєв розрізняє такі: моральна незрілість, виражений інфантилізм, крайній егоїзм та індивідуалізм, які не докладають до отримання задоволення жодних зусиль, афективне мислення, зниження почуття міри, самозадоволення, завищена самооцінка, гіпертрофування значення свого особистого досвіду, зниження критичності себе, схильність до самообману, ілюзорне сприйняття себе, безвідповідальність перед собою та близькими, ненадійність (звідси нестійкість взаємин з іншими людьми), крайня спритність, що межує з брехливістю і безвідповідальним фантазуванням, ослаблення зворотного зв'язку результатів своєї діяльності та подальшої поведінки, тобто рефлексії.

Всі ці характерологічні якості взаємно посилюють один одного, формуючи адиктивний стиль мислення та поведінки і будучи благодатним ґрунтом для готовності до реалізації та формування адикції.

Цікавою є концепція залежної особистості Є. Мінков, у межах якої розкривається внутрішнє походження залежної поведінки, тобто автор описує ті якості особистості, які впливають на розвиток та формування залежності [32]. При цьому стрижнем залежної особистості, на думку Є. Мінкова, є інфантильність (інфантилізм).

Залежної особистості також властива навіюваність. Є. Мінков описує навіюваність як легке засвоєння людиною зовнішніх по відношенню до нього



спонукань, прагнень, бажань, установок, оцінок, форм та стилів поведінки, підвищена сприйнятливість до психічної дії з боку іншої особи без критичного осмислення реальності та прагнення протистояти цьому впливу. Особистість, схильна до формування залежної поведінки, виявляється некритичною, часто легковірною, податливою груповою дією, схильною до авторитарного управління.

Залежна особистість відрізняється нездатністю адекватно планувати та прогнозувати своє майбутнє. Їй властиво підкорятися спонтанно утвореним умовам, при цьому, не враховуючи імовірнісний прогноз. Ще одна характеристика – ригідність – негнучкість, тугорухливість усієї психічної діяльності, відсутність здатності при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, встановлення, мотиви тощо.

До структури залежної особистості входять характеристики наївності, простодушності, безпосередності. Цим людям властива цікавість і пошукова активність – потреба у пошуку. Для людини з рисами залежної особистості типово така властивість, як максималізм, під яким розуміється крайність у якихось вимогах, поглядах, емоціях. Такі люди прагнуть особливо яскравих вражень, вони егоцентричні, нетерплячі, схильні до ризику і побоюються бути покинутими [43].

Слід зазначити, важливою особливістю особи, схильної до адиктивної поведінки, є розбіжність психологічної стресостійкості у важких ситуаціях та у повсякденному житті.

Зазвичай здорові особи швидко адаптуються до повсякденності і менше пристосовані до кризових умов, намагаються уникати складних життєвих ситуацій. Крім того, що об'єктивно та суб'єктивно адикти не переносять труднощі повсякденного життя, чують постійні докори в непристосованості, відсутністю життєрадісності від рідних та друзів. У зв'язку з цим всередині них зароджується «комплекс неповноцінності» [5].

Адиктивні особи сильно переживають від того, що не схожі на інших. Але «комплекс неповноцінності» є захисним механізмом і виявляється у гіперкомпенсаторній реакції. Справа в тому, що у адикта під впливом оточуючих людей формується занижена самооцінка, а «комплекс неповноцінності» дозволяє їм відчувати відразу завищену самооцінку підтримуючи цим необхідний рівень самоповаги в несприятливих мікросоціальних умовах - умовах конфронтації особистості з сім'єю та колективом [6].

Внаслідок тиску з боку соціуму адиктивні особистості змушені пристосовуватися до норм суспільства. Вони починають формально виконувати ті соціальні ролі, які їм нав'язуються. Зовнішня соціабельність, легкість підтримки контактів тісно стикаються з маніпулятивною поведінкою та характеризуються поверхнею емоційних зв'язків. Така людина боїться стійких і тривалих близьких відносин, тому що досить швидко людина перестає цікавити адикта. Прагнення обманювати оточуючих, звинувачувати їх у своїх помилках впливають із структури адиктивної особистості, яка сама намагається приховати «комплекс неповноцінності», який пояснюється невмінням жити відповідно до підвалин, загальноприйнятих нормами [11].

Цікавим є прояв вольових якостей адиктивної особистості. У зв'язку з цим можна сформулювати припущення, що особа, у якої згодом формується залежна поведінка, має низький ступінь виразності вольових якостей, оскільки інтуїтивне розуміння волі у широкому значенні наступне: вольовою особистістю називається людина, яка успішно реалізує свої високі соціально-значущі мотиви. Вольова особистість характеризується силою провідних мотивів та «мотиваційною конгруентністю» – узгодженістю бажання, рішення та виконання; при цьому боротьба мотивів та зусилля волі перестають бути актуальними [14].

С. Л. Рубінштейн вважає, що воля в людини насамперед спирається у своєму функціонуванні на цілі та завдання. Воля буде набагато сильніше,



насиченіше бажання, якщо цілі будуть важливими для індивіда. Ціль важлива в тих випадках, коли вона включає в себе домінуючі потреби людини та суспільні потреби. У конкретного індивіда суспільні інтереси можуть виходити за межі її особистих потреб, і тоді виникає тенденція повинності, схожа за силою прояви з тенденцією потягу, але значно від неї що відрізняється причиною та змістом. Воля має на увазі під собою поєднання саме цих двох елементів. Коли людина приймає щось як обов'язкове, то вона уже хоче цього, незважаючи на те, якщо вона бажає. Що-небудь належне (обов'язкове) є загальнозначущим моральним компонентом особистісної волі, тобто волі для того індивіда, у якого особистісно та суспільно значуще є одне і неподільне [16].

Воля помітна, коли людина може бути здатною будь-яким чином поставитися до своїх потягів. Для цього індивід має бути вищим потягів і, від'єднуючись від них, в змозі зробити вибір між своїми потягами. Тоді поведінка індивіда обумовлюється ним самим, а не потягами як вродженими силами. Тому виникнення волі нерозривно пов'язано з розвитком індивіда який самоактуалізується як суб'єкт, який самостійно визначає свою поведінку та несе відповідальність [16].

Проте Т. Л. Крюкова описує адиктивні еквіваленти такими вольовими якостями, як наполегливість, ініціативність, рішучість та самовладання [22]. Адиктивні еквіваленти характеризуються ними в такий спосіб.

Адиктивна ініціативність – активна переробка інформації про місце придбання наркотиків, визначення першочергових проблем та постановка значущих цілей, а також шляхів їх досягнення. Стан ініціативності є підвищеною збудливістю процесу пошуку мети. За наявності мети на першому плані виходить рішучість як можливість її досягнення.

Адиктивна рішучість визначається як психічний стан зібраності для швидкого та повного задоволення потреби, який супроводжує інтелектуальну роботу психіки та емоційне збудження. Цьому стану характерно імпульсивне



ухвалення рішення, що Т.Л. Крюкова пов'язує з прагненням якнайшвидше позбутися напруженого стану боротьби мотивів. Адиктивна цілеспрямованість виражається у вигляді зосередженості свідомості на основних, найбільш значимих цілях.

Адиктивна впевненість – цей стан визначає ефективність діяльності та полягає в оцінці умов, що впливають на результат діяльності, тобто поєднується з чітким усвідомленням взаємозв'язку вихідних даних із підсумковою метою, усвідомленням її досяжності, реальності.

Адиктивна наполегливість передбачає постійне подолання перешкод при адиктивних реалізаціях, управління діями та вектор досягнення запланованого результату. Автор зазначає, що у зв'язку із зростанням адиктивної потреби та активізації адиктивної волі, варіативність типів активності індивіда починає зменшуватися. Інтереси, стимули, потреби особистості перестають залучати увагу та бути емоційно насиченими. Так, байдужим виявляється прочитання книг, походи в театр, кіно, проведення часу в родинному колі, спілкування з колишніми друзями, робота. Це призводить до редукції соціально-позитивних видів діяльності [22].

Отже, на думку Т.Л. Крюкової, концепція вольового дефекту адиктивної залежності, що висувається рядом авторів особистості виявилася неспроможною [22]. У зв'язку з цим проявляється заміщення складових один одним усередині вольового ресурсу: при зниженні мотивації виконання малоцікавої діяльності адиктивна особистість демонструє активність, енергійність, підприємливість та наполегливість у пошуку психоактивних речовин; суб'єктивний контроль характеризується низькою інтернальністю.

На думку І. М. П'ятницької [40], виділяються такі характеристики залежної особистості: 1) байдужість до соціальних проблем, відсутність стійких та сформованих індивідуальних інтересів, будь-якої захопленості; 2) відокремлення від дорослих, агресивність до суспільства, солідарність із

віковою групою, пошук чуттєвих вражень, сексуального досвіду, пізнавальні інтелектуальні спонукання.

Б. В. Зейгарник [13] зазначала, що у процесі розвитку залежності формуються патологічно змінені потреби, порушується ієрархія мотивів. Потреби залежної людини стають некерованими та набувають будови потягів. Інтереси, переживання та прагнення людини будуються в залежності від її спонукань, то зміни у змісті потреб означають собою і зміни будови особи людини. Одним із найбільш яскравих проявів порушення особистості є порушення підконтрольності, критичності поведінки.

Психоактивні речовини, зокрема алкоголь, пише Т.А. Нємчин у книзі «Особистість та алкоголізм» дозволяє людині переживати в уяві те, чого вона позбавлена насправді [35]. Саме тому спочатку розвивається психічна, а не біологічна залежність від алкоголю. Спочатку він служить лише засобом, що допомагає гостріше пережити радості спілкування, сприйняття, роздуми. Потім репертуар переживань стає біднішим, і залишається один спосіб отримання нових вражень – вживання алкоголю. Засіб та мета міняються місцями: потреба сп'яніння висувається на перший план, використовуючи колишні соціальні дії лише як привід. Ця закономірність ще раз доводить, що адикт концентрується лише на одному виді діяльності – адиктивному та має домінуючу потребу – отримання об'єкта адикції. В даному випадку доцільно говорити про залежність та залежну поведінку.

Адикти намагаються реалізувати своє прагнення інтимності штучним чином, на свідомому рівні вони використовують для самозахисту механізм, який у психологічній літературі називається «мислення за бажанням». Він полягає в тому, що людина, незважаючи на логіку причинності та наслідків явищ, що відбуваються, приймає за дійсність те, що відноситься до її бажань, зміст мислення у свою чергу підпорядковане емоціям. У зв'язку з цим досить складно переконати людину з адиктивною поведінкою, що її вчинки та дії призведуть лише до негативних наслідків. Спілкування з такими людьми



відбувається у двох площинах, які не стикаються одна з одною: логічною та емоційною. Те, що здається очевидним у логічній площині, не впливає на «мислення за бажанням» людини з адиктивною поведінкою [20].

Адикти в розмові про своє здоров'я зіставляють себе з машинами хвороб, ставляться як до механічних неполадок, які потрібно усунути. Звідси їхня прихильність до «простих» методів лікування, легка погоджуваність на хірургічні втручання. Спосіб життя адиктивної особи може розглядатися як щось протилежне здоровому способу життя, при цьому відбувається повне ігнорування санітарно-гігієнічних норм, турботи про своє здоров'я та здоров'я своїх близьких людей [24].

Міжособистісні стосунки відрізняються динамікою, у процесі спілкування з людьми здійснюється обмін думками, взаємне збагачення, засвоєння досвіду. Відносини адиктивного типу є більш стабільними та передбачуваними, ніж природні стосунки з людьми. Однак це сталість блокує розвиток гармонійної особистості [26].

Для кращого розуміння особливостей адиктивних реалізацій слід також мати на увазі, що при цьому адикти відчують інтенсивні емоційні стани, проте ці стани короточасні, штучні, не інтегровані з недостатнім розвитком особистості. Під час розвитку таких станів виникає суб'єктивне почуття «істинності» емоцій, розуміння «сутності життя» та ін. [29].

Таким чином, залежність, з психологічної точки зору, є внутрішнім станом, у якому вільна лінія поведінки стає неможливою. Ця несвобода змінює самооцінку залежної людини, спотворює сприйняття навколишнього світу, впливає на відносини з людьми. Розвиток залежної поведінки не відбувається відразу. Потяг до об'єкта залежності, який спочатку приносить великі сили задоволення, збудження, заспокоєння чи незвичайні переживання, згодом перетворюється на патологічну залежність. Це процес, швидкість якого і зміна фаз залежить від індивідуальних особливостей. Поряд із залежністю, тобто відсутністю самостійності та нездатності нести відповідальність за свої вчинки



та своє життя, основне в адиктивній поведінці особистості є непереборне бажання піти, уникнути реальної дійсності, страх повсякденності, схильність до переживання сильних емоційних вражень, часом серйозно ризикуючи. Такі люди понад сприйнятливі до думки оточуючих і досить навіювані, щоб підкорити себе іншому. Вони не вміють прогнозувати своє майбутнє та адаптуватися у суспільстві, що викликає труднощі у підтримці тривалих відносин. Їх відрізняє інфантилізм, егоїзм, відсутність соціальних інтересів та звуження світогляду до способів задоволення єдиної потреби, а вольові якості спрямовані на утримання головного мотиву – отримання чи оволодіння об'єктом залежності.

### **1.3 Психологічна картина людей з алкогольною адикцією**

Відомо, що на формування залежної поведінки, а саме хімічної залежності як алкоголізм надають наступні фактори: біологічні (родові травми, мозкові дисфункції, органічні ураження головного мозку, які часто переносять інфекції, затримка психічного та фізичного розвитку, спадкова обтяженість), соціальні (макросоціальні та мікросоціальні фактори) та особистісні фактори. У цій роботі акцент зроблено на останньому аспекті (особистісні фактори) [30].

До психологічних факторів розвитку хронічного алкоголізму можна віднести: легкі форми хронічно протікають з психозів, психопатії, акцентуації особистості, масковані депресії, висока ранимість, сенситивність, вибуховість, агресивність, невпевненість у собі, підвищена збуджуваність [34].

До психологічних особливостей можна віднести: невміння справлятися зі щоденними життєвими ситуаціями, при цьому присутня висока мобільність у кризових ситуаціях. Таким особам властивий комплекс неповноцінності, але зовнішні його прояви будуть відсутні.

Страх близьких емоційних контактів коїться з іншими людьми, але заодно соціальна взаємодія з оточуючими присутня (беземоційний, поверхневий контакт). Прагнення до брехні, обвинуваченню інших, свідомо

знаючи про свою неправоту, ухиляння від відповідальності за прийняття рішень. Також особам з алкоголізмом властива стереотипність поведінкових реакцій, залежність від інших та підвищена тривожність. Можна сказати, що передбачуваність, буденність життєвих ситуацій для таких особистостей, є важкопереносимою, бажання опинитися в незвичайній ситуації розцінюється такими особистостями як можливість самовираження та отримання переваги над іншими [36].

Труднощі у переносимості повсякденних життєвих ситуацій, з постійними докорами з боку близьких, що оточують у нездатності жити повним життям, формують у таких осіб «прихований комплекс неповноцінності». В результаті виникає реакція гіперкомпенсації.

Занижена самооцінка, що сформувалася, через - відношення до такої особистості з боку оточення, не стає адекватною, а реалізується в формуванні залежності від алкоголю. Прояви почуття переваги над оточуючими, відіграє роль захисного механізму для збереження самоповаги у мікросоціальних відносинах. Це уможливорює взаємини із сім'єю та колегами. Тиск, який чинить навколишнє середовище є дуже сильним, таким особистостям доводиться підлаштовуватися за зовнішніми вимогами. Виконання вимог, що носить формальний, наганий характер [37].

Підсумовуючи, можна говорити, що поведінка таких особистостей характеризується уникненням реальності, страхом повсякденного життя, нездатність бути відповідальним за дії. Провідним мотивом особистостей із хронічною залежністю є активна зміна психічного стану, що їх не задовольняє. Вони характеризують його як: «сіре» та «нудне». Такі люди найчастіше не можуть знайти в житті справу, яка б викликала в них зацікавленість і емоційну реакцію. Таким особам не цікаво слідувати загальноприйнятим правилам, займатися якоюсь діяльністю, дотримуватися сімейним та суспільним традиціям [41].



Вживання алкоголю можна звести до гедоністичної мотивації, тобто, до прагнення будь-якими способами посилити задоволення та знизити невдоволення. Однак інші почуття, так само можуть сприяти формування залежності. Наприклад, почуття подиву відповідає мотиву цікавості, який найчастіше є основним мотивом вперше спробувати алкоголь та долучитися до нього. Почуття дружби може бути мотивом спілкування з однолітками, що призводить до систематичного вживання алкоголю. Але всі ці мотиви можуть піти, і прагнення до задоволення буде провідним мотивом у вживанні алкоголю. Важливим є і те, що алкоголізм пов'язаний з цілою групою мотивів, оскільки з розвитком алкоголізму збільшуватиметься кількість потреб [39].

До особливостей емоційної сфери можна віднести такі її порушення: труднощі при описі своїх почуттів, нездатність відокремити почуття від тілесних відчуттів, бідність фантазій і як наслідок знижена здатність до символізації, зосередженість на зовнішніх подіях, а чи не на внутрішніх переживаннях. Вираженими проявами в емоційній сфері є: підвищена емоційна збудливість, нестабільність та нестійкість емоційних реакцій, низький рівень самоконтролю емоційних реакцій, поведінка, емоційна незрілість, швидкі зміни настрою [42].

Неадаптивність копінг-стратегій, які виявляються в неадекватну поведінку в подоланні життєвих труднощів, є одним із факторів у формуванні особистості з алкогольною залежністю.

Воєводін І. В. проводив дослідження, де виявляв взаємозв'язок копінгстратегій та мотивацію вживання алкоголю. Дослідження показали, що особи зі схильністю до розвитку алкоголізму використовують адаптивні копінг-стратегії; а особи з відсутністю схильності до розвитку алкоголізму показали не адаптивні варіанти копінг-стратегій. Як показали дослідження, дана тема є маловивченою та вимагає переглянути встановлену адаптивність - неадаптивність копінгстратегії при алкогольній залежності. Особи з алкогольною залежністю так само використовують копінг-механізми зі



схильністю впадати в стан безнадійності за наявності труднощів та уникати їх через алкоголь [9].

У зарубіжних класифікаціях виділено чотири типи особистості схильних до алкоголізму, які залежать від сімейного виховання: особи, які вважають себе бездоганними, стоять вище критики з боку оточуючих, засудження та зауважень. Другий тип це, збудливі, агресивні, жорстокі, з легким почуттям ненависті, схильністю до асоціальних вчинків. Третій тип, непристосовані, непродуктивні, безпорадні, жертви гіперопікуваних батьків. Четвертий тип, особи з депресивними рисами та нав'язливими ідеями [8].

У вітчизняній психології використовують класифікацію А.А. Портнова та І.М. П'ятницької. Вони виділяють чотири типи осіб схильних до хронічного алкоголізму. Перший тип, це незрілі особи, з низьким рівнем інтелекту. Другий тип, без особливостей у преморбідному періоді, починають вживати з зовнішніх чинників. Третій, це особи з труднощами адаптації з оточуючими. Четвертий тип особи з психічними розладами [40].

Схильність до хронічного алкоголізму залежить від наявності внутрішньоособистісного конфлікту. Прикладом будуть: сексуальний конфлікт, розбіжність рівня прагнень з очікуваннями, розбіжність світогляду з оточуючими [42].

Таким чином, можна зробити висновок про те, що психологічними особливостями особистості схильної до алкогольної залежності є особливості самопізнання, самооцінки, самосприйняття, самовідносини, контроль своєї поведінки, відносини з оточуючими, специфіка переживання почуттів. Внаслідок систематичного зловживання алкоголю спостерігаються зміни особистості. Результатом таких змін можуть служити вплив алкоголю на мозкові структури та нервову систему, зміна соціальної взаємодії, присутність самого факту залежності.

Розглядаючи зміни, які відбуваються в особистості хворого на залежно від стадії алкоголізму, їх характеризує таке. На першій стадії формування

алкоголізму особливих змін особистості не спостерігається. У другій стадії відбуваються зміни особистості у формі загострення преморбідних характеристик. Друга стадія доповнюється розладами емоційної сфери у формі емоційної лабільності, огрублення, збудливості. Третя стадія характеризується формуванням стійких змін особистості. Психопатоподібна деградація характеризується зміною поведінки, вона стає цинічною, агресивною, такі люди стають настирливими, прагнуть образити оточуючих. Якщо алкогольна деградація відбувається з переважанням ейфорії, то такі особистості відрізняються безтурботним настроєм із вираженим зниженням критики до свого стану та оточуючими [15].

Зміни торкаються мотиваційно-потребової сфери. Провідним мотивом є алкоголь. Відбувається переорієнтація мотиву на мету, якщо спочатку алкоголь був засобом зняти напругу в компанії та т.д., то тепер став самостійною діяльністю. Наслідком такого новоутворення стає зміна всієї системи відносин особистості, перетворення її ієрархії, де відбувається звуження кола інтересів та ціннісних орієнтацій. Насамперед втрачають значення соціальні цінності; морально-етичні цінності. Пізніше змінюються цінності власної особистості та цінності відносин людина-людина.

Спостерігається емоційна «тупість» особистості. Такі особи стають пихатими, честолюбними, справедливість виражається тільки в мові, а не на вчинках. Або можуть стати слабовільними та занадто вразливими. Незалежно від цього, механізми адаптації розвинені погано у всіх, їх легко вивести із рівноваги [45].

Особа залежна від алкоголю є невірноваженою. Вона легко піддається афекту та здійснює безконтрольні вчинки. На початкових етапах розвитку хвороби є почуття провини за свою поведінку. Надалі відбувається формування психологічних захистів за типом заперечення реальності, спотворюється образ - Я. Хворі намагаються приховати прояви своєї залежності від оточуючих. Слабо розвинений самоконтроль, саморегуляція,



уразливість і чутливість до ситуацій, де хоч якось торкається їх самооцінка. Переважають такі риси як скритність, замкнутість, недовіра до оточуючих. У ході хвороби, залежні від алкоголю, стають цинічними, збудливими по дрібницях, імпульсивні [7].

Психопатологічна структура психічної залежності представлена, обсессивними станами, що характеризуються боротьбою мотивів та частковою критичною самооцінкою хворим свого стану, тобто, прагнення отримати алкоголь за будь-яку ціну, супроводжується це звуженням свідомості та зниженою критикою самооцінки та ситуації. Реалізація дій обумовлена зовнішніми ситуаційними факторами. Все це проявляється у постійних думках про алкоголь, підвищення настрою в передчутті його, пригніченості за його відсутності. Психічний комфорт стає можливим лише у період інтоксикації [2].

Для хронічних алкоголіків будуть властиві такі психологічні проблеми як: поглиненість спиртом, яка проявляється у формі одержимості алкоголем. Самообман, насамперед це брехня самому собі та близьким; вина, що полягає у постійному нагадуванні вчинків та дій з боку оточуючих, які ведуть до руйнування сім'ї, дружби, робочих відносин та усвідомлення всього цього є у розумінні таких осіб. Амнезії, коли настає протверезіння. Присутність тривоги та депресії, разом з алкогольною ейфорією приходять тривога і депресія, які можуть виявлятися не тільки з настанням синдрому похмілля, але і в ході вживання алкоголю. Ця ситуація є замкнутим колом, коли людина усвідомлює, що після прийому алкоголю їй стало краще, а потім гірше, то для кращого стану потрібно знову вжити алкоголь [2].

Залежність від алкоголю має свої особливості появи та розвитку, власні передумови, наслідки. Вона пов'язана з мотиваційно-потребовою сферою особистості, пов'язана у появі, розвитку та наслідках формування залежності, вона може носити компенсаторний характер. Особливостями особистості схильної до алкогольної залежності є особливості самопізнання, самооцінки,



самосприйняття, самовідносини, контроль своєї поведінки, відносини з оточуючими, специфіка переживання емоцій.

Проблема мотивації стосується багатьох сфер існування людини. У сучасній психології часто використовують для пояснення спонукальних моментів у поведінці людини.

Нині поняття «мотивація» багато авторів трактують по-різному. Наприклад, К. Мадсен та Ж. Годфруа вважають мотивацію сукупністю чинників, які підтримують і спрямовують, тобто, як визначальна поведінка. К.К. Платонов визначає мотивацію – як сукупність мотивів. М.Ш. Магомед-Емінов розглядає мотивацію - як процес психічного регулювання конкретної діяльності. В.К. Вілюнас розуміє під мотивацією - сукупну систему процесів, відповідальних за спонукання та діяльність [11].

Існуюче розуміння мотивації можна розділити на два напрямки. З одного боку, мотивацію можна розглядати як систему, сукупність факторів, що детермінують поведінку. Сюди відносять такі структурні позиції як - потреби, мотиви, цілі, рівень домагань, ідеали, прагнення, інтереси, цінності та інші сторони, мотивація розглядається як процес, механізм, який підтримує поведінкову активність.

В рамках діяльнісного підходу А. Н. Леонтьєв пояснює походження мотиваційної сфери людини як мотиваційну сферу людини, яка має свої джерела у практичній діяльності. Між структурою діяльності та будовою мотиваційної сфери людини існують відносини ізоморфізму, тобто взаємної відповідності. Поведінці загалом відповідають потреби людини; система діяльностей, з яких вона складається, - різноманітність мотивів; безліч дій, що формують діяльність, - упорядкований набір цілей. Згідно А. Н. Леонтьєву, мотивація має два провідні функції - сенсоутворюючу та спонукальну [26].

Вивчаючи мотиваційну сферу у хворих на хронічний алкоголізм необхідно розглянути ряд понять - це мотив, потреба, особистісний зміст, цінності, копінг-стратегії.

Мотив - це стійка особистісна властивість, що зсередини спонукає до вчинення певних дій. Мотив діяльності є предметом, включений у систему реалізації відносини суб'єкт-світ як предмет потреби і властивість, що набуває в цій системі сенс спонукати і спрямовувати діяльність суб'єкта. Мотив формується на основі актуальних потреб та особливостей ситуації [21].

Особистісний сенс об'єктів та явищ дійсності – це характерна характеристика. Це форма суб'єктивного відображення відносини у свідомості суб'єкта, у його образі світу. Д. А. Леонтьєв дає наступне визначення особистісного змісту об'єктів та явищ - «це складова образів сприйняття та подання відповідних об'єктів та явищ, що відображає їх життєвий зміст для суб'єкта та що презентує його суб'єкту за допомогою емоційного забарвлення образів та їх трансформацій» [27].

Існує кілька варіантів психологічного розуміння цінностей. А. Маслоу, Ф. Василюк трактують цінності спільно з такими поняттями як потреба та мотив, підкреслюючи що цінності мають спонукальну силу. Особистісні цінності не обмежуються певною ситуацією вони стабільні протягом життя. Проте кризова подія у житті може призвести до зміни у системі цінностей. Розрізняють два класи цінностей: цінності-цілі чи термінальні цінності та цінності-принципи або інструментальні цінності. Отже, цінності - те, що людина особливо цінує у житті, чому вона надає особливого позитивного життєвого змісту [20].

Потреби людини - це усвідомлювані та несвідомі потреби, які вона переживає, вони необхідні для життєдіяльності організму та розвитку особистості. Вони відбивають поточний стан індивіда.

Копінг-механізми Р. Лазарус визначає як «стратегію дій, вживаних людиною в ситуації психологічної загрози», зокрема за умов пристосування до хвороби. Можливе застосування як адаптивних копінг-стратегій, і неадаптивних копінг-стратегій [18].

Сформована мотиваційно-потребова сфера, бажання перетворення ситуації, що склалася, плани та перспективи майбутнього, активна життєва позиція і є ресурсами у досягненні соціально-психологічної адаптації особистості ситуації хвороби.

Мотиваційний компонент внутрішньої картини хвороби включає особистісний сенс хвороби та її наслідків у контексті цілісного життя людини як особистості, її минулого та майбутнього; рівень відношення хворого на своє захворювання.

Основними показниками, що дозволяють зафіксувати мотиваційну динаміку, є якість та динаміка емоційного стану, його внесок у зміст ВКБ. Як зазначав А.Н. Леонтьєв, «емоції виконують функцію внутрішніх сигналів..., вони відбивають відносини між мотивами (потребами) та успіхом чи можливістю успішної реалізації відповідної їм діяльності суб'єкта» [21, с. 198]. Таким чином, поява чи зміна емоційної складової ВКХ (внутрішня картина хвороби) передбачає сигнал про поточну особистісну перебудову.

#### **1.4 Статистика алкоголізму в Україні**

Відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм, нацією що вимирає, вважається така, яка вживає понад 8л чистого спирту на душу населення впродовж року. Україна за підсумками 2012 року, посідала третє місце в світі з усередненого споживання алкоголю на людину. Про це свідчать дані рейтингу, складеного на основі даних британської компанії «International Wine & Spirit Research».

Згідно з ним, на душу населення в Україні припадало 7,7 літра чистого алкоголю на рік. Перше місце в даному рейтингу належало Російській Федерації (13,9 літра), друге - Білорусі (11,3), четверте - Польщі (7,0), п'яте - Казахстану (5,9). Всього жителі Землі в 2012 році спожили 4,44 млрд літрів алкоголю; за оцінками ВООЗ, 2016 року питущими було 2,3 мільярди людей; найвищий рівень споживання на душу населення – в Європі [50].



Рівень споживання алкоголю в Україні 2016 року, в середньому, становив 8,6 літрів на рік. А вже 2017 року, за даними дослідження Організації економічного розвитку та співробітництва, Україна навіть не увійшла до списку 45 країн із найбільшим уживанням алкоголю, де лідирували Литва, Австрія та Франція з показниками 12,3; 11,8; 11,7 літрів відповідно [51].

Щороку через алкоголізм в Україні помирає понад 40 тисяч людей, за даними Національної ради з питань охорони здоров'я. Згідно зі наведеною статистикою 2016 року Україна була на четвертому місці за кількістю смертельних випадків, спричинених алкоголем серед жінок (25 375 смертей), а серед чоловіків - на шостому (53 380 смертельних випадків) [55]. За даними экс-міністра охорони здоров'я України професора Миколи Поліщука, щодня алкоголь вбиває 40 українців [53]. Це близько 8 тисяч отруєнь, ще 8 тисяч - кардіопатій, а також інші захворювання і нещасні випадки, пов'язані із вживанням алкоголю. Крім того, за його словами, в Україні зараз фіксується 25-30% випадків дитячої патології новонароджених і дуже часто причиною цього є саме алкоголь, тобто вживання алкогольних напоїв як матір'ю, так і батьком. Але цей факт, зазвичай не розголошується [49].

Станом на 2009 рік, згідно опитуванню ВООЗ, майже 40 % українських підлітків 14-18 років регулярно вживали спиртні напої. Алкоголь є причиною передчасної смерті майже 30 % українських чоловіків. На думку вітчизняних медиків, 2004 року в Україні нараховувалося 700 тисяч лише офіційно зареєстрованих алкоголіків. На 6 п'яних чоловіків припадає 1 жінка [53].

Якщо розглядати світову статистику, то у всьому світі 3 мільйони смертей щороку є наслідком надмірного вживання алкоголю, це становить 5,3% усіх смертей. Вживання алкоголю є причинним фактором для понад 200 захворювань та нівечень.

Загалом 5,1% світового тягаря захворювань і травм припадає на алкоголь. У віковій групі 20-39 років приблизно 13,5% від загальної кількості смертей пов'язані з алкоголем.

Існує причинно-наслідковий зв'язок між шкідливим вживанням алкоголю та цілим рядом психічних і поведінкових розладів, іншими неінфекційними станами, а також каліченнями.

Останні причинно-наслідкові зв'язки були встановлені між алкоголізмом та захворюванням на такі інфекційні захворювання, як туберкульоз, а також перебіг ВІЛ / СНІДу.

Крім наслідків для здоров'я шкідливе вживання алкоголю приносить значні соціальні та економічні збитки для людей і суспільства в цілому.<sup>[16]</sup>

Всесвітня організація охорони здоров'я 2009 року, провела опитування школярів у 41 країні світу, чи вживають вони спиртне. Україна в списку виявилася першою. 40 відсотків дітей від 14 до 18 років в Україні регулярно вживали алкоголь. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2018 році Україна також посіла перше місце у світі за рівнем дитячого алкоголізму [48].

Керівник дослідження в Україні в цьому міжнародному проєкті ВООЗ Ольга Балакірева розповіла Радіо Свобода про ці невтішні результати. «Ми, практично, маємо, що вже в 11-12 років є не лише спроба алкогольного напою, а є вже досвід перебування у стані алкогольного сп'яніння. Ми навіть в 11-12-річному віці маємо приблизно шосту частину підлітків (хлопців, зокрема), які вже знають, що таке стан сп'яніння!» [49].

За словами Анатолія Вієвського, головного нарколога Міністерства охорони здоров'я України, сьогодні в країні 1 % дітей 12-13-ти років щодня вживають алкогольні напої [51].

Вживання пива в Україні серед підлітків за останні чотири роки зросло вдвічі. Відповідно до звіту ЮНІСЕФ 2019 року, українські підлітки стали менше курити, але більше споживати алкоголю та наркотичних речовин.

Найбільша кількість отруєнь і алкогольних психозів виявляється в Донецькій області — близько 6 тисяч в рік. У більшості західних і центральних областей цей показник не перевищує 500 випадків на десять тисяч чоловік в рік. Зворотна сторона проблеми - у сільській місцевості смертність від алкоголізму вище міської в 2-3 рази [50].

Згідно з опитуванням, станом на 2018 рік, пияцтво було однією з головних проблем українського суспільства після: військових дій на Донбасі - 49 %, корупції в державних органах - 45 %, низького рівня виробництва - 25 % та малої зарплати. Раніше, пияцтво було головною проблемою українського суспільства. Про це 23 серпня 2011 року, під час прес-конференції, повідомив головний редактор журналу «Експерт Україна» Андрій Блинков, спираючись на дані соціологічного опитування, проведеного компанією Research & Branding Group спільно з журналом «Експерт Україна» [52].

### **1.5. Прийоми та методи боротьби з алкогольною адикцією**

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

Психотерапія - це комплексний вплив за допомогою психічних засобів на психіку залежної особистості, а через неї на весь організм з метою усунення хворобливих симптомів та зміни ставлення до себе, свого стану та навколишнього середовища [13].

Принципи, схеми та методи психотерапії алкоголізму. Основними принципами психотерапії алкогольної залежності вважаються: безперервність та тривалість; максимальна диференціація залежно від клінічних та мікросоціальних факторів; комплексність у використанні різних методів та підходів психотерапії; орієнтація на повне утримання від алкоголю, як у процесі лікування, так і у майбутньому; етапність психотерапевтичних заходів виникнення труднощів у психотерапевтичній роботі виникають через те, що



немає єдиного способу, який дозволяв би повністю вилікуватися. Ще однією складністю в роботі є особистісні особливості алкоголіків, які перешкоджають лікуванню [6].

Основним завданням психотерапевтичного впливу є мотивування залежного хворого лікування. Оскільки психологічний захист, який виявляється в анозогнозії або відмові прийняти себе хворим, також позначатиметься на лікуванні, то цей захист не дозволить психотерапевту встановити довірчий контакт, що сприятиме продуктивній роботі. Нерідко хворі вважають, що психологи, які розмовляють із ними, шкодують чи зневажають їх. У зв'язку з цим контакт із психологами їм нестерпний [1].

Причини психологічних проблем, які призвели до формування залежності, мають глибокий характер. Для того, щоб розпочинати лікування, клінічний психолог повинен виконати велику роботу з вивчення анамнезу, виявлення психотравмуючих ситуацій протягом життя, психологічне дослідження особливостей психічних функцій особистості. М. Є. Бурно говорив про формування стійких поведінкових стереотипів не тільки у алкоголіка, а й у членів його сім'ї, які за допомогою його залежності вирішують свої особистісні проблеми, тим самим підтримують пристрасть до алкоголю та перешкоджають психотерапії для збереження сімейних правил, установок, відносин [6].

Гіпно-суггестивна психотерапія. Вітчизняні психотерапевти застосовували як індивідуальну, так і групову форму цього. У лікувальних навіюваннях акцент робиться на розкритті згубності залежної поведінки для особистості. В даний час є велика кількість модифікацій гіпнозу, які успішно застосовуються у комплексному лікуванні алкогольної залежності.

Психотерапевтична тріада В. М. Бехтерева [1]. Цей психотерапевтичний метод включає переконання, гіпнотерапію та самопереконання. Це була форма масового лікування залежних від алкоголю осіб. Розміщували таких людей у великих аудиторіях, у стислих, але яскравих образах розповідали про шкоду

спиртного, за допомогою гіпнозу вселялася впевненість у успішному відновленні здоров'я. По завершенню сеансу гіпнозу давалася інструкція щодо здійснення самонавіювання.

Емоційно-стресова психотерапія В. Є. Рожнова [1]. Це система активного психотерапевтичного втручання, метою якого є змусити людину на емоційно граничному рівні переглянути або повністю змінити ставлення до себе, свого стану та оточення. Система заходів поділена на три етапи: перший - дезінтоксикаційний, другий - активне протиалкогольне лікування, третій етап - підтримуюча психотерапія протягом тривалого часу.

Рациональна психотерапія. Цей метод полягає у здатності людини проводити зв'язок, робити висновки, доводити ці висновки. Етапами даного методу є: пояснення та роз'яснення суті захворювання, причин його виникнення. Внаслідок цього виникає більш повна картина хвороби, що дозволяє пацієнту контролювати хворобу; переконання - корекція когнітивного, емоційного компонента ставлення до хвороби, змінюються особистісні настанови; переорієнтація полягає у досягненні стабільних змін в установках хворого, пов'язане із зміною в системі його цінностей; психологіка, це створення ширшого плану дій пацієнта поза хворобою.

Необхідно звертатися до прихильностей, захоплень, що залишилися. Вказувати на причини можливих рецидивів тощо. Важливо приділяти увагу дезактуалізації алкогольних мотивувань за допомогою переорієнтації на неадиктивні форми відволікання (занурення у улюблену справу, здійснення давньої мрії тощо) [13].

Аналітико-перетворювальний метод Б. С. Братуся. Метод полягає у глибокому аналізі хворого. Першим завданням психолога є - аналіз особистісних змін, виявлення внутрішніх механізмів рушійних протиріч розвитку, структури мотиваційно-потребової сфери. Наступним етапом роботи буде рефлексія різних психологічних підходів, завдань, сфер застосування, якихось реальних ситуацій буде можливе застосування для створення



теоретичних уявлень. Заключний етап полягає у правильному доборі технік, психокорекційних методів для успішного проведення намічених цілей.

Основне завдання методу це поетапність формування повноцінної потреби у тверезому житті. Це завдання реалізується у чотири етапи. Перший - мотиваційний, який полягає у створенні високої емоційної та особистісної заінтересованості у пропонованих психокорекційних заняттях. Протягом другого етапу - орієнтовному, формується велика кількість мотивів тверезого життя. Третій - настановний етап полягає у досягненні попереднього етапу. Четвертий - діяльнісний складається з розробки планів на майбутнє тверезе життя [1].

Особистісно-орієнтована психотерапія. Цей вид психотерапії запропонував Б. М. Гузіков із співавторами. Основним у цьому методі є усвідомлення та реконструкція особистісних відносин. Основна мета психотерапії - це звернення до кращих, найбільш значимих для пацієнта, який страждає на алкогольну залежність, ціннісні відносини, самооцінку, яка деформується при зловживанні алкоголем, подолання анозогнозії [13].

Групова форма психотерапії є важливим пунктом у комплексі лікувально-відновлювальних заходів. Відмінністю від раціональної групової психотерапії є наявність розігрування рольових ситуацій, проєктивними малюнками, читанням та обговоренням літературних творів. Велике значення має складання письмових самозвітів. Групова психотерапія спирається на використання психотерапевтичного потенціалу, закладеного у груповий динаміці, взаємодії пацієнтів групи. Це дозволяє успішно вирішувати завдання відновлення порушень системи життєвих відносин та самооцінки пацієнта [13].

На закінчення слід зазначити деякі загальні риси психотерапії хронічного алкоголізму. Як правило, всі методи психотерапії засновані на актуалізації лише одного інстинкту – самозбереження, який є далеко не єдиним у складній мотиваційно-потребовій системі особистості. Свідомо чи



несвідомо хворий повинен дійти висновку про згубність його потягу. Але в психоаналізі, наприклад, доведено, система інстинктів не вичерпується лише одним інстинктом прагнення до життя, що поряд з ним функціонує протилежний інстинкт смерті, прагнення особистості до саморуйнування. Проблема взаємодії інстинктів залишається поза увагою фахівця.

Для залежних хворих характерна анозогнозія, що потребує додаткових зусиль з боку їхнього оточення щодо мотивування на лікування. Навіть якщо залежний хворий з примусу ззовні формально починає працювати з психотерапевтом або психологом, це не означає, що він дійсно хоче і може вилікуватися.

Усі методи прямо, відкрито чи замасковано ґрунтуються на негативних емоціях та викликають їх: емоцію страху перед наслідками прогресування залежності. Але, згідно з даними психології заохочення та покарання, люди оцінюють ймовірність поганого результату як дуже низьку, у кращому разі, як 50% на 50%; емоцію огиди до п'яного способу життя; почуття провини, що часто зазнає у залежних людей зміна на діаметрально протилежне - роздратування та агресію. У той самий час, як доводиться у психології, негативні емоції є регулятором неадаптивної поведінки особистості.

Психотерапевтичні методи переважно орієнтовані на груповий варіант. Навіть у разі індивідуальної роботи методи не підбираються з урахуванням загальних та специфічних для захворювання особистісних характеристик. Як правило, набір методів не відрізняється різноманіттям - використовується лише один або два методи роботи із залежними хворими.

Практично не враховується один з найважливіших наслідків розриву особистості з об'єктом залежності - «потреба в залежності від чогось» залишається в особистості і може породити нову негативну залежність або очікування на дозвіл зустрічі зі старим бажаним об'єктом.

У практиці роботи із залежними хворими, як у жодній іншій області, широко використовуються послуги некваліфікованих осіб. Підготовка

фахівців складна та тривала, потребує створення системи супервізорства. Безперечно, всі зазначені аспекти вимагають теоретичного переосмислення та практичної перебудови роботи із залежними людьми.

Проведене дослідження та отримані в ході його результати дозволяють розробити рекомендації для клінічних психологів щодо організації психокорекційних заходів для осіб із хронічним алкоголізмом. У ході дослідження було визначено основні «мішені психотерапії», які будуть цілями психотерапевтичного на певних етапах психотерапії.

Оскільки основним завданням психотерапевтичного впливу є мотивування залежно хворого лікування. До «мішеней» специфічним для особистості, які будуть факторами формування та розвитку хронічного алкоголізму можна віднести: неадекватне ставлення до хвороби, неадаптивні копінг-стратегії, високий рівень домагань, зміна ціннісних орієнтацій. Компульсивні стани пов'язані з неадекватністю рівня домагань також будуть «мішенями» психотерапії.

До «мішеней» клінічної специфіки, які визначають причини звернення за допомогою та формують клінічно орієнтовану програму психотерапії (пом'якшення наявної симптоматики), належать: виразність тривоги та депресії. Отримані результати під час дослідження свідчать про зміну емоційної сфери, що у цьому дослідженні визначала виразність тривоги і депресії. Для роботи з даними «мішенями» психотерапії осіб із хронічним алкоголізмом використовують методи гіпнотерапії, аутогенного тренування та раціональної терапії.

Психокорекція може включати як індивідуальну, і групову форму роботи, так і тренінги. Робота клінічного психолога має бути спрямована на стабілізацію емоційного стану (зниження рівня тривоги та депресії), покращення загального самопочуття, гармонізацію внутрішньої картини хвороби, оптимізацію системи міжособистісних відносин пацієнтів, побудову конструктивної оптимістичної життєвої позиції тверезого життя.



Емоційно-стресова психотерапія, метою є - змусити людину на емоційно граничному рівні переглянути або повністю змінити ставлення до себе, свого стану та оточення.

Ще одним ефективним методом є раціональна психотерапія. Цей метод полягає у здатності людини проводити зв'язок, робити висновки, доводити ці висновки. Етапами даного методу є: пояснення та роз'яснення суті захворювання, причин його виникнення. Внаслідок цього виникає більш повна картина хвороби, що дозволяє пацієнту контролювати хворобу; переконання – корекція когнітивного, емоційного компонента ставлення до хвороби, змінюються особистісні настанови; переорієнтація полягає у досягненні стабільних змін в установках хворого, пов'язане із зміною в системі його цінностей.

Варто звернути увагу на те, що при психокорекції важливо приділяти увагу дезактуалізації алкогольних мотивувань за допомогою переорієнтації на неадиктивні форми відволікання (занурення у улюблену справу, здійснення давньої мрії тощо).

### **Висновок до розділу 1**

Адиктивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки і виражається у відході від реальності за допомогою зміни психічного стану. Тобто людина «уникає» реальності, яка її не влаштовує. Суть адиктивної поведінки полягає у прагненні змінити свій психічний стан у вигляді прийому деяких речовин чи фіксації уваги на певних предметах чи видах діяльності.

Розвиток адиктивної поведінки починається з фіксації, яка відбувається при зустрічі з впливом того, що справило на майбутнього адикта дуже сильне враження, що залишається в пам'яті і легко вилучається з неглибокої підсвідомості. Фіксація може бути пов'язана з впливом речовини, що змінює психічний стан, участю в якомусь виді активності, включаючи, наприклад, ігрову діяльність і т. д. Особливість фіксації полягає в тому, що вона тягне за



собою сильне бажання повторити пережитий змінений стан ще раз. Таке непереборне прагнення надалі повторюється дедалі частіше. Зазвичай процес розвивається таким чином, що думки про реалізацію, їх здійснення займають все більше часу, що заважає самовираженню в інших напрямках і ускладнює критичне ставлення. Під час адиктивних реалізацій адикт переживає дуже інтенсивні та приємні відчуття, які не йдуть у жодне порівняння з переживаннями, характерними для звичайного життя. «Приємність» цих станів пов'язана з ілюзіями контролю, комфорту та досконалості, що виникають у людини. Життя поза реалізацією сприймається як сіре та нецікаве.

Адиктивна поведінка характерна для людей з низькою переносимістю психологічних труднощів, що погано адаптуються до швидкої зміни життєвих обставин, що прагнуть у зв'язку з цим швидше і простіше досягти психофізіологічного комфорту. Адикція їм стає універсальним засобом втечі від реального життя.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛІЗМ

#### **2.1 Характеристика методів та психодіагностичних методик дослідження соціально-психологічних особливостей особистості з адитивною поведінкою**

Основою дослідження є квазі-експериментальний дослід. Квазі-експеримент - це емпіричне інтервенційне дослідження, що використовується для оцінки причинового впливу втручання на цільову популяцію без випадкового призначення. Квазіекспериментальне дослідження поділяється схожість із традиційним плануванням експерименту або рандомізованим контрольованим дослідженням, але в ньому зокрема відсутній елемент випадкового призначення до лікувальної групи або до контрольної групи. Натомість квазі-експериментальні плани експерименту, як правило, дозволяють досліднику керувати віднесенням до лікувальної групи по якомусь критерію, відмінному від випадкового призначення (по критерію прийнятності) [14].

З боку математичного аналізу для забезпечення нееквівалентності груп у квазіексперименті використовується критерій Шапіро-Уліка оскільки є вагомим порівняно з непараметричними критеріями, привілейованими, оскільки його властивості мають велику цінність перед широким вибором альтернативних критеріїв нормальності [16].

Дослідження проведено на базі Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. академіка О. І. Ющенка. Дослідження проводилося у період з серпня по жовтень 2022 року.

Методики дослідження були підібрані відповідно до мети та завдань емпіричного дослідження. Були використані такі методики.

# 1. Опитувальник «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса.

Ця методика була використана на вирішення завдання - виявити основні копінг-стратегії в осіб із хронічним алкоголізмом. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. Цей опитувальник вважається першою стандартною методикою в галузі вимірювання копіngu. Методика була розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкманом 1988, адаптована Т. Л. Крюкової, Є. В. Куфтяк, М. С. Замишляєвої в 2004 році.

Подолання життєвих труднощів, як визначають автори методики, є когнітивні і поведінкові зусилля індивіда, що постійно змінюються, з метою управління специфічними зовнішніми та (або) внутрішніми вимогами, які оцінюються ним як такі, що піддають його випробуванню або перевищують його ресурси. Завдання подолання негативних життєвих обставин полягає у тому, щоб або подолати труднощі, або зменшити їх негативні наслідки, або уникнути цих труднощів, або витерпіти їх. Свою поведінку можна вважати цілеспрямованою соціальною поведінкою, що дозволяє впоратися зі складною життєвою ситуацією (або стресом) способами, адекватними особистісним особливостям і ситуації, - через усвідомлені стратегії дій.

Для інтерпретації результатів Р. Лазарус пропонує користуватися 8 субшкалами:

1. Конфронтаційний копінг. Виявляється в агресивних зусиллях щодо зміни ситуації. Виражається певною мірою ворожості та готовності до ризику.
2. Дистанціювання. Когнітивні зусилля спрямовані на те, щоб відокремитися від ситуації та зменшити її значущість.
3. Самоконтроль. Стратегія самоконтролю передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення та стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення самовладання.



4. Пошук соціальної підтримки. Це стратегія передбачає спрямовувати зусилля на вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів; пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки.

5. Ухвалення відповідальності. Суб'єкт визнає свою роль у виникненні проблеми та несе відповідальність за її вирішення.

6. Втеча-уникнення. Властиво реагування на кшталт ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправдані очікування, відволікання тощо.

7. Планування вирішення проблеми. Цілеспрямований аналіз ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів

8. Позитивна переоцінка. Спроба позитивного переосмислення з фокусуванням на зростанні особистості. Також включає релігійний вимір.

Ця методика була обрана оскільки вважається першою стандартною методикою в галузі вимірювання копінгу і її ефективність підтверджено дослідженнями. Ця методика була адаптована і пройшла психометричні перевірки в нашій країні. Вибірка складалася з 600 осіб, середній вік - 25,9 років. Гомогенність ряду шкал була незадовільною. Конвергентна валідність оцінювалася по зв'язках з опитувальником CISS, і результати цієї оцінки розглядаються авторами адаптації як задовільні. Критеріальна (прагматична валідність) визначалася в порівнянні відповідей двох груп респондентів оптимістів і песимістів. Були виявлені значущі відмінності між ними: оптимісти частіше воліють вибирати проблемно-орієнтовані стратегії. Але в цілому автори адаптації прийшли до висновку про те, що психометричні перевірки мають бути продовжені [17].

2. Методика «Тип ставлення до хвороби» А. Є. Лічко.

Ця методика була використана на вирішення завдання - визначити характерний тип ставлення до хвороби в осіб із хронічним алкоголізмом.

Методика призначена для вивчення психологічних характеристик відносин особистості пацієнтів із різними захворюваннями. Дозволяє діагностувати певний тип ставлення до хвороби. Методика заснована на типології, запропонованій А. Є. Лічком та Н. Я. Івановим у 1980 році.

Існує 12 типів реагування: гармонійний, анозогнозичний, сенситивний, тривожний, іпохондричний, дисфоричний, меланхолійний, ергопатичний, неврастенічний, егоцентричний, паранояльний та апатичний.

Тест зачіпає 12 найбільш важливих, на думку автора, життєвих сфер, що відображають систему відносин особистості (ставлення до хвороби, до її лікування, лікарів та медперсоналу, рідних та близьких, оточуючих, роботи, навчання, самотності, майбутнього), а також самооцінка самопочуття, настрої, сну та апетиту.

Метод був придуманий і оформлений цілою низкою експертів, які працювали як єдиний колектив для створення ефективної методики діагностування. Створювалася методика Л. Вассерманом, А. Вуксом, Б. Іовлевим, Е. Карповою. Робота була проведена в 1987 році в НДІ ім. Бехтерева. Спочатку дана методика позиціонувалася як модель дослідження мислення, призначена для цілей і роботи психоневролога або клінічного психолога. Вона дозволяє заповнити брак досвіду у фахівців, які працюють з особистісною діагностикою. Так, методика дозволяє більш якісно працювати лікарям-інтернам. Також у багатьох клініках і лікарнях, які мають соматичну спрямованість, зручно застосовувати методику, оскільки вона проста, ефективна і не вимагає особливих пізнань для роботи. Ця методика вибрана оскільки дає можливість охопити великий набір життєвих сфер, вважається ефективною і має просте застосування.

### 3. Методика вивчення ціннісних орієнтацій М.М. Рокича

Ця методика була використана на вирішення завдання - дослідити зміст ціннісних орієнтацій та ієрархії цінностей в осіб із хронічним алкоголізмом. Система ціннісних орієнтацій визначає змістовну сторону спрямованості



особистості і становить основу її відносин до навколишнього світу, до інших людей, до себе самої, основу світогляду та ядро мотивації життєвої активності, основу життєвої концепції та «філософії життя».

Автор розрізняє два класи цінностей:

- 1) термінальні - переконання у тому, що кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути (цінності-мети);
- 2) інструментальні - переконання в тому, що той чи інший образ дій, властивість особистості є кращим у будь-якій ситуації (цінності-кошти).

Список термінальних цінностей: активне діяльне життя, життєва мудрість, здоров'я, цікава робота, краса природи та мистецтва, любов, матеріально забезпечене життя, наявність добрих та вірних друзів, громадське визнання, пізнання, продуктивне життя, розвиток, розваги, свобода, щасливе сімейне життя, щастя інших, творчість, впевненість у собі.

Список інструментальних цінностей: акуратність, вихованість, високі запити, життєрадісність, старанність, незалежність, непримиренність до недоліків у собі та інших, освіченість, відповідальність, раціоналізм, самоконтроль, сміливість у відстоюванні своєї думки, своїх поглядів, тверда воля, толерантність, широта поглядів, чесність, ефективність у справах, чуйність.

Методика полягає в прямому ранжируванні 2-х списків цінностей. Методика обрана через її переваги, а саме: універсальність, зручність і економічність у проведенні обстеження й обробці результатів, гнучкість - можливість варіювати як стимульний матеріал (списки цінностей), так і інструкції. Істотним її недоліком є вплив соціальної бажаності, можливість нещирості. Тому особливу роль у даному випадку відіграє мотивація діагностики, добровільний характер тестування і наявність контакту між психологом і випробуваним.

4. Госпітальна Шкала Тривоги та Депресії (HADS). Ця методика була використана на вирішення завдання дослідження емоційної сфери. Ця



методика була розроблена А.С. Зігмонд і Р. П. Снейт 1983 р., для скринінгу тривоги і депресії, і оцінки ступеня їх виразності, включає дві підшкали: «тривога» і «депресія» і складається з 14 тверджень, і трьох варіантів інтерпретації: норма, субклінічна депресія, клінічна депресія, кожен пункт включає один із типових симптомів тривоги, депресії.

Метод обрано через його переваги які полягають в простоті застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта), що дозволяє рекомендувати її до використання в загальносоматичної практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу). Опитувальник має високу дискримінантної валідністю щодо двох розладів: тривоги і депресії. Метод оцінки має міжнародне поширення, використовується лікарями і фахівцями в більш ніж ста країнах світу.

5. Методика вивчення самооцінки Дембо-Рубінштейн в модифікації О. Т. Соколової.

Ця методика була використана для вирішення задачі – оцінити рівень самооцінки в осіб із хронічним алкоголізмом. Т. Дембо, співробітниця Курта Левіна, запропонувала використати цю методику на дослідження уявлення про щастя. Потім, С. Я. Рубінштейн, модифікувала методику Т. Дембо на дослідження самооцінки, розширивши її до 4-х шкал: здоров'я, розум, характер, щастя.

Методика призначена для психологічної діагностики стану самооцінки за такими параметрами: висота самооцінки (фон настрою), стійкість самооцінки (емоційна стійкість), ступінь реалістичності та адекватності самооцінки (при її підвищенні), ступінь критичності, вимогливості до себе (при зниженні самооцінки), суперечливість або несуперечність показників самооцінки, наявність та характер компенсаторних механізмів, що беруть участь у формуванні «Я-концепції».

На аркуші паперу зображено п'ять шкал. Кожна шкала має два полюси, нагорі – максимум, унизу – мінімум. Наприклад, умовно на верхньому полюсі знаходиться найщасливіша людина у світі, внизу найнещасніша, а між ними – всі інші люди. Випробовуваний повинен перекреслити шкалу у тому місці, де він зараз перебуває і як бачить розвиток у себе цієї характеристики у майбутньому.

У цій модифікації крім чотирьох шкал (здоров'я, розум, характер, щастя) використовується ще одна додаткова шкала. Випробуваному пропонується вибрати характеристику, яку він хоче оцінити в порівнянні з іншими людьми. Її перевага полягає саме в універсальності. Справа в тому, що крім чотирьох основних шкал дослідник, як і досліджуваний, може додати будь-яку шкалу оцінки.

## **2.2 Обґрунтування вибірки та етапів дослідження**

В емпіричному дослідженні прийняли участь дві групи респондентів, у кожній групі по 30 осіб. Першу групу (експериментальна група) - становили чоловіки, які страждають на хронічний алкоголізм у віці від 33 до 55 років (середній вік 41,8). Медичний діагноз підтверджено оскільки група набиралась серед пацієнтів Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. акад. О. І. Ющенко

Другу групу (контрольну групу) склали відносно здорові респонденти, які не мають виражених ознак адиктивної поведінки. Віковий склад було зрівняно по відношенню до основної групи. До цієї групи увійшли чоловіки віком від 35 до 51 року (середній вік 43,6). Група збиралась здебільшого поміж випадкових бажаючих прийняти участь у експерименті. Кандидати допускалась до опитування якщо на їх же власну думку вони не мають адиктивної поведінки.

Мета даної роботи полягала у дослідженні соціально-психологічні особливості особистості з адиктивною поведінкою (на прикладі алкогольної залежності). Для досягнення поставленої мети були розроблені завдання.

1. Розглянути сучасні дослідження у психології адиктивної поведінки.
2. Вивчити психологічні особливості особистості, що сприяють розвитку залежної поведінки.
3. Проаналізувати психологічну картину людей з алкогольною адикцією.
4. Провести дослідження соціально-психологічних детермінант алкоголізму.
5. Розглянути прийоми та методи боротьби з алкогольною адикцією.
6. Розробити довготривалий курс психологічної підтримки при алкоголізмі.

## **Висновок до розділу 2**

У розділі було описано дизайн емпіричного дослідження спрямованого на виявлення соціально-психологічних особливостей людей з адиктивною поведінкою на прикладі алкоголізму. Вибрано та обґрунтовано методики для проведення емпіричного дослідження та збору даних.

Вибрано метод математичної статистики для аналізу нормальності розподілу даних у контрольній та експериментальній групах.

Визначено кількість респондентів, розмір групи та критерії відбору учасників. Сформовані завдання для аналізу.



## РОЗДІЛ 3

### АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

#### 3.1 Аналіз даних дослідження психологічних особливостей особистості з адиктивною поведінкою

Для вирішення поставлених завдань розглянемо емоційну рису в експериментальній групі, через наявність симптомів тривоги і депресії. Результати наочно представлені на рисунку 3.1.

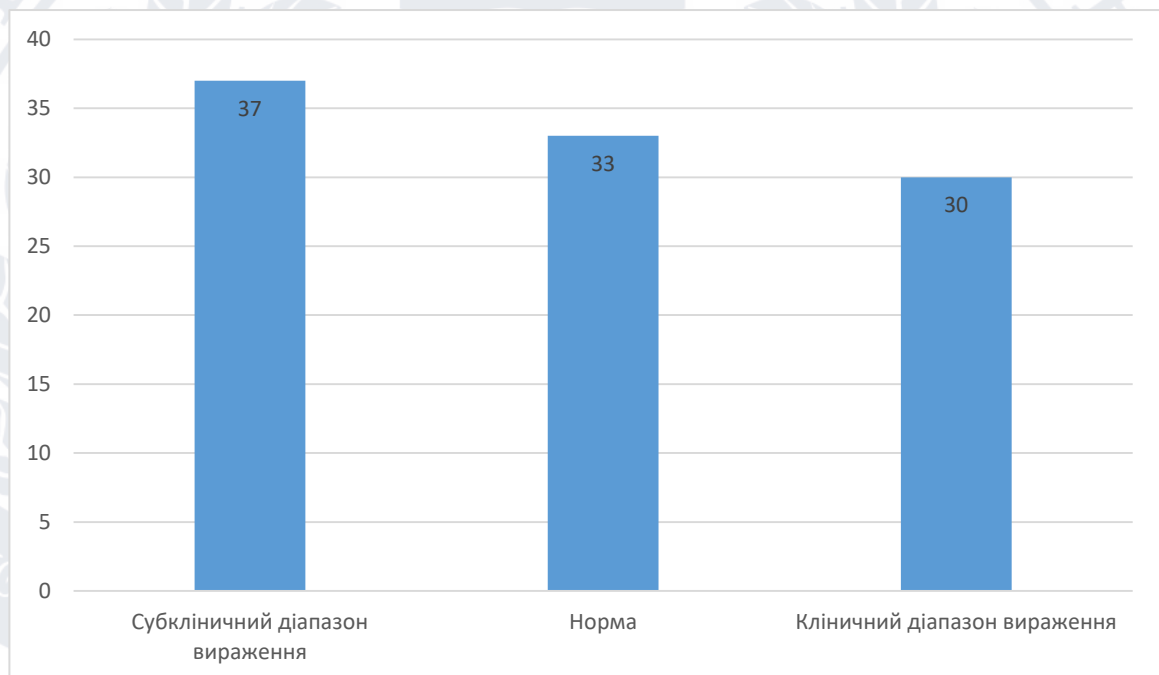


Рис. 3.1 Виразність тривоги в експериментальній групі

Результати дослідження за методикою госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) в експериментальній групі за шкалою «тривога»: клінічний діапазон виражений у 30% випробуваних, субклінічний діапазон виражений у 37%, норму склали 33% випробуваних; у контрольної групи норма у 100% респондентів.

Результати дослідження за методикою госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) в експериментальній групі за шкалою «Депресія»: клінічний діапазон виражений у 10% випробуваних, субклінічний діапазон виражений у

17%, норму склали 75% респондентів; у контрольній групі норма 100%.  
Результати наочно представлені на рисунку 3.2.

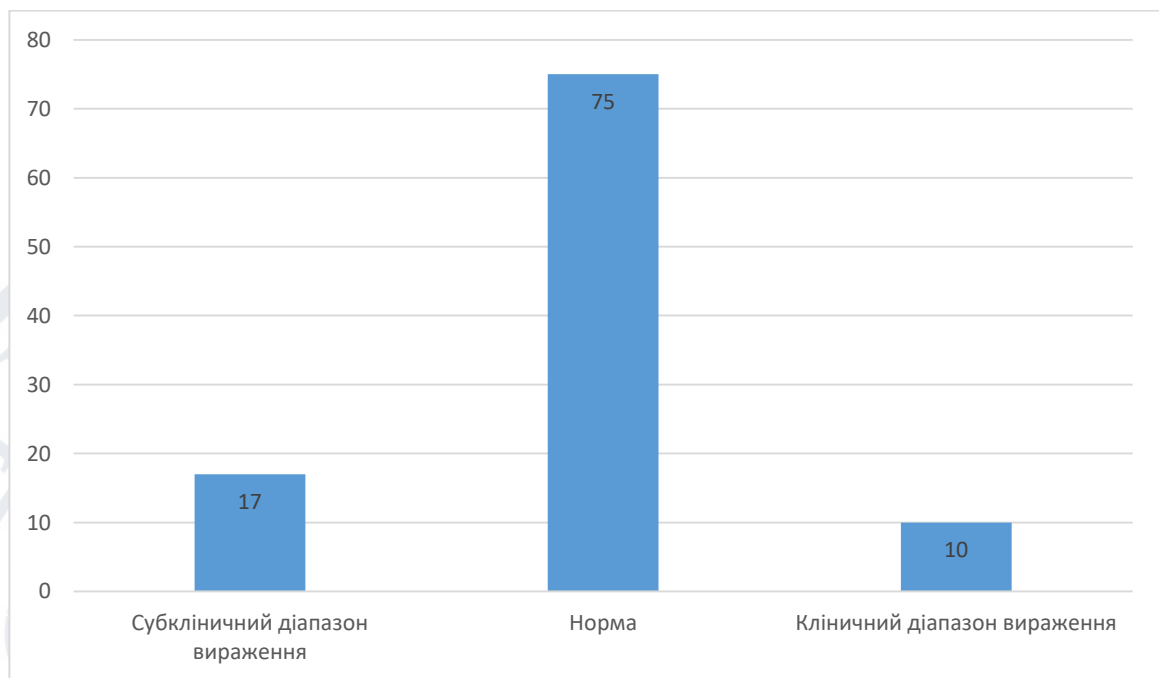


Рис. 3.2 Виразність депресії в експериментальній групі

Наступним етапом емпіричного дослідження стало з'ясування стану мотиваційної сфери особистості в експериментальній групі, через виразність стратегій подолання. Результати дослідження по методиці «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса свідчать про те, що в експериментальній групі за шкалою «конфронтаційний копінг»: виражене використання стратегії у 73% випробуваних, помірне у 23%, рідкісне у 4% респондентів.

За шкалою «дистанціювання»: виражене використання стратегії у 47%, помірне у 53%, рідкісне у 0%.

За шкалою «самоконтроль»: виражене використання стратегії у 3%, помірне у 60%, рідкісне у 37%.

За шкалою «пошук соціальної підтримки» виражене використання стратегії у 10%, помірне у 80%, рідкісне у 10%.

За шкалою «прийняття відповідальності»: виражене використання стратегії у 53%, помірне 40%, рідкісне у 7%.

За шкалою «втеча-уникнення»: виражене використання стратегії у 47%, помірне у 53%, рідкісне у 0%.

По шкалі «планування вирішення проблеми»: виражене використання стратегії у 33%, помірне у 63%, рідкісне у 4%.

За шкалою «позитивна переоцінка»: виражене використання стратегії 77%, помірне 23%, рідкісне 0%.

Результати наочно представлені на рисунку 3.3.

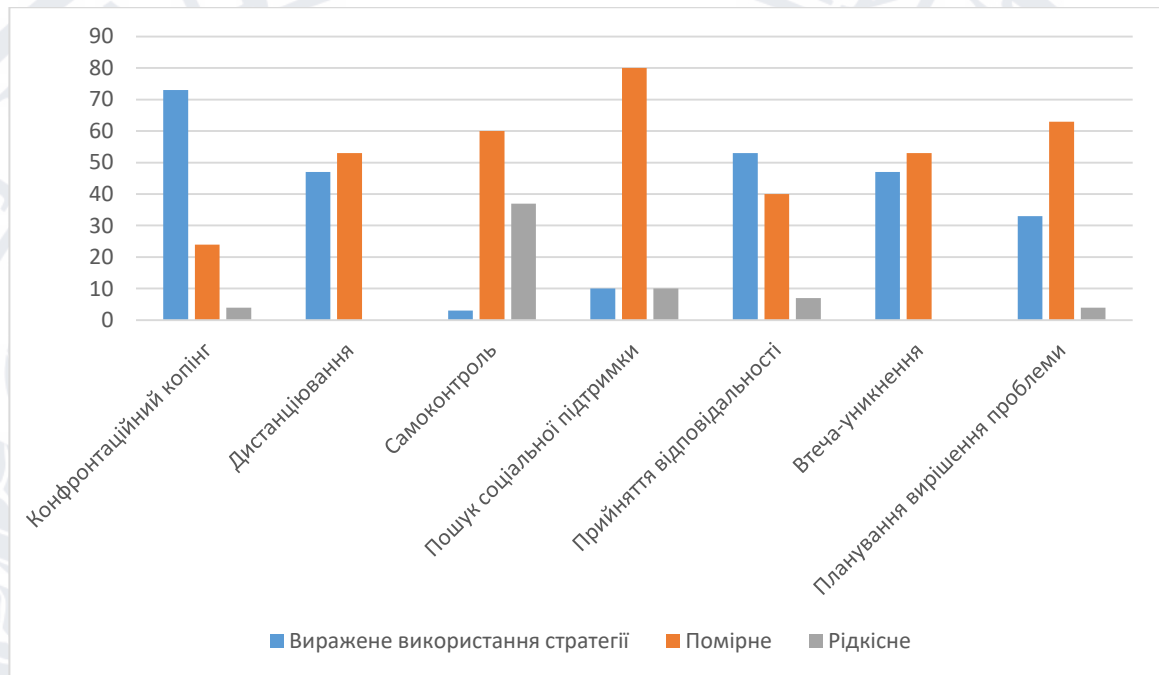


Рис. 3.3 «Копінг-стратегії» у осіб з хронічним алкоголізмом

Результати дослідження за методикою «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса у контрольної групи були наступні. За шкалою «конфронтаційний копінг»: виражене використання стратегії у 7%, помірне у 86%, рідкісне у 7% респондентів.

За шкалою «дистанціювання»: виражене використання стратегії 0%, помірне 86%, рідкісне 14%.

За шкалою «самоконтроль»: виражене використання стратегії 0%, помірне 93%, рідкісне 7%.

За шкалою «пошук соціальної підтримки»: виражене використання стратегії у 4%, помірне у 60%, рідкісне у 36%.



За шкалою «прийняття відповідальності»: виражене використання стратегії у 13%, помірне 74%, рідкісне у 13%.

За шкалою «втеча-уникнення»: виражене використання стратегії у 6%, помірне у 84%, рідкісне у 10%.

По шкалі «планування вирішення проблеми»: виражене використання стратегії у 0%, помірне у 77%, рідкісне у 23%.

За шкалою «позитивна переоцінка»: виражене використання стратегії 0%, помірне 100%, рідкісне 0%.

Результати наочно представлені на рисунку 3.4.

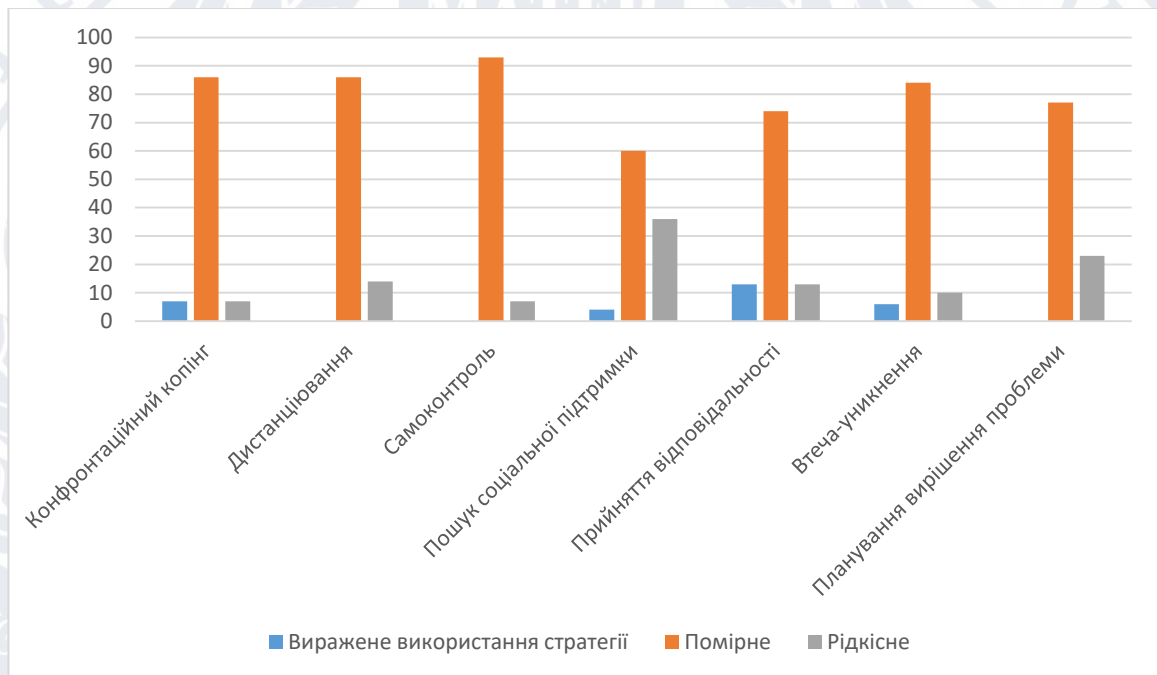


Рис. 3.4 «Копінг-стратегії» у контрольній групі

На наступному етапі емпіричного дослідження було розглянуто мотиваційну сферу особистості в експериментальній групі, через визначення рівня самооцінки та рівня домагань.

Результати дослідження за методикою вивчення самооцінки за Дембо-Рубінштейном в модифікації О. Т. Соколової в експериментальній групі склали за шкалою «самооцінка»: адекватна самооцінка у 60%, завищена самооцінка у 27%, занижена самооцінка у 13%.

У контрольній групі рівень самооцінки наступний: адекватна самооцінка у 93%, завищена самооцінка відсутня (0%), занижена самооцінка у 7%.

Результати дослідження за методикою вивчення самооцінки за Дембо-Рубінштейном в модифікації О. Т. Соколової в експериментальній групі склали за шкалою «рівня домагань»: адекватний рівень домагань у 6%, низький рівень домагань у 27%, високий рівень домагань у 67%.

У контрольній групі рівень домагань був наступний: адекватний рівень домагань у 93%, низький рівень домагань у 7%, високий рівень домагань у 0%, тобто відсутній.

Результати дослідження за методикою «Тип ставлення до хвороби» за А. Лічко в експериментальній групі показали, що переважним типом ставлення до хвороби у осіб із хронічним алкоголізмом є сенситивний тип у 57%, ергопатичний тип ставлення до хвороби у 30% респондентів, анозогнозичний тип ставлення до хвороби у 10% та неврастенічний тип ставлення до хвороби у 3% респондентів.

В порівнянні з експериментальною групою у контрольній групі переважним типом ставлення до хвороби є гармонійний - 60% респондентів, змішаний тип у 27% та анозогнозичний тип у 13% опитаних.

Результати наочно представлені на рисунку 3.5.

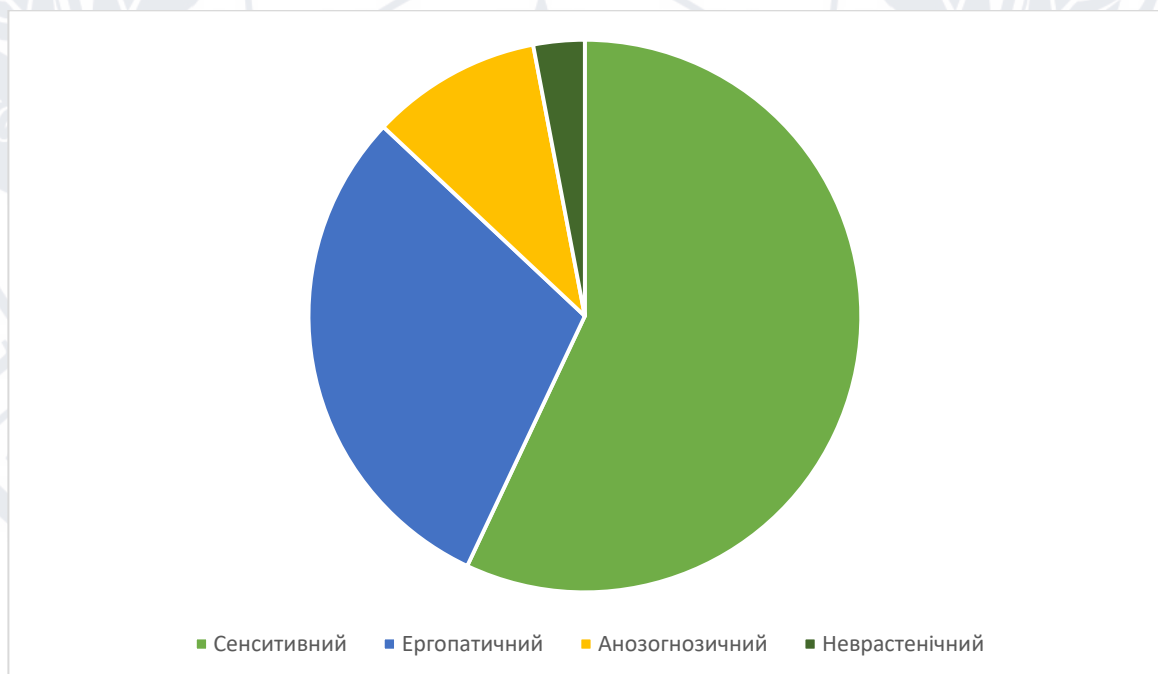


Рис. 3.5 Тип ставлення до хвороби в експериментальній групі

### **3.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження за допомогою методів математичної статистики**

Задля виявлення відмінностей психологічних особливостей внутрішньої картини хвороби в експериментальній групі та контрольній групі. Для досягнення мети було поставлено такі завдання.

1. Перевірка на нормальність розподілу для подальшого статистичного аналізу (параметричні чи непараметричні методи).

2. Виявити відмінність в емоційній сфері особистості в експериментальній та контрольній групі за критеріями «тривога» та «депресія».

3. Виявити відмінності у стратегії додання, які проявляються в експериментальній та контрольній групі;

4. Виявити відмінності самооцінки та рівня домагань, які проявляються в експериментальній та контрольній групі;

5. Виявити відмінності у ціннісних орієнтаціях, що виявляються в експериментальній та контрольній групі;

6. Виявити відмінності у переважаючих типах ставлення до хвороби, що проявляються в експериментальній та контрольній групах.

Перевірка на нормальність розподілу в експериментальній групі і в контрольній групі по Шапіро - Уїлка показала, що більшість шкал, а саме 41 з 48 не відповідають нормальному закону розподілу, про це свідчать показники, значення яких менше, ніж критичне (теоретичне) значення  $p=0,05$ . Окрім шкали «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «прийняття відповідальності» за методикою «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса. Також шкали: «наявність добрих і вірних друзів», «суспільне визнання», «пізнання», «розвиток» за методикою вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича (Додаток А, таблиця А1).

Перевірка на нормальність розподілу в контрольній групі Шапіро - Уїлка показала, що більшість шкал, а саме 35 з 48 не відповідають нормальному



закону розподілу, це показують показники, значенні яких менше, ніж критичне (теоретичне) значення  $p=0,05$ . Окрім шкали «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «прийняття відповідальності», «планування вирішення проблеми» за методикою «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса.

За методикою вивчення ціннісних орієнтацій М.М. Рокича шкали: «цікава робота», «краса природи та мистецтва», наявність хороших і вірних друзів, громадське покликання, «продуктивне життя» як термінальні цінності. Виконавчість, «освіченість», «відповідальність», «чутливість» як інструментальні цінності (Додаток А, таблиця А2).

Перевірка на нормальність розподілу в експериментальній групі Шапіро-Уїлка показала, що більшість шкал, а саме 26 з 48 не відповідають нормальному закону розподілу, це показують показники, значення яких менше, ніж критичне (теоретичне) значення  $p=0,05$ . Крім шкали тривоги та депресія за методикою «госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS).

За методикою «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса шкали: «конфронтаційний копінг», «дистанціювання», «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «втеча-уникнення». За результатами методики ціннісних орієнтацій М. Рокича шкали: «позитивна переоцінка», «матеріально забезпечене життя», «наявність хороших і вірних друзів», «громадське покликання», «пізнання», «розвиток», «розваги» як термінальні цінності. «Виконавчість», «незалежність», «відповідальність», «раціоналізм», «самоконтроль», «тверда воля», «терпимість», «широта поглядів», «ефективність у справах» як інструментальні цінності (Додаток А, таблиця А3).

Порівнюючи значення показників помилок по асиметрії та ексцесу у двох групах, є більше, ніж асиметрія та ексцес;  $AS_{\text{ош}} > AS$ ,  $EK_{\text{Сош}} > EK_C$ , що підтверджує гіпотезу про ненормальність розподілу. Винятки склали шкали «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «прийняття відповідальності» у методиці «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса. Також шкали: «наявність добрих і

вірних друзів», «суспільне визнання», «пізнання», «розвиток» за методикою вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокіча (Додаток А, Таблиця А4).

Порівнюючи значення показників помилок по асиметрії та ексцесу в контрольній групі, все є більше, ніж асиметрія та ексцес;  $AS_{\text{ош}} > AS$ ,  $EK_{\text{ош}} > EK$ , що підтверджує гіпотезу про ненормальність розподілу (Додаток А, Таблиця А5).

Порівнюючи значення показників помилок по асиметрії та ексцесу в експериментальній групі, є більше, ніж асиметрія та ексцес;  $AS_{\text{ош}} > AS$ ,  $EK_{\text{ош}} > EK$ , що підтверджує гіпотезу про ненормальність розподілу (Додаток А, Таблиця А6).

Таким чином, при порівнянні експериментальної групи та контрольної групи у наступному статистичному аналізі використовуватиметься непараметричний критерій Манна-Уїтні.

На наступному етапі аналізу результатів емпіричного дослідження було проведено порівняльний аналіз емоціональної сфери особистості у експериментальній і контрольній групах за критеріями «тривога» і «депресія». Результати графічно представлені на рисунку 3.6.

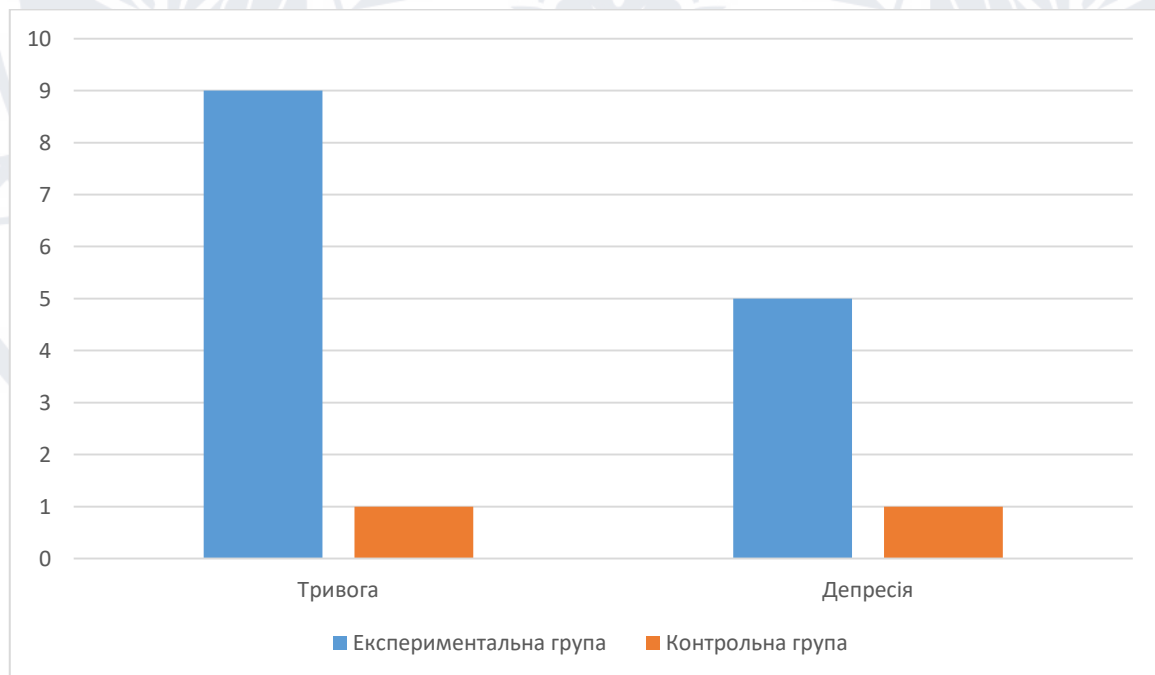


Рис. 3.6. Порівняння медіан «тривоги» та «депресії» контрольної та експериментальної груп

На рисунку 3.6 можна побачити відмінності показників медіани за показниками «тривоги» та «депресії» у двох груп, отримані результати суттєво відрізняються.

Аналіз результатів тривоги та депресії за допомогою критерія Манна-Уїтні показав, що зазначені критерії значимі лише на рівні  $p < ,05000$ .

Рвень значущості тривоги ( $,0$ ) і депресії ( $,000004$ ) менший за рівень значущості  $p < ,05000$ , тобто достовірно значущі.

Таким чином, можна стверджувати, що тривога та депресія у контрольній групі та в експериментальній групі мають достовірно значущі відмінності за критеріями «тривога» та «депресія».

На наступному етапі аналізу результатів емпіричного дослідження були проаналізовані наявність чи відсутність відмінностей в стратегіях подолання, які наявні в експериментальній і контрольній групах. Наочно результати представлені на рисунку 3.7.

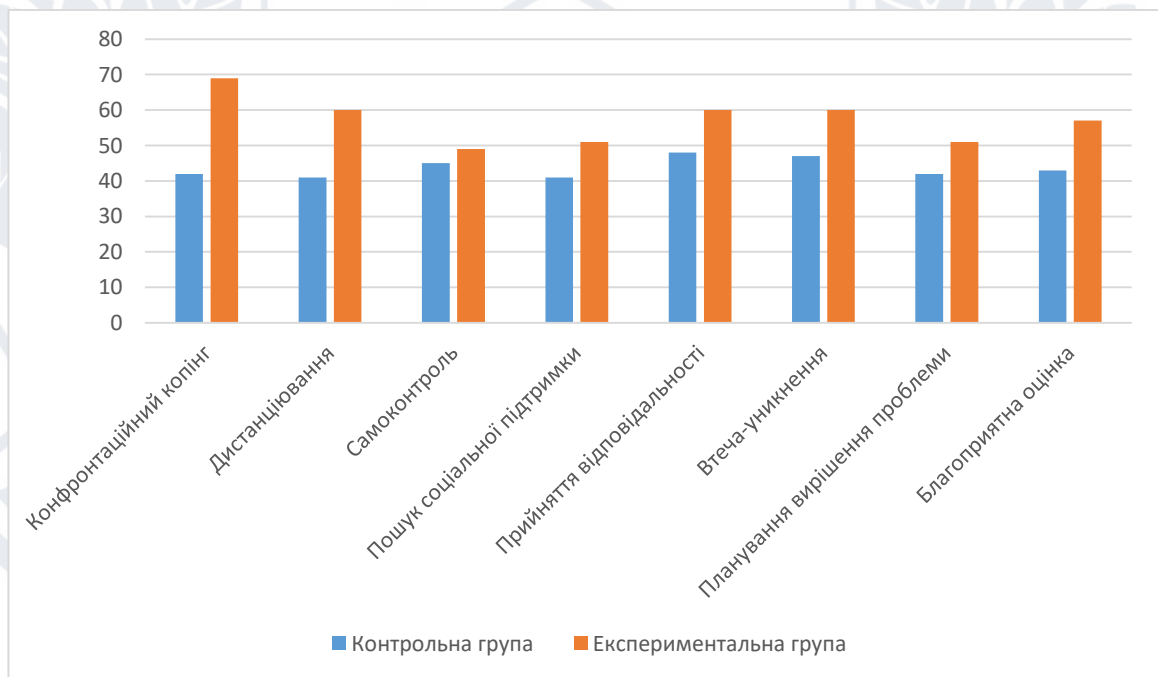


Рис. 3.7 Порівняльний аналіз медіан «копінг-стратегій» контрольної та експериментальної груп



На даній гістограмі можна бачити відмінності показників медіани за показниками конфронтаційного копінгу, дистанціювання, самоконтролю, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивну переоцінку у двох груп, дані показники відрізняються у двох групах.

По даним таблиці 3.1 можна сказати, що рівень значимості копінг-стратегії «самоконтроль» (0,3), цей рівень статистичної тенденції. Рівень значимості змінних як: «конфронтаційний копінг», «дистанціювання», «пошук соціальної підтримки», «прийняття відповідальності», «втеча-уникнення», «планування вирішення проблеми», «позитивна переоцінка», менше рівня значущості  $p < ,05000$ , тобто достовірно значуще.

Таблиця 3.1 - «Всі групи" U критерій Манна-Уїтні. За змінними «конфронтаційний копінг», «дистанціювання», «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «прийняття відповідальності», «втеча-уникнення», «планування вирішення проблеми», «позитивна переоцінка». Зазначені критерії значимі лише на рівні  $p < ,05000$

	Сум и. ранг	Сум и. ранг	U	Z	P- рівні в.	Z	P- ріве нь	N	N	2-х стор
Конфронтаційний копінг	1280 ,500	549, 5000	84,50 00	5,39 631 5	0,000 000	5,40 1195	0,00 0000	30	30	0,0000 00
Дистанціювання	1256 ,500	573, 5000	108,5 000	5,04 1489	0,000 000	5,05 238 0	0,00 0000	30	30	0,0000 00
Самоконтроль	984, 500	845, 5000	380,5 000	1,02 012 5	0,307 670	1,02 1645	0,30 6950	30	30	0,3065 76
Пошук соціальної підтримайкі	1112 ,500	717, 5000	252,5 000	2,91 253 2	0,003 585	2,91 7603	0,00 3528	30	30	0,0030 35
Прийняття відповідальності	1211 ,500	618, 5000	153,5 000	4,37 619 0	0,000 012	4,38 057 4	0,00 0012	30	30	0,0000 04
Втеча- уникнення	1214 ,500	615, 5000	150,5 000	4,42 0543	0,000 010	4,42 8363	0,00 0009	30	30	0,0000 03
Планування вирішення проблеми	1171 ,500	658, 5000	193,5 000	3,78 481 3	0,000 154	3,79 1191	0,00 0150	30	30	0,0000 89

Позитивна переоцінка	1270 ,500	559, 5000	94,50 00	5,24 8471	0,000 000	5,26 399 8	0,00 0000	30	30	0,0000 00
-------------------------	--------------	--------------	-------------	--------------	--------------	------------------	--------------	----	----	--------------

Таким чином, можна стверджувати, що такі копінг – стратегії як: конфронтаційний копінг, дистанціювання, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка у контрольній та експериментальній групі мають відмінності.

Наступним етапом емпіричного дослідження потрібно виявити рівні самооцінки і рівні домагань, які виявляються в експериментальній і контрольній групі.

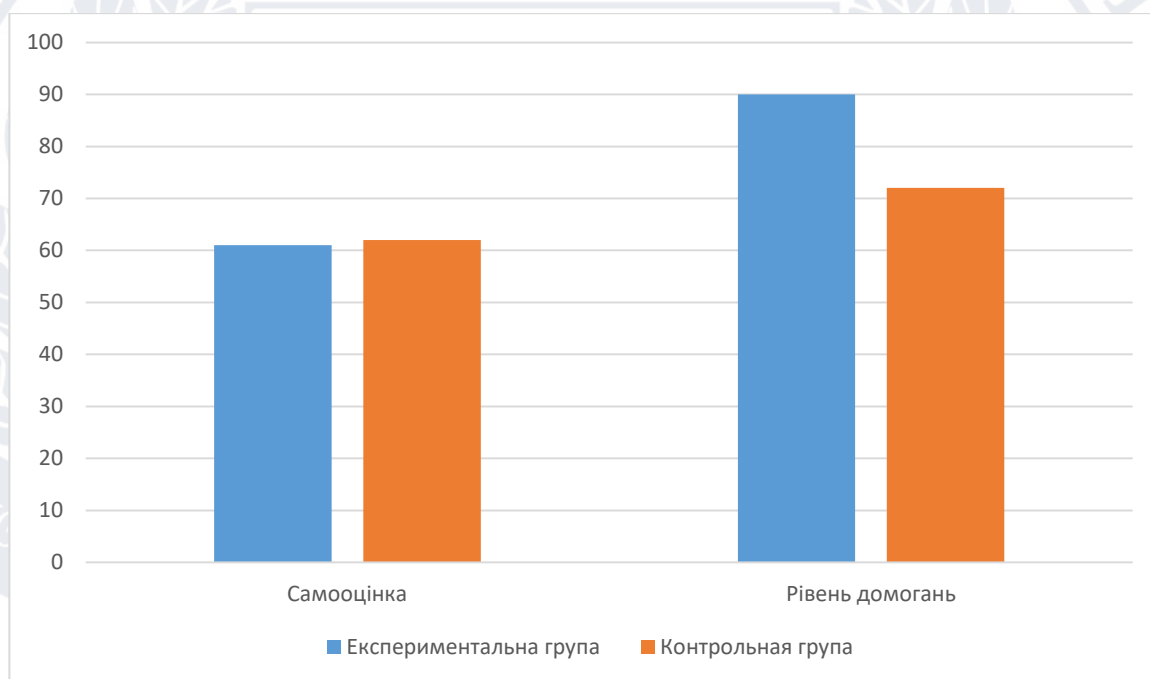


Рис. 3.8 Порівняння медіан самооцінки та рівня домагань в експериментальній та контрольній групах

На даній гістограмі можна побачити відмінності показників медіани за показниками самооцінка та рівень домагань.

Таблиця 3.2 - «Всі групи» критерій Манна-Уїтні. За змінними «самооцінка», «рівень домагань». Зазначені критерії значимі лише на рівні  $p < 0,05000$

	Сум.р анг	Сум.р анг	U	Z	Р- рівні в.	Z	Р- ріве нь	N	N	2-х стор
У рівень самооцінки	951,00 0	879,0 0 00	414,0 000	0,524 847	0,599 690	0,525 732	0,59 907 5	30	30	0,60 220 4
У рівень домагань	1074,5 00	755,5 0 00	290,5 000	2,350 724	0,018 738	2,353 177	0,01 861 4	30	30	0,01 758 8

За результатами цієї таблиці можна побачити, що рівень значущості рівня самооцінки (0,5), це рівень статистичної тенденції. Рівень значущості рівня домагань менший за рівень значущості  $p < 0,05000$ , тобто достовірно значуще.

Висновок: таким чином, можна стверджувати, що рівень домагань у контрольній групі та експериментальній групі має різницю.

Для реалізації поставленої мети необхідно виявити різницю в ціннісних орієнтаціях, які виявляються в експериментальній і контрольній групах.



Таблиця 3.3- Рангова структура термінальних цінностей в досліджуваних групах

Ранг	Експериментальна група (N = 30)	Ранг	Контрольна група (N = 30)
1	Активне діяльне життя	1	Здоров'я
2	Здоров'я	2	Частина сімейна життя
3	Матеріально забезпечене життя	3	Активне діяльне життя
4	Цікава робота	4	Цікава робота
5	Щасливе сімейне життя	5	Матеріально забезпечене життя
6	Наявність гарний їх і вірних друзів	6	Життєва мудрість
7	Продуктивне життя	7	Любов
8	Красота природи та мистецтва	8	Красота природи та мистецтва
9	Громадське визнання	9	Наявність гарний їх і вірних друзів
10	Любов	10	Громадське визнання
11	Пізнання	11	Пізнання
12	Розваги	12	Продуктивне життя
13	З вода (самостійність)	13	Впевненість в собі
14	Розвиток (робота над собою)	14	Розвиток (робота над собою)
15	Життєва мудрість	15	Розваги
16	Щастя інших	16	З вода (самостійність)
17	Творчість	17	Щастя інших
18	Впевненість в собі	18	Творчість

Таблиця 3.4 – Рангова структура інструментальних цінностей у досліджуваних групах

Ранг	Експериментальна група (N = 30)	Ранг	Контрольна група (N = 30)
1	Обережність	1	Терпимість
2	Радість життя (почуття мору)	2	Чесність
3	Високі запити	3	Раціоналізм
4	У вихованість (хороші манери)	4	Незалежність
5	Про освіту	5	Про освіту
6	Неприйнятність до недоліків	6	Ефективність у справах
7	Сповненість	7	Сповненість
8	Незалежність	8	Вихованість (хороші манери)
9	Про відповідальність	9	Про відповідальність
10	Терпимість	10	Обережність
11	Ефективність у справах	11	Сміливість у відстоюванні думки
12	Раціоналізм	12	Чуйність (дбайливість)
13	Самоконтроль (самодисципліна)	13	Самоконтроль (самодисципліна)
14	Широта поглядів	14	Тверда воля
15	Чесність	15	Неприйнятність до недоліків
16	Тверда воля	16	Широта поглядів
17	Сміливість у відстоюванні думки	17	Радість життя (почуття гумору)
18	Чуйність (дбайливість)	18	Високі запити

Дані дослідження з методики вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича (див. додаток Б).

У результат дослідження виявлені значні розбіжності у структурі та функціях термінальних і інструментальних цінностей у випробуваних основної і контрольної груп. Експериментальна група серед термінальних

цінностей вважають найважливішими: активне діяльне життя, здоров'я, матеріальне забезпечення життя, цікава робота, щасливе сімейне життя, наявність добрих та вірних друзів. У той час, як контрольна група на перші позиції ставить: здоров'я, щасливе сімейне життя, активне діяльне життя, матеріальне забезпечення життя, життєва мудрість, цікава робота.

Серед двох груп немає відмінностей у рангах наступних цінностей: цікава робота (0,9), краса природи та мистецтва (0,1), пізнання (0,2), розвиток (0,1). Ці змінні мають рівень статистичної тенденції, тобто, значення не є меншими за рівень значущості  $p < 0,05000$ .

На перші місця експериментальна група ставить: акуратність, життєрадісність (почуття гумору), високі запити, вихованість (хороші манери), освіченість та непримиренність до недоліків. Контрольна група на перші позиції ставить: толерантність, чесність, раціоналізм, незалежність, освіченість, ефективність у справах. Такі змінні як: вихованість (0,4), старанність (0,2), непримиренність до недоліків у собі та інших (0,054), освіченість (0,2), самоконтроль (0,3), сміливість у відстоюваннях своєї думки (0,6), тверда воля (0,2), широта поглядів (0,08), чуйність (0,4). Ці змінні мають рівень статистичної тенденції, тобто, значення не є меншими за рівень значущості  $p < 0,05000$ .

В рамках даного дослідження було визначено типи ставлення до хвороби, які виявляються в експериментальній і контрольній групах.

Аналіз відповідностей провідного типу ставлення до хвороби показав загальний  $\chi^2$ -квадрат = 53,1429 при рівні  $p = 0,000$ . Рівень значущості  $p < 0,05000$ , це означає, що відмінності у контрольній групі та експериментальній групі є достовірними (Додаток В).

Для сенситивного типу властиво: підвищена ранимість, занепокоєння щодо поганих вражень, які можуть справити на оточення відомості про хворобу. Занепокоєння, що близькі чи знайомі жалкуватимуть, вважатимуть неповноцінним, зневажатимуть, розпускать плітки, чутки про причини



розвитку хвороби, крайніх випадках ігнорувати хворого. Страх перетворитися на тягар для родичів через хворобу. Лабільність настрою у зв'язку з міжособистісними контактами.

Для ергопатичного типу («ухиляння від хвороби в роботу») властиво: надмірно відповідальне, одержиме ставлення до роботи. Іноді виявляється більшою мірою, ніж до хвороби. Бажання продовжувати працювати, зумовлює вибірковий підхід до наданого лікування. Такі люди прагнуть зберегти свій професійний статус, становище серед колег, можливість активно продовжувати працювати.

При анозогнозичному типі ставлення до хвороби характерно: активніше відкидання думки про хворобу, про можливі її наслідки, нерідко повне заперечення захворювання. Часто зустрічається відмова від лікарського обстеження та лікування, аргументують тим, що «з труднощами впораються самі і все обійдеться». Ейфоричний варіант цього типу - підвищеність настрою, байдуже ставлення до лікування, хвороби. Прагнуть продовжувати отримувати від життя все, що й до хвороби.

Для неврастенічного типу («дратівлива слабкість») властиво: спалах подразнення, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування. Невміння та небажання терпіти біль при перебігу хвороби чи лікуванні. Після всіх спалахів роздратування, настає період «каяття», вибачаються за свої слова та вчинки.

У контрольної групи переважним типом ставлення до хвороби є гармонійний у 60%, змішаний тип у 27% та анозогнозичний тип у 13%.

Для гармонійного типу ставлення до хвороби властиво: критична оцінка свого життєвого стану. Допомога лікувальному персоналу в успішному лікуванні. При несприятливих наслідках хвороби, адекватне ставлення до ситуації, діяльність фокусують за допомогою близьких та своїх звичних справах.

Таким чином, відмінності у провідному типі ставлення до хвороби між двома групами, що досліджуються, присутні. Результати дослідження показали, що переважним типом ставлення до хвороби в експериментальній групі є сенситивний тип у 57%, ергопатичний у 30%, анозогнозичний у 10% та неврастенічний тип у 3%.

### **3.3 Психокорекційна програма підтримки при алкоголізмі**

Психокорекційна програма дозволяє ефективно здійснювати психокорекційні заходи на ранніх етапах лікування алкогольної залежності та створює основу для подальшої реадаптації клієнтів. Програма розроблена на основі наступних принципів.

1. Розуміння алкогольної залежності як етіологічно складного, мультифакторного захворювання;
2. Необхідність психотерапевтичних впливів на процеси залежності від алкоголю як на рівні індивідуальних властивостей, так і на рівні соціального функціонування пацієнтів;
3. Робота як із усвідомлюваними пацієнтами дезадаптивними індивідуально-психологічними властивостями, і з неусвідомлюваними механізмами патологічного функціонування особистісної сфери, що досягається об'єднанням у рамках психотерапевтичного курсу методів, які сприяють зміні поведінки та розширенню сфери усвідомлення;
4. Уявлення про динамічні та індивідуально-специфічні мішені психотерапії та відповідна організація психотерапевтичних впливів.

Програма тривалістю 6-7 тижні розрахована на проведення занять зі стаціонарованими пацієнтами 3-4 рази на тиждень, заздалегідь в установленний певний час. Необхідно формувати групи на основі добровільного бажання хворих брати участь у психотерапевтичній роботі. За наявності такого бажання перешкодою для включення хворого до групи може бути наявність протипоказань до застосування медичної технології.

Рекомендована кількість пацієнтів у кожній психотерапевтичній групі – 7-12 осіб. Групи ведуться разом з лікарем психіатром-наркологом та клінічним психологом.

Завдання, які вирішуються у процесі ведення даних короткострокових груп: - створення у пацієнта мотивації ведення тверезого життя;

- виявлення зв'язку між психоемоційною напругою та поведінкою, що призводить до випивки;

- вироблення навичок психологічної саморегуляції.

Структура програми може бути представлена наступним чином:

I заняття - знайомство, входження в контакт, визначення цілей та завдань групи, групових і правил.

II заняття - визначення проблем, що стоять перед пацієнтами, причин їх перебування у наркологічному стаціонарі.

III заняття – інформаційне: патофізіологічні механізми формування залежності від алкоголю, формування «образу розвитку захворювання та його наслідків».

IV заняття – «анозогнозичне»: подолання групового опору та індивідуальних механізмів психологічного захисту в визнанні хвороби.

V, VI, VII, VIII заняття – власне психотерапевтичні.

На першому та другому заняттях реалізується перша фаза групової динаміки, що включає ініціюючий контакт, згуртування та приєднання.

У цій фазі група працює як з елементами актуального стану («тут і зараз»), і з минулим алкогольним досвідом («там і тоді»). В процесі «промовляння» пацієнтами проблем, що стоять перед ними, та суб'єктивно причинної госпіталізації відтворюються в деталях алкогольні ексцеси, що дозволяє виявити клінічні ознаки алкогольної залежності. У міру відтворення пацієнтами минулого алкогольного досвіду проявляється зв'язок окремих алкогольних ексцесів між собою, що викликає у пацієнтів посилення механізмів психологічного захисту. Таким чином, перша фаза групової



динаміки закінчується, і відбувається перехід у другу фазу, яка реалізується на третьому та четвертому заняттях.

Друга фаза - фаза конфронтації, яка неминуха і виявляє як механізми групового опору, так і індивідуальні механізми психологічного захисту, що лежать в основі алкогольної анозогнозії. У цій фазі група спочатку отримує від одного з провідних лікарів психіатра-нарколога, який займає директивну позицію з елементами ролі «експерта», чітко та доступно викладений матеріал з патофізіологічних механізмів формування залежності від алкоголю, надає ілюстровані приклади з недавніх оповідань самих пацієнтів (третє заняття), тим самим отримуючи «їжу для роздумів» та «масло у вогонь» групової дискусії (четверте заняття).

Мета застосування подібного роду тактики - домогтися в потрібний момент виникнення у групі з боку пацієнтів однорідної форми психологічного опору, щоб надалі щодо одночасно вивести пацієнтів у зону можливих психотерапевтичних змін.

Звертаємо увагу на те, що винятково важливим з погляду окремих етапів групової динаміки та успішності групової сесії в загалом, є те, як ведучим-експертом, лікарем-психіатром-наркологом подано цей інформаційний матеріал. Перед першою груповою сесією стоїть підготувати такий лекційний матеріал заздалегідь, розраховуючи на 45-60 хвилин.

1. Визначення поняття «алкоголь» – що стосується алкогольних напоїв.
2. Фізіологічні та біохімічні процеси в організмі здорової людини під час одноразового вживання алкоголю.
3. Механізми формування алкогольної залежності – патофізіологічні зміни в організмі в результаті систематичного вживання алкоголю. Частота та масивність вживання алкоголю – індивідуальні відмінності. Роль спадкових, генетичних, біологічних, психологічних та соціальних факторів.
4. Ознаки залежності відповідно до критеріїв МКБ-10. Алкогольний абстинентний синдром. Патологічний потяг до алкоголю. Стадії залежності за

класифікацією І.М. П'ятницької та А.А. Портнова. Форми залежності – постійна, псевдозапойна, запійна, що перемежується.

5. Наслідки сформованої залежності. Перебіг алкоголізму та його ускладнення – алкогольні психози, алкогольна епілепсія. Інші психічні та соматичні ускладнення. Зміни особи при алкоголізмі. Результат алкогольної залежності.

6. Існуючі на сьогоднішній день способи лікування.

Мова викладу має бути простою, слід уникати використання великої кількості термінів, а наведені терміни відразу ж розшифровувати. На запитання учасників групи слід відповідати по ходу оповідання, не втрачаючи основний напрям викладу. Подання даної інформації має бути підкреслено позбавленого емоційного забарвлення та носити суто «медичний» характер, тобто, не викликати сумніву та бажання оскаржити.

У разі правильного використання тактики фази конфронтації вдало долається за два заняття: наростаюче з обговоренням алкогольних тем неоднорідне невдоволення учасників групи не має свого виходу, т.к. на третьому занятті фактично здійснюється «лекція» та учасники не мають можливості виявити свій опір, що тільки посилює конфронтацію, доводячи її до максимальної. А на четвертому занятті правильний розподіл ролей між провідними групи, що робить необґрунтованим проявом негативного ставлення до них учасників, переводить агресію, що накопичилася, в русло групової дискусії, дозволяючи успішно пройти фазу конфронтації.

Кількість занять є важливою в такому «компактному» психотерапевтичному курсі, тому в окремих випадках вдається проходити дві перші фази групової роботи за три заняття, але завжди можливо їх реалізувати за чотири заняття. Таким чином, до п'ятого заняття група стає згуртованою та переходить у наступну, третю робочу фазу – фазу власне психотерапевтичних змін.



Під час подальших занять із хворими опрацьовуються елементи патологічного потягу до алкоголю. Тільки після усвідомлення наявності тих чи інших ознак патологічного потягу до алкоголю у себе надалі зможуть ефективно протистояти різним ситуаціям, що виникають у реальному житті. Застосовуючи когнітивні техніки та гештальт вправи, опис яких наведено далі, хворі синтезують зазвичай властиві їм думки, почуття, бажання, фантазії, тілесні відчуття тощо. Під час самостійних вправ хворі навчаються контролю за своїм внутрішніми дестабілізуючими імпульсами, що призводять до актуалізації потягу до алкоголю, усвідомлюють зв'язок між ними.

Надалі використовуються техніки, що включають аналіз ситуацій вживання алкоголю та елементів рольових ігор, коли кожен пацієнт навчається відображати як зовнішній алкогольний тиск, так і власні внутрішні провокаційні імпульси. Відпрацьовуються когнітивно-поведінкові навички: вербальний та невербальний опис та вираження власного емоційного стану, формули відмови від алкоголю, що включають обов'язкове позначення своєї особистісної позиції; навички впевненої поведінки; способи релаксації та зняття психоемоційної напруги.

Остаточний етап групової роботи передбачає, що кожен пацієнт, ґрунтуючись на розширенні «усвідомлюваного особистісного простору», здійснює постановку для самого себе індивідуальних завдань, вирішення яких створить умови для повної відмови від вживання алкоголю.

Ведення записів (може використовуватися вже з першого заняття, більш активно – з другого заняття до кінця курсу). Один із найпростіших технік, може використовуватися факультативно – тобто її використання радше бажано, ніж обов'язково. Однак, при простоті використання цієї техніки приносить несподівані результати. Використовуються 2 види ведення записів:

- виконання письмово «домашніх завдань» – тем для роздумів у проміжках між заняттями.



- «розширений варіант» - спонукання до ведення регулярних записів, щоденника для регулярного фіксування процесів розвитку внутрішнього життя. Зовнішні події можуть також записуватися, оскільки пов'язані з динамікою внутрішнього світу.

Ведення регулярних записів є, безумовно, більш трудомістким, потребує внутрішньої зосередженості та самодисципліни, що для пацієнтів з неврозподібними розладами та алкогольною залежністю буде одночасно і складним, і корисним.

Ведення подібних записів має кілька завдань: навчає чітко і ясно висловлювати свої думки; серед багатьох точок зору вибирати одну, найбільш близьку і імпонуючу – тобто формувати власну думку; сприяє саморозкриттю; є стимулятором творчості.

Теми та інформація для роздумів між заняттями безпосередньо народжуються під час заняття і залежить від багатьох чинників, тобто, не можуть бути «задані» заздалегідь. Такі теми часто зустрічаються в різних сесіях: «Що по совісті було б правильно зробити в моїй життєвій ситуації?», «Навіщо я, власне, повинен перестати пити?», «Заради чого (заради чого? кого) я хочу кинути пити?», «Як припинення пияцтва вплине на моє життя та життя інших людей?» і т.п.

Вправи на уважність та свідомість (використовуються, починаючи з п'ятого заняття). В одному із вживань термін «уважність» (mindfulness) означає ясну, усвідомлену (lucid) якість свідомості (awareness) повсякденного досвіду життя. Вправи на уважність є основою вироблення сприйняття «тут і зараз», і навіть дозволяють удосконалювати саморозуміння особистості, зокрема чіткіше і глибоке розуміння мотивів своїх вчинків.

### **Висновок до розділу 3**

Найдієвіший спосіб змінити патологічну поведінку при алкоголізмі – не вживати алкоголь. Обговорюючи цю тему групи під час короткострокових

занять, не слід орієнтувати пацієнтів на контрольоване вживання спиртного, більш дієвими вірним с точки зору сучасної концепції алкогольної залежності є орієнтація на повну відмову від алкоголю. Таким чином, при системному підході та особистому бажанні хворих можливо досягти бажаних результатів.

В результаті проведеного психодіагностичного дослідження було виявлено: тривога та депресія в контрольній групі та в експериментальній групі мають достовірно значущі відмінності, це дозволяє нам виділити їх у «мішені» психокорекційної роботи. Такі копінг-стратегії як: конфронтаційний копінг, дистанціювання, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка в контрольній та експериментальній групі мають відмінності.

Ступінь виразності таких копінг-стратегій буде «мішенню» психокорекційної роботи. Рівень домагань у контрольній групі та експериментальній групі має відмінність, це дозволяє виділити високий рівень домагань у «мішень» психокорекційної роботи. Відмінності в ціннісних орієнтаціях дозволяють виділити в «мішені» психокорекційної роботи цінності-гроші та реалізовані з їх допомогою цінності-цілі. Відмінності у провідному типі ставлення до хвороби дозволяють виділити «мету» психокорекційної роботи спрямовану формування адекватного ставлення до хвороби.

## ВИСНОВКИ

Адиктивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки і виражається у відході від реальності за допомогою зміни психічного стану. Тобто людина «уникає» реальності, яка її не влаштовує. Суть адиктивної поведінки полягає у прагненні змінити свій психічний стан у вигляді прийому деяких речовин чи фіксації уваги на певних предметах чи видах діяльності.

Розвиток адиктивної поведінки починається з фіксації, яка відбувається при зустрічі з впливом того, що справило на майбутнього адикта дуже сильне враження, що залишається в пам'яті і легко вилучається з неглибокої підсвідомості. Фіксація може бути пов'язана з впливом речовини, що змінює психічний стан, участю в якомусь виді активності, включаючи, наприклад, ігрову діяльність і т. д. Особливість фіксації полягає в тому, що вона тягне за собою сильне бажання повторити пережитий змінений стан ще раз. Таке непереборне прагнення надалі повторюється дедалі частіше. Зазвичай процес розвивається таким чином, що думки про реалізацію, їх здійснення займають все більше часу, що заважає самовираженню в інших напрямках і ускладнює критичне ставлення. Під час адиктивних реалізацій адикт переживає дуже інтенсивні та приємні відчуття, які не йдуть у жодне порівняння з переживаннями, характерними для звичайного життя. «Приємність» цих станів пов'язана з ілюзіями контролю, комфорту та досконалості, що виникають у людини. Життя поза реалізацією сприймається як сіре та нецікаве.

Адиктивна поведінка характерна для людей з низькою переносимістю психологічних труднощів, що погано адаптуються до швидкої зміни життєвих обставин, що прагнуть у зв'язку з цим швидше і простіше досягти психофізіологічного комфорту. Адикція їм стає універсальним засобом втечі від реального життя.

У результаті емпіричного дослідження було виявлено психологічні особливості внутрішньої картини хвороби людей з алкогольною залежністю.



Було виявлено особливості емоційної та мотиваційної сфер внутрішньої картини хвороби. Поліковані результати математичної статистики надали достовірну різницю між внутрішніми картинами хвороби емпіричної та контрольної групах. В результаті отриманих відмінностей було розроблено рекомендації для психотерапевтичної та психокорекційної роботи з хронічним алкоголізмом.

Ефективність запропонованої медичної технології проведення довготривалої психотерапії у наркологічному стаціонарі підтверджується позитивною динамікою суттєвих психологічних характеристик хворих на алкогольну залежність з неврозоподібними розладами, що належать переважно до когнітивної та мотиваційної сфери особистості, що свідчить про перебудову системи відносин особи хворих, значному усуненні неврозоподібних порушень, формування передумов стійкої ремісії. Спостерігається динаміка когнітивних характеристик, що свідчить про формування у хворих на індивідуальну ієрархію соціальних пріоритетів, позитивних зміни у сфері соціальної перцепції особистості, підвищення рівня усвідомленості поведінки, зменшенні анозогнозії та формуванні особистісно значної установки на тверезість.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альтшулер В. Б. Алкоголізм. М.: Медіа, 2020. 264 с.
2. Ананьєв В. А. Зловживання алкоголем. К.: Правда, 2020. 96 с.
3. Андреев А. С. Загальна наркологія: Загальна психопатологія. 2018. № 5. С.6-11.
4. Бассін Ф. В. Про сучасний підхід до проблеми психологічних факторів хвороби. К.: Айріс прес. 2021. 37 с.
5. Бехтель Е. Е. Донозологічні форми зловживання. К.: Медицина, 2018. 272 с.
6. Бородіна Н. А. Психологічна причинність адиктивної поведінки особистості: дис. ...канд. псих. наук. Харків, 2017.
7. Братусь Б. С. Психологічно аналіз особистості при алкоголізмі. К.: Свобода. 2018. 94 с.
8. Бурно М. Є. Клінічна психотерапія: Академічний проект. 2020. 719 с.
9. Воєводін І. В. Копінг-поведінка при адиктивних станах. Одеса. 2018. 257с.
10. Глозман, Ж. М. Внутрішня картина хвороби як чинник успішності її подолання. Київ: Україна. 2018. 104 с.
11. Єгоров А. Ю. Вікова наркологія Д.: Дидактика Плюс, 2018. 272 с.
12. Зав'ялов В. Ю. Мотивація споживання алкоголю у хворих алкоголізмом та здорових. *Психологічний журнал*. 2020. № 5. С. 102-111.
13. Зейгарник Б. В. Порушення особистості. К. Свобода. 2020. 289 с.
14. Крюкова Т. Л., Куфтяк Є. В. Опитувальник способів подолання (адаптація методики WCQ). *Журнал практичного психолога*. 2007. № 3. С. 93-112.
15. Ільїн Є. П. Мотивація та мотиви. Київ. 2020. 512 с.
16. Ісаєва Є. Р. Копінг-поведінка та психологічний захист особистості в умовах здоров'я та хвороби. Х.. Ранок. 2019. 136 с.
17. Карвасарський Б. Д. Психотерапія. Медицина, 2020. 672 с.

18. Квасенко А. В. Психологія хворого. М.: Медицина. 2018. 184 с.
19. Козлов А. А., Рохліна М. Л. «Наркоманічна» особистість. *Невропатології та психіатрії*. 2020. № 7. С. 23-27.
20. Короленко Ц. П. Адиктивна поведінка. Медицина: 2017. 432 с.
21. Короленко Ц. П., Донських Т. А. Основні характеристики розвитку адиктивної поведінки. *Сучасні завдання психіатрії та наркології*. 2020. С. 33-35.
22. Кричевець А. Н. Математична статистика для психологів: підручник для студ. установ вищої. проф. Освіта: Академія, 2022. 400 с.
23. Крюкова Т. Л. Психологія власної поведінки. Просвіта, 2018. 144 с.
24. Лазарус Р. Емоція як процес захисту. К. 2017. 227 с.
25. Леонтьєв А. Н. Діяльність, свідомість, особистість. Просвіта. 2018. 352 с.
26. Леонтьєв А. Н. Потреби, мотиви та емоції. Просвіта, 2017. 40 с.
27. Леонтьєв Д. А. Психологія сенсу: природа, будова та динаміка смислової реальності. Київ: Сенс, 2019. 487 с.
28. Леонтьєв Д. А. Сучасна психологія мотивації . Сенс, 2002. 343 с.
29. Литвинцев С. В., Нечипоренко В. В., Снідков Є. В. Адиктивна поведінка дорослих людей. *Психологія особистості*. 2019. № 11. С. 39-43.
30. Личко А. Є. Підліткова наркологія. Київ: Медицина. 2019. 304 с.
31. Лурія Р. А. Внутрішня картина хвороби і атрогенні захворювання. М.: Медицина. 2017. 111 с.
32. Мехтіханова Н. Н. Психологія залежної поведінки. К. 2019. 122 с.
33. Мінков, Є. Г. Особливості преморбідної мотиваційної сфери у хворих із залежністю від психоактивних речовин. *Матеріали XII з'їзду психіатрів України*. К., 2018.
34. Морозов Г. В., Іванець Н.Н. Нові дані про клініку та лікування алкоголізму. *Питання клініки та лікування алкоголізму*. К., 2021. С. 3-9.
35. Москаленко В. Д. Залежність: сімейна хвороба. Просвіта : 2020. 336с.



36. Немчин Т. А. Особистість. Львів: Думи. 2019. 192 с.
37. Ніколаєва В. В. Вплив хронічної хвороби на психіку. Х. Ранок. 2018. 168 с.
38. Ніколаєва В. В. Психологічні аспекти розгляду внутрішньої картини хвороби. Просвіта. 2019. 98 с.
39. Парахіна М. В. Психофізіологічні та психологічні особливості алокоголиків у різні періоди ремісії: дис. ...канд. псих. наук. 2018.
40. Портнов, А. А. Клініка алкоголізму. К.: Медицина. 2020. 392 с.
41. П'яницька І. Н. Наркоманії: керівництво для лікарів. К.: Медицина, 2020. 540 с.
42. Смирнов В. М. Основні засади та методи психологічного дослідження внутрішньої картини хвороби. К.: Медицина. 2018. 61 с.
43. Смулевич, А. Б. Клінічні та психологічні аспекти реакції на хворобу. К. 2017. 67 с.
44. Тхостів, А. Ш. Теоретичні проблеми дослідження внутрішньої картини хвороби. Львів: Думи, 2020. 38 с.
45. Флемінг Н. Ф., Поттер Д., Кеттіл С. Зловживання алкоголем та наслідки залежності. *Наркологія*. 2018. С. 15-26.
46. Френкін, Р. Мотивація поведінки. К.: Ранок, 2019. 651 с.
47. Четверіков Д. В. Психологічні механізми та структура адиктивної поведінки особистості: дис. докт. псих. наук. К., 2018.
48. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Алкоголізм. *Патопсихологія, клініка, реабілітація*. К., 2017.
49. Алкоголізм в Україні – хвороба, явище чи мор? Радіо Свобода (укр.). Архів оригіналу за 10 травня 2022. Процитовано 19 січня 2022.
50. Півний алкоголізм в Україні досягнув національних масштабів. Архів оригіналу за 6 грудня 2010 року. Процитовано 4 травня 2010 року. Радіо Свобода (укр.).

51. Результати опитування щодо куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків в Україні. URL: [www.ukrinform.ua](http://www.ukrinform.ua) (укр.). Архів оригіналу за 11 жовтня 2019. Процитовано 31 липня 2020 року.

52. Алкоголізм в Україні. Архів оригіналу за 17 листопада 2012. Процитовано 1 вересня 2011 року.

53. Українці назвали головні проблеми – опитування Рейтингу. LIGA (рос.). 31 січня 2019 року. Архів оригіналу за 27 липня 2020 року. Процитовано 27 липня 2020 року.

54. Основною проблемою суспільства українці вважають пиятику. Опитування. [ubr.ua](http://ubr.ua) (рос.). Архів оригіналу за 4 травня 2017. Процитовано 19 січня 2022 року.

55. Dinardo, J. Natural experiments and quasi-natural experiments. *The New Palgrave Dictionary of Economics*. 2008. С. 856-859.