

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»

Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Синицина Олена Володимирівна

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота
**«Психологічна допомога в подоланні хімічної залежності в ситуації
травми»**

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело. _____ О.В. Синицина

Науковий керівник (консультант)

Мельник Антоній Петрович кандидат
психологічних наук, доцент:

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В СИТУАЦІЇ ТРАВМИ.....	7
1.1. Феномен залежної поведінки у психологічній науці	7
1.2. Хімічна залежність та її особливості.....	16
1.3. Психотравмуюча ситуація як причина виникнення хімічної залежності	27
Висновки до розділу 1	35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В СИТУАЦІЇ ТРАВМИ	36
2.1. Методологічне обґрунтування дослідження особливостей виникнення хімічної залежності в ситуації травми.....	36
2.2. Констатуючий експеримент дослідження виникнення хімічної залежності в ситуації травми	42
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ЗДОБУТОЇ В СИТУАЦІЇ ТРАВМИ.....	55
3.1. Особливості методів та напрямів психотерапевтичної допомоги особам із хімічною залежністю	55
3.2. Рекомендована програма психологічної допомоги для подолання хімічної залежності в ситуації травми.....	63
3.3 Інтерпретація результатів формуючого дослідження.....	76
Висновки до розділу 3	82
ВИСНОВКИ	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	97

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна, яка була розпочата РФ з метою загарбання територій нашої держави не лише завдала значних руйнувань території нашої країни, сприяючи погіршенню її економічного й соціального розвитку. Будучи однією з найскладніших соціально-психологічних проблем, війна катастрофічно вплинула на життя, фізичне й психічне здоров'я українців. Напружений і небезпечний період, спричинений війною, викликає різні відчуття та емоції, такі як тривога, страх, розчарування, втома.

Зарубіжними та вітчизняними авторами, такими як Вайс Д.С., Горовіц М. Дж., Грейс М., Лінді Дж., Аталієва А.О., Білосевич І.А., Паливода Л.І., Старков Д.Ю., Туриніна О. Л, Тюріна В. О. у багатьох їх дослідженнях було виявлено, що перебування у травматичних ситуаціях згубно впливає на людину і може надалі призвести до нестандартних змін у психіці. Набуті психічні травми під час війни можуть супроводжувати постраждалих протягом усього життя. Набута психічна травма, в свою чергу, може спровокувати розвиток розладів, що пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, зокрема хімічної залежності.

Згідно досліджень, вживання психоактивних речовин (ПАР) є провідним фактором ризику втрати працездатності, здоров'я та загрозою смерті, оскільки залежність від хімічних речовин є первинним, хронічним і смертельним захворюванням. Вживання речовин, що змінюють свідомість негативно впливає

на всі сфери життєдіяльності людини: духовну, фізичну, соціальну. Тому надання психологічної допомоги в подоланні хімічної залежності особам, що отримали психічну травму є актуальною проблемою в наш час.

Наразі в Україні попри тривалий період війни, не існує досліджень щодо надання психологічної допомоги в подоланні хімічної залежності набутої в ситуації травми, що ще раз підкреслює актуальність обраної теми.

Об'єкт дослідження: хімічна залежність в ситуації травми.

Предмет дослідження: психологічна допомога в подоланні хімічної залежності набутої в ситуації травми.

Мета дослідження: розробити та апробувати програму психологічної допомоги в подоланні хімічної залежності набутої в ситуації травми.

У роботі ставилися і вирішувалися такі *завдання*:

1. Розглянути феномен залежної поведінки у психологічній науці.
2. Дослідити хімічну залежність та її особливості.
3. Проаналізувати психотравмуючу ситуацію як причину виникнення хімічної залежності
4. Провести констатуючий експеримент дослідження виникнення хімічної залежності в ситуації травми.
5. Розробити програму психологічної допомоги для подолання хімічної залежності в ситуації травми та здійснити інтерпретацію результатів дослідження.

Методи дослідження проблеми виникнення хімічної залежності в психотравмуючих ситуаціях були сучасні наукові підходи у вітчизняній та зарубіжній психології до проблеми адикції та її взаємозв'язку з емоційними станами. В процесі дослідження було здійснено аналіз наукової літератури, тестування, застосування методів математичної обробки (рангова кореляція Спірмена). Для емпіричного дослідження хімічної залежності в ситуації травми було використано такі **методики**:

1. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва для діагностики психологічних наслідків травматичного стресу.
2. Шкала оцінки впливу травматичної події для виявлення наявності таких переважань, як тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події.
3. Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте / Методика Індекс життєвий стиль, що дозволяє діагностувати систему механізмів

психологічного захисту, виявити провідні механізми, що застосовуються опитаним так і оцінити ступінь напруженості.

4. Тест-опитувальник «Адиктивна схильність» В.В. Юсупова та В.А. Корзуніна для виявлення схильності до залежної поведінки.

5. Методика «Схильність до залежної поведінки» В.Д. Менделевича для виявлення схильності до залежності респондентів від психоактивних речовин (ПАР). Для отримання достовірних даних матеріали були опрацьовані за допомогою статистично-математичних методів. Як статистичний метод був використаний статистичний пакет IBM SPSS Statistics 10.0.

Наукова новизна одержаних результатів:

- розроблено програму психологічної допомоги в подоланні хімічної залежності в ситуації травми;

удосконалено:

- техніку застосування методик для дослідження особливостей виникнення хімічної залежності в ситуації травми;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення щодо впливу психотравмуючої ситуації як причини виникнення хімічної залежності.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні напрямів психологічної допомоги та розробці програми для подолання хімічної залежності набутої в ситуації травми. Матеріали дослідження можуть бути використані практикуючими психологами для військових та цивільних українців, які наразі знаходяться під впливом травмуючих подій.

Апробація роботи. Окремі результати дослідження були представлені на V Міжнародній конференції «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку», яка була проведена 7 грудня 2023 року в ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК» у тезах «Психотравмуюча ситуація як причина виникнення хімічної залежності».

Характеристика вибірки: 27 військовослужбовців, які знаходилися на лікуванні з травмами середньої тяжкості. Вік респондентів становив від 25 до 45 років.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (82 найменування) та додатків. Загальний обсяг роботи – 104 сторінок, основний обсяг – 84 сторінки. Робота містить 4 таблиці, 8 рисунків, 4 додатки (на 11 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В СИТУАЦІЇ ТРАВМИ

1.1 Феномен залежної поведінки у психологічній науці

За останнє десятиліття залежності забрали більше життів, ніж війни та злочини. У коло залежних осіб потрапляють люди різного віку, з різною освітою, професійним статусом, етнічною приналежністю та рівнем добробуту.

Феномен залежності розглядається великою кількістю дослідників й у різних науках: медицині, психології, соціології, педагогіці тощо. Дослідження залежної поведінки серед закордонних науковців здійснюється у різних напрямках, наприклад [16, с. 4]:

- 1) психоаналіз (А. Адлер, Е. Берн, З. Фрейд, Е. Фромм, Е. Еріксон);
- 2) інтеракціонізм (Т. Шибутані);
- 3) когнітивна психологія (Дж. Гріндер, Дж. Келлі, Г. Олпорт, Л. А. Фестінгер);
- 4) гуманістична психологія (А. Маслоу, К. Роджерс);
- 5) гештальтпсихологія (В. Келер, К. Коффка, К. Левін);
- 6) психосинтез (Р. Ассаджіолі).

Часто дослідники застосовують до поняття «залежна поведінка» синонім – «адиктивна поведінка». В основі цього визначення лежить термін «адикція». В розмовній англійській «addiction» перекладається як згубна звичка, пристрасть. Від латинської «addictus» – це сліпо відданий, повністю, пристрасний до чогось, приречений, поневолений, той, що цілком підкорився комусь [64, с. 6]. З цього можна зробити висновок, що даний термін синонімічний до слова пристрасть (сильна схильність до чогось).

Варто зауважити, що якщо у зарубіжних дослідженнях термін «адикція» визначається як синонім слова «залежність» відповідно до адиктивної (залежної) поведінки. Це обґрунтовується тим, що термін «психологічна

залежність» має набагато ширше значення. Наприклад, дитина психологічно та фізично залежить від своєї матері. Адикція ж означає негативне забарвлення залежності і є лише її видом. Тому кожна поведінка, що викликає залежність, є залежністю, але не кожна залежність стає адикцією [32, с. 12].

Вивчення цього питання має потребує розгляду таких понять як «адикція» і «аддикт».

«Адикція» – це патологічна потреба, яку відчуває людина під час виконання певних дій. Цю потребу людина задовольняє, використовуючи будь-який стимул, який штучно змінює психічний стан та покращує настрій. Слід зазначити, що з часом людині потрібно більше нових стимулів або збільшення їх інтенсивності, щоб досягти цього стану [7, с. 21].

Термін «адикція» спочатку застосовувався для позначення поведінки людей із залежністю, від певних речовин. І лише при подальшому вивченні залежності, під адикцією стали розуміти специфічну поведінку, у розвитку якої беруть участь як соціальні умови раннього розвитку, так і психологічні особливості людини [81, с. 10].

Аддикт є людиною, яка при виникненні проблем уникає реальності, залишаючи її за допомогою певної залежності від речовин, явищ, об'єктів. Аддикт створює тривалий емоційний зв'язок із об'єктом залежності. Ці відносини визначаються як адиктивна установка. Схильність проявляється вираженням надмірно цінного емоційного ставлення до об'єкта залежності [52, с. 19].

Адиктивна установка обов'язково визначає об'єкт залежності як мету існування, а вживання як спосіб життя. Вся решта діяльності, оточення та інтереси йдуть на другорядний план [46, с. 9].

Щодо визначання поняття «залежна поведінка», вона трактується, як один з видів деструктивної поведінки. Вона виявляється у можливості вийти з реальності шляхом зміни психічного стану [10, с. 3].

Більшість дослідників даної проблеми визначають залежну поведінку як один з типів поведінки, що відхиляється з одночасним утворенням при цьому

прагнення до відходу від реальності за допомогою штучної зміни індивідом свого психічного стану через постійну концентрацію своєї уваги на конкретних видах діяльності для розвитку інтенсивних емоцій або через прийом окремих речовин [17, с. 104].

Під залежною поведінкою М. Мателега визначає стереотипні поведінкові патерни, які використовуються людиною задля досягнення нею психологічного комфорту: зниження рівня стресу, тривожності чи фрустрації. Якщо особистість у певний момент стає залежною, то її життя значно ускладнюється, адже ті поведінкові патерни, до яких вона звикла у минулому житті, також значно ускладнюються. Як стверджує дослідниця, людині доводиться постійно шукати способи реалізації нових, складніших поведінкових моделей, часто перебуваючи у протидії з навколишнім світом, оскільки у процесі задоволення потреб залежних людей часто трапляються різні перешкоди та бар'єри [29, с. 147].

На основі аналізу визначень дослідниками поняття «залежна поведінка», в даній роботі під досліджуванням терміном розумітимемо один з типів девіантної поведінки з формуванням прагнення уникнення реальності за допомогою штучної зміни індивідом свого психічного стану, внаслідок прийому окремих речовин або ж постійної фіксації своєї уваги на конкретних видах діяльності для розвитку інтенсивних емоцій.

Залежність з'являється поступово, тому механізм формування адикції поділяють на чотири етапи (рис.1.1):

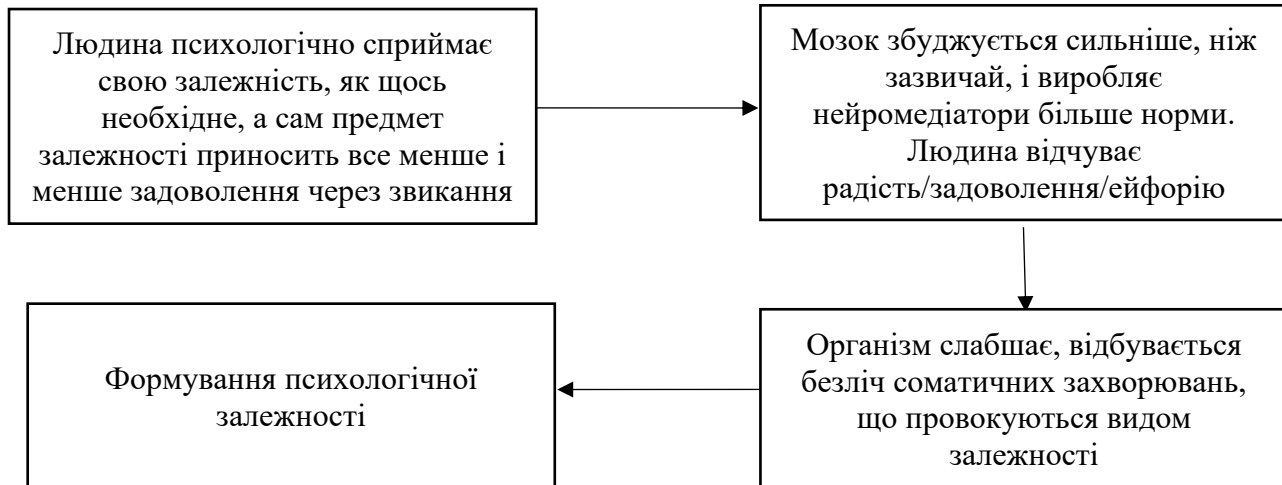


Рис.1.1 Етапи формування адикцій [27, с. 40]

Як видно з рис. 1.1 певна речовина або сильна емоція надають глибокий вплив на поведінку людини. Перша стадія залежності характеризується сприйняттям залежності як необхідності, а предмет, що її викликає зі збільшенням свого обсягу може приносити тільки все гіршу задоволеність потреби внаслідок звикання. В результаті зростають зусилля і час, що витрачаються на прояви залежної поведінки. Це виражається підвищенням кількості прийомів, наприклад, наркотичних засобів, їх дози, чи надмірне збільшення зусиль і часу, які ігромани витрачають на гру. Це знижує тонус, емоційний настрій, працездатність людини. Дана стадія є не досить тривалою та продовжується на протязі кількох тижнів до пів року.

На другій стадії індивід може відчувати задоволення, радість, ейфорію, адже збудження мозку є сильнішим, ніж зазвичай, і вироблення нейромедіаторів стає більшим за норму. Спроби позбуття залежної поведінки ведуть до різних болючих дисфункцій – до абстинентного синдрому (є характерним і для хімічної, і для поведінкової залежності). У випадку наявності симптомів цієї стадії слід розпочати лікування, адже в іншому разі – людині властиво відсторонення від різних сфер життя, інтенсивніше вживання різноманітних речовин або довготривале перебування у стані залежної

поведінки. Руйнуються стосунки в родині та в соціумі, зникає система цінностей, змінюються вірування та система поглядів на життя.

На третій стадії нейромедіаторів стає вже недостатньо для виникнення бажаної емоції, бо з часом їхня кількість зменшується. Це стає причиною виникнення соматичних захворювань, які спровоковані залежністю внаслідок послаблення організму. Відбувається розумова і фізична деградація, настрій, спілкування та поведінкові риси мають ознаки нерозважливості. Людина стає іншою.

Четвертий етап характеризується тим, що за допомогою вживання нової порції «наркотику» людина намагається позбутися дискомфорту. Проте вже виникає психологічна залежність як переконання у тому, що алкоголь, цигарки, ігри, їжа є чудовим засобом позбутися дратівливості, уникнути чергового стресу.

Характерною рисою залежної поведінки є циклічність. Розглянемо фазу одного циклу залежної поведінки [43, с. 21]:

- 1) наявність внутрішньої здатності до залежної поведінки;
- 2) посилення бажання та напруги;
- 3) очікування та активний пошук об'єкта залежності;
- 4) отримання об'єкта та отримання специфічних переживань;
- 5) ослаблення;
- 6) фаза ремісії (відносного спокою).

У кожної людини цикл залежної поведінки може тривати по-різному. Наприклад, в однієї людини місяць, а в іншій лише один день.

Всі види залежностей формуються приблизно за допомогою одного алгоритму та механізму, проте вибір людиною конкретного уподобання визначається певним фактором, до яких належать [53, с. 148]:

- соціальне оточення;
- модель батьківського виховання;
- рівень особистісної зрілості та інтелекту;
- стан здоров'я;

- тип фрустрації, що призводить до залежності;
- професійна спрямованість особистості;
- комунікативні здібності та соціальна компетентність особистості.

На думку О. Романенко виникнення залежної поведінки є результатом складної взаємодії спадкових, біохімічних, соціальних та індивідуально-психологічних чинників. З-поміж них можна виокремити: зовнішні умови навколишнього середовища: спадково-біологічні, соціальні, психофізіологічні та індивідуально-типологічні умови; внутрішньо-особистісні причини й механізми залежної поведінки. [46, с. 9].

У наукових дослідженнях представлено аналіз чинників залежної поведінки. Встановлено, що вона пов'язана з нерозумінням сенсу життя, недостатнім розвитком усвідомленої саморегуляції та самоконтролю, зниженням критичності. Індивідуально-психологічним чинником є також нудьга як психічний стан особи, що може спонукати її до деструктивних дій [82, с. 11].

У момент появи в людини залежності всі її свідоме і підсвідоме починає підкорюватись новим моделям поведінки. Людина змінюється, деякі риси її характеру акцентуються лише на задоволенні потреби, що лежить в основі залежності [73, с. 32].

Особливістю залежності є те, що вона проникає у всі сфери свідомості та життя. Саме тому залежність не можна віднести до категорії норми, вона завжди характеризує ряд психічних відхилень, які негативно впливають на особистість, руйнують її, ведуть до деформації та деградації, а також до усунення цінностей, моральних моделей, руйнування нормального уявлення про поведінку та функціонування в суспільстві.

У залежної людини виникає найбільш значуще ставлення до об'єкту адикції, тобто вона починає хвилюватися щодо постійної наявності тієї речовини або умови, які йому необхідні задоволення. При цьому людина змінюється в залежності від міри задоволення потреби в контакті з об'єктом залежності. Адже якщо цей контакт забезпечується постійно, то людина

виглядає цілком нормальною, вона позитивна, має нормальні соціальні зв'язки, нічим не видає своїх психічних відхилень. Але існує низка залежностей, які руйнують людину фізично (наркотики, алкоголь), а тому постійний контакт з об'єктом залежності у цьому випадку може призводити до тяжких захворювань та навіть смерті.

Варто відзначити, що не завжди залежна поведінка призводить до захворювання та смерті (як, наприклад, у ситуаціях алкоголізму чи наркоманії), але вона поступово тягне за собою особистісну зміну та соціальну невідповідність.

Всі розмови залежних людей зводяться до однієї теми – розмови про об'єкт адикції. У аддикта виникають виправдання щодо залежності, пояснюючи це тим, що у всіх є якась залежність («всі мої друзі п'ють», «інтернет мені потрібний для роботи» тощо). Так само людина перестає помічати те, що оточуючі помічають його залежність не озброєним оком.

Також, у адиктивної особистості з'являється ілюзія про свою залежну поведінку, зводячи все на позитивний бік («я почуваюся чудово», «всі алкоголіки, яких я знаю – нормальні люди» тощо). Крім того, у людини прогресує підозра до всіх, хто так не вважає. Щоб досягти бажаного та отримати задоволення, адиктивна особистість здатна піти на все. Для досягнення цієї мети аддикт часто вдається до обману. Людина не бачить жодних перешкод, у неї змінюється захисна реакція, яка перетікає в агресивний стан. Адиктивна особистість впевнена в тому, що лікування їй не потрібне, всіляко відмовляється визнавати свою залежність, через це ускладнюється допомога в лікуванні та ускладнюються соціальні відносини з близькими [44, с. 4].

В основі будь-якої залежності лежить рефлексивно-обумовлена поведінка, яка підвищує рівень стресу у людини. Рефлексія виникає на основі емоцій, які згодом провокують виникнення стресу та фрустрації. Особливістю залежності є те, що у той момент, коли у здорової людини виникає стрес, вона намагається обрати ті форми поведінки та типи прийняття рішень, які будуть

ефективні для боротьби зі стресом. Залежна ж людина не шукатиме складних способів перемогти стресові ситуації. Для неї, вирішенням стресу є сама залежність, за допомогою якої людина уникає реальності [79, с. 830].

Деякі дослідники вважають, що залежність не завжди супроводжується вираженими емоційними реакціями та нав'язливими бажаннями. Проте в абсолютній більшості випадків при неможливості контактувати з об'єктом залежності у людини формуються неадекватні реакції – агресія, депресія, девіантна або делінквентна поведінка, суїцид тощо.

З погляду Б. Воронович, залежність насамперед має емоційну природу. Люди, що намагаються боротися зі своїми залежностями роблять це з власної волі, за рекомендацією чи за примусом інших людей. Але сам процес позбавлення залежності має спірний характер [8, с. 29]. Бо під час корекції адиктивної поведінки в особистості виробляються певні механізми мислення, норми поведінки, стандарти, заборони, які накладають обмежувачий вплив на психіку, змушуючи людину жити так, як їй хочеться, як вона звикла. Звідси виникає нова фрустрація, яка є одним з основних чинників виникнення в людини різного роду залежностей. Людина потрапляє у замкнене коло, де вона змушена вибирати найменше зло – отримати нову фрустрацію і втратити себе як особистість або повернутися до своєї залежності, яка часто не приносить людині вираженого психологічного дискомфорту.

Моральні цінності не становлять для залежних людей жодної важливості, соціальні зв'язки перестають бути значущими та цікавими. Важливим та значущим стає лише те, що безпосередньо чи опосередковано пов'язано з задоволенням потреби у контакті з об'єктом залежності. Це є причиною формування певних негативних соціальних зв'язків. Часто це провокує вступ у неформальні групи, які можуть сприяти досягненні даного контакту.

Також, у сучасній психології склалося розуміння того, що залежності у поведінці людей дуже різноманітні, але вони зрештою мають щось спільне, деякі наскрізні компоненти. Зарубіжні автори Р. Браун та М. Гріффітс

наприкінці 1990-х рр. виявили шість базових компонентів, універсальних для всіх варіантів залежностей:

- 1) особливість, «надцінність» (salience);
- 2) зміни настрою (mood changes);
- 3) зростання толерантності (tolerance);
- 4) симптоматика відміни (withdrawal symptoms);
- 5) конфлікт з оточуючими та самим собою (conflict);
- 6) рецидивність (relapse) [2, с. 8].

Дослідники виділяють такі види залежної поведінки:

1) «втеча в тіло», що є переорієнтацією на діяльність. Вона спрямована на власне фізичне чи психічне вдосконалення та виражається у надмірному захопленні спортом, здоровим харчуванням тощо;

2) «втеча в роботу» полягає в тому, що людина повністю «занурюється» у роботу, вона займає в неї більшу частину життя;

3) «втеча в контакти чи самотність», коли спілкування є головною потребою людини. Спілкування або стає єдино бажаним способом задоволення потреб, або навпаки мінімізується;

4) «втеча у фантазії» полягає в тому, що у людини виникає інтерес до релігійного фанатизму, життя у світі ілюзій та фантазій [20, с. 96].

Виділяють і критерії наявності залежності [28, с. 199]:

- 1) зміна значного середовища – розпад старих зв'язків та відносин;
- 2) ігнорування подій та процесів, що були важливими раніше;
- 3) критика: ворожість та непорозуміння з боку людей, які пов'язані із залежною особою;
- 4) побоювання з приводу власної залежності;

Для визначення залежної поведінки, як тієї, що відхиляється слід виділити її основні ознаки [45, с. 10]:

- антиципація залежної поведінки;
- затяжна залежна поведінка;

- вимушене збільшення частоти або обсягу вживання для досягнення бажаного ефекту;
- соціальна взаємодія людини ставиться під загрозу;
- безперервне бажання звільнитися від звички;
- наявність абстинентного синдрому (виникнення симптомів різного характеру при повному припиненні прийому психоактивних речовин);
- вживання психоактивних речовин як копінг-стратегії;
- відмова від інших способів отримання задоволення;
- ігнорування інших видів діяльності на користь залежної поведінки.

Проаналізовано феномен залежної поведінки у психологічній науці. Вона трактується, як один з видів деструктивної поведінки та виявляється у можливості вийти з реальності шляхом зміни психічного стану.

Виявлено, що формування залежності робить людину максимально вразливою, вона стає слабкою, безвольною, її настрій залежить виключно від того, чи має вона можливість на цей час здійснити контакт з об'єктом залежності чи ні. Внаслідок цього, залежні люди фактично «випадають» із суспільних відносин, виконуючи лише формальні функції. Їх мучить самотність, вони часто перебувають у стані депресії, яка за відсутності своєчасного лікування, руйнує та деформує особистість залежного, доводячи його до крайніх заходів, наприклад, до суїцидальної поведінки.

1.2 Хімічна залежність та її особливості

Говорячи про залежності, важливо визначити основні їхні види, які у науковій літературі диференціюються на дві великі групи – хімічні і нехімічні. Одразу відзначимо, що обидві групи залежностей дуже важко піддаються корекції, незважаючи на те, що фізично хімічні залежності вважаються більш небезпечними для здоров'я і навіть призводять до смерті.

Відповідно до номенклатури ВООЗ, хімічні залежності відносяться до категорії «розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин» (далі –

ПАР) та входять до класу «розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин та залежною поведінкою».

Психоактивна речовина – це будь-яка речовина до складу якої входять хімічні елементи, здатна впливати на діяльність ЦНС. Її вплив може бути як позитивним, так і негативним. Під «залежністю від ПАР» розуміється порушення регуляції вживання ПАР, що виникає в результаті їх повторного або постійного вживання [20, с. 96].

Хімічна залежність – хронічне прогресуюче захворювання, спричинене систематичним вживанням психоактивних речовин. Виявляється комплексом поведінкових, неврологічних, особистісних та інших порушень.

Хімічна залежність є одним із видів адиктивної поведінки – девіантної поведінки, спрямованої на уникнення реальності. Таке уникнення реальності реалізується у вигляді штучної трансформації психічного стану з допомогою ПАР [31, с. 95].

Хімічна залежність – прогресивне захворювання, викликане вживанням психоактивної речовини. Головний її критерій – виникнення абстинентного синдрому як наслідку наявності фізичної залежності від конкретної речовини.

У широкому значенні під хімічною залежністю (інші назви – лікарська, наркотична) розуміють залежність від вживання будь-яких психоактивних речовин, які у зв'язку з цим поділяються на легальні (тютюн, алкоголь, ліки) та нелегальні наркотики (кокаїн, похідні коноплі, опіату та ін.). При одноразовому прийомі подібні засоби викликають бажані реакції (з точки зору споживача), а при регулярному можуть призвести до формування стійкої психічної та фізичної залежності.

Шкідливе вживання ПАР діагностується при заподіянні шкоди фізичному чи психічному здоров'ю. Синдром залежності при цьому характеризується сильним бажанням прийняти хімічну речовину, труднощі з контролем її вживання, фізіологічний стан відміни, нехтування

альтернативними задоволеннями та інтересами і сталість вживання, незважаючи на заподіяння шкоди собі та іншим.

Специфічною особливістю хімічної залежності є наявність тісного зв'язку між двома її аспектами – клінічним та психосоціальним. Це означає, що поведінку, пов'язану з вживанням наркотиків, необхідно розглядати з двох сторін: як комплекс соціально-психологічних проблем, а також як наслідок прогресуючих фізико-хімічних змін в організмі. Патологічний потяг до речовини призводить до розвитку стійкої залежності, змінює психіку та поведінку людини, негативно впливає на здоров'я [58, с. 5].

Причини, які підштовхують людину до прийому ПАР, можна об'єднати у 3 групи [31, с. 96]:

1. Медико-біологічні: спадкова схильність, виховання в атмосфері пияцтва та наркотизації батьків, алкогольна та наркотична залежність у близьких родичів.

2. Психологічні чинники хімічної залежності – сукупність мотивів, які спонукають до вживання психоактивних засобів. До них відносяться цікавість, «наслідування» дорослим, труднощі пристосування до навколишнього оточення, конфлікти з однолітками, занижена самооцінка, почуття неповноцінності, незадоволеність, боязкість, стан психічного дискомфорту, особливості характеру.

3. Соціальні: негативний вплив оточення, постійні стреси, психотравмуючі ситуації різного характеру, розлучення батьків, відсутність взаєморозуміння та близьких відносин у сім'ї, брак уваги або надмірний контроль з боку батьків та ін.

Найчастіше, як фактори, що сприяють розвитку хімічної залежності виділяють сім'ю, а саме: порушення взаємовідносин у сім'ї, непослідовний стиль виховання, конфліктні відносини, емоційно холодні відносини, негативний вплив на дітей з боку батьків (фізична агресія, психологічний тиск, образи, сексуальне домагання), відсутність духовного (культурного) спілкування та багато іншого.

Також, більшість дослідників вказують на те, що в умовах соціальної нестабільності, коли нормативний контроль і взаємозв'язок у суспільстві знижуються, вірогідність проявів девіантної поведінки, включаючи захоплення ПАР, суттєво зростає [68].

Залежно від різних ПАР симптоми залежності відрізняються, але при цьому мають загальні критерії [76, с. 60]:

- 1) непереборне бажання приймати речовину, незважаючи на шкідливі наслідки;
- 2) порушення контролю вживання;
- 3) толерантність, тобто потреба у збільшенні дозування;
- 4) звуження інтересів;
- 5) «синдром відміни».

Також, наявність хімічної залежності можна проводити за допомогою діагностичних критеріїв: [72, с. 76]:

1. Наявність сильного бажання чи потягу до хімічної речовини;
2. Невиконання основних обов'язків на роботі, у школі або вдома;
3. Продовження вживання речовини, незважаючи на соціальні чи міжособистісні проблеми, спричинені вживанням психоактивних речовин;
4. Характер вживання, що загрожує фізичному здоров'ю.

На думку авторів, такий підхід дозволяє, на підставі виразності критеріїв оцінювати тяжкість стану пацієнта.

Згідно МКБ 11 до психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин відносять [41]:

- 6C40 Розлади, спричинені вживанням алкоголю.
- 6C41 Розлади, спричинені вживанням каннабісу
- 6C42 Розлади, спричинені синтетичним застосуванням канабіноїдів
- 6C43 Розлади, спричинені вживанням опіоїдів
- 6C44 Розлади, спричинені прийомом седативних, снодійних чи анксіолітиків
- 6C45 Розлади, спричинені вживанням кокаїну.

6C46 Розлади, спричинені вживанням стимуляторів, включаючи амфетаміни, метамфетамін або меткатинон

6C47 Розлади, спричинені використанням синтетичних катинонів

6C48 Розлади, спричинені вживанням кофеїну

6C49 Розлади, спричинені вживанням галюциногенів

6C4A Розлади, спричинені вживанням нікотину.

6C4B Розлади, спричинені використанням летючих інгаляторів

6C4C Розлади, викликані вживанням MDMA або родинних наркотиків, включаючи MDA

6C4D Розлади, викликані прийомом дисоціативних препаратів, включаючи кетамін та фенциклідин

6C4E Розлади, спричинені вживанням інших певних психоактивних речовин, включаючи ліки

6C4F Розлади, спричинені вживанням декількох певних психоактивних речовин, включаючи ліки

6C4G Розлади, спричинені вживанням невідомих або неуточнених психоактивних речовин

6C4H Розлади, спричинені вживанням не психоактивних речовин

На відміну від попередньої версії, МКБ-11 також пропонує ряд додаткових показників, до яких належать патерни вживання, поточний характер вживання (ремісія, активне вживання тощо), таким чином досягається велика диференційність діагностики.

Великі нейрокогнітивні дослідження показали, що порушення, що виникають у мозку внаслідок тривалого споживання ПАР, носять численний, але відповідний вживаній речовині характер. Це відбивається на клінічній картині тих чи інших залежностей.

У результаті розвитку хімічної залежності послідовно формуються такі синдроми: синдром зміненої реактивності; синдром психічної залежності; синдром фізичної залежності; синдром наслідків хронічної наркотизації/алкоголізації.

Провідними проблемами людей, що мають хімічну залежність є базові проблеми саморегуляції у чотирьох основних сферах. До цих сфер відносяться почуття, самооцінка, взаємини, турбота про себе.

До хімічних залежностей відносяться алкогольна, наркотична, нікотинова, лікарська, токсикоманія.

Наркоманія – хворобливий стан, що характеризується нагальною потребою у повторному багаторазовому вживанні ПАР, що набуває форми непереборного потягу [63; 66].

Наркоманія є одним із видів хімічної залежності – це найважче захворювання, що глибоко вражає душу та тіло. Виділяють такі види наркоманій [67, с. 4]:

- опійну (морфінну);
- обумовлену зловживанням препаратами конопель;
- зумовлену зловживанням різними психостимуляторами;
- викликану прийомом деяких седативно-снотворних препаратів;
- кокаїнову;
- обумовлену прийомом галюциногенів;
- обумовлену вдиханням летких органічних розчинників (інгальнтів) – парів різних розчинників побутової хімії та ін.

Наступним видом хімічної залежності є алкогольна залежність. Алкоголізм, являє при цьому психічну хворобу, що розвивається внаслідок тривалого зловживання спиртними напоями. У вітчизняній науці соціально-психологічний підхід до алкоголізму пов'язують із клініко-психопатологічними особливостями хворих [59, с. 111].

Згідно із особистісним підхід до алкоголізму виділяють два аспекти: особистісні риси людей із алкогольною залежністю та особистісний сенс алкоголізації [23, с. 42].

У літературі, присвяченій вивченню питання наркотизації, давно існує тенденція, що полягає у позначенні особливості алкогольної залежності за характером споживання спиртних напоїв та їх різновидів.

Також, деякі дослідження дозволяють відокремити зловживання алкоголем від алкогольної залежності. Основним аргументом, що в них наводиться є відсутність чітко вираженого абстинентного синдрому. У зв'язку з цим виділяють терміни «побутове пияцтво», «розгульне, проблемне пияцтво», а також термін «пивний алкоголізм» [34, с. 87].

Проте такий поділ не є суттєвим, оскільки, по-перше, при систематичному вживанні алкоголю та виникненні відповідного «алкогольного» способу життя, як правило, вже з'являється стійке підвищення хронічної нейрональної та ферментної толерантності до алкоголю, слабшає або зникає блювотний рефлекс. По-друге, потяг до алкоголю починає набувати характеру домінанти. По-третє, ознаки абстинентного синдрому можуть виявлятися не так у вигляді сомато-неврологічних розладів, як у психологічному дискомфорті.

Як основну причину того, що людина почала вживати алкоголь, називають необхідність зняти емоційну напругу після трудового дня, уникнути проблем, «розслабитися» та ін.

В рамках психоаналітичного напрямку алкогольна залежність людини інтерпретується з точки зору підкреслення інстинктивних аспектів вживання, що приносять задоволення. У психоаналізі вживання сприймається як функція невротичних захисних механізмів. Алкоголь тут є засобом подолання емоційної напруги та тиску зовнішнього соціального оточення з метою досягнення адаптації при розладах «Я», що виявляються в станах дистресу та дисфорії, асоційованих з декомпенсацією нарцисичних тенденцій [Drugs].

З погляду особистісного підходу до алкоголізації більш схильні одні типи особистості, ніж інші. Але з позиції цього підходу важко передбачити чутливість до патологічних ефектів дії алкоголю. Існує багато переліків особистісних рис, які можуть утворювати особистісну схильність до алкоголізму. Загалом, особистісний сенс алкоголізації полягає в доступі до психологічних ресурсів (включаючи відчуття сміливості, фантазії могутності

тощо). Внаслідок цього у звичайній ситуації взаємодії з людьми, залежна людина поводить незвичайним чином [62, с. 177].

Теорія реактивного опору У. Брема представляє мотиваційний підхід до алкоголізму [50, с. 33]. Центральне припущення теорії у тому, що мотивація актуалізується тоді, коли виникає загроза свободі поведінки індивіда. Під реактивним опором у цій теорії розуміється мотиваційна активація індивіда, спрямована на відновлення свободи. У випадку, коли особистість не може самотійно обрати бажану мету, її результат, свобода розглядається як обмежена. Реактивний опір має такі основні параметри: попереднє очікування свободи, сила загрози свободі, важливість свободи особистості, співвідношення загрози зі своєю свободою.

Теорія реактивного опору передбачає такі результати поведінки при загрозі свободі або її елімінації:

- (а) підвищення атрактивності відповідного результату;
- (б) прямі спроби змінити ситуацію та відновити свободу;
- (в) вибір пов'язаних з основним видом поведінки інших видів поведінки;
- (г) ворожі та агресивні почуття стосовно відповідального за загрозу свободі чи елімінацію свободи агенту.

Алкоголізація виступає тут формою поведінки, пов'язаної з основним видом поведінки, що обирається за неможливості відновлення свободи за допомогою основного виду поведінки.

Теорія реактивного опору багато в чому близька до теорії «завченої безпорадності» М. Селігмана [76, с. 50]. Однак припущення щодо результатів поведінки, які робляться на основі цих двох теоретичних моделей, помітно різняться.

Підхід з позицій теорії соціального навчання описує ініціальне вживання, і підтримку вживання алкоголю, і полягає в наступних основних положеннях [71, с. 42]:

- 1) Вживання алкоголю, головним чином, функціональне, і ґрунтується на його очікуваній дії.

2) Пияцтво завчене. Навчання здійснюється через процес спостереження та комунікації. Матеріалом для навчання є очікувані наслідки дії алкоголю та результати безпосереднього досвіду.

3) Навчання важкому пияцтву зазнає вплив компенсаторних процесів. Гомеостатистичні процеси в організмі, спрямовані на компенсацію наслідків вживання алкоголю, включені у процес навчання.

4) Завчений стан може ставати компульсивним (насильницьким). Очікувана дія алкоголю при цьому входить у суб'єктивну матрицю «витрат – вигод». Отже пияки мають докази як до вживання, так і до помірності.

5) Є тенденція до порушення когнітивного контролю, включена у процес «навчання безпорадності». Ця тенденція проявляється у пошкодженні здатності планувати поведінку, пов'язану з алкоголізацією.

6) З прогресуванням пияцтва пов'язана зміна природи загострень, що набувають фазного характеру.

Також, можна виділити теорію очікуваного впливу алкоголю А. Марлатта [76, с. 51]. Науковець після проведення дослідження алкоголезалежних, які проходили лікування аверсивним методом (електрошок) виявив, що у 78% випадків протягом 3-х місячного катамнестичного спостереження вони поверталися до вживання алкоголю. Ця поведінка найчастіше провокувалась стресом, що виникав у процесі соціальної інтеракції, головним чином, інтерперсональними конфліктами.

У двох інших дослідженнях проблемних та соціальних пияк науковцем було продемонстровано роль алкоголю в редукції психоемоційної напруги. У наступному експериментальному дослідженні А. Марлатт показав, що найбільші переживання соціального стресу у вигляді фрустрації та ворожості з'являлися в інтерперсональному контексті, особливо за відсутності можливості використання інших реакцій подолання.

На основі цих даних автор зробив висновок про виникнення реакції зниження почуття самоефективності та невпевненості здатності ефективного подолання аликції у алкоголезалежних.

Тобто, акоголізацію можна розуміти як альтернативну реакцію подолання. Очікування позитивних ефектів алкоголю підвищує ймовірність такого розуміння. Відповідно, акоголізація призводить до того, що людина припиняє відповідати за свою поведінку. Модель акоголізації як способу подолання, де ключову роль відіграє очікувана дія алкоголю, виявилася релевантною не тільки ініціації вживання в стресогенній ситуації, але й опису рецидивів [7, с. 52].

Інші дослідники пов'язують очікувану дію алкоголю зі створенням емоційного фону. На цей фон легко проєктуються ті психологічні стани, на які очікує людина. На основі клінічного спостереження працюючих неповнолітніх було зроблено висновок, що описує акоголізацію як ілюзорне задоволення бажань, вирішення неприємних ситуацій, ухиляння від життєвих конфліктів, тобто як спосіб подолання [9, с. 190].

В іншому дослідженні, було визначено, що тривала емоційна напруга впливає на перебіг акоголізму, прискорюючи формування розгорнутої клінічної картини хвороби та прискорюючи її рецидиви [25, с. 9].

Паління – це хімічна залежність, яка пов'язана із вживанням тютюнових виробів, насамперед сигарет, які містять речовину, що викликає залежність, а саме нікотин.

При цьому нікотинова залежність має кілька відмінних ознак [22, с. 175]:

1. Нікотин є речовиною, що викликає звикання. Дана речовина являє собою природний алкалоїд, що міститься в рослинах тютюну. При вдиханні через паління нікотин швидко потрапляє в кров і впливає на мозок.

2. Швидке потрапляння до мозку. В процесі паління нікотин надходить у мозок за лічені секунди, створюючи швидку та приємну реакцію. Нікотин зв'язується з нікотиновими рецепторами ацетилхоліну, вивільняючи дофамін, нейромедіатор, пов'язаний із задоволенням і винагородою.

3. Толерантність і залежність. З часом організм може виробити толерантність до нікотину, що означає, що курцям потрібно споживати все більшу його кількість, щоб досягти тих самих приємних ефектів. Це

призводить до залежності, коли організм жадає нікотину, щоб почуватися «нормально».

4. Симптоми «відміни». Коли курець намагається кинути палити або тривалий час не курить, він часто відчуває симптоми «відміни», такі як дратівливість, тривога, тяга, труднощі з концентрацією та підвищений апетит. Ці симптоми є сильним стимулом продовжувати палити.

5. Психологічний компонент. Залежність від паління має значний психологічний компонент. Багато курців асоціюють куріння з певною діяльністю чи емоціями, такими як зняття стресу, соціальна взаємодія чи розслаблення. Розірвання цих психологічних асоціацій може бути серйозною проблемою під час припинення куріння.

6. Підкріплення. Паління забезпечує як позитивне підкріплення (зняття задоволення та стресу), так і негативне підкріплення (полегшення симптомів абстиненції) для курця. Це робить його дуже підкріплюючою поведінкою, від якої важко відмовитися.

7 Ризик рецидиву. Навіть після успішного припинення паління ризик рецидиву залишається високим через довгострокові наслідки нікотинової залежності. Стрес, соціальні ситуації та ознаки, пов'язані з паління, можуть викликати потяг та призвести до рецидиву.

8. Фізична та психологічна тяга. Курці відчувають як фізичну, так і психологічну тягу до нікотину. Фізична тяга пов'язана з фізичною залежністю організму від нікотину, тоді як психологічна тяга пов'язана зі звичними та емоційними аспектами куріння.

9. Наслідки для здоров'я. Паління пов'язане з низкою серйозних наслідків для здоров'я, включаючи рак легенів, серцеві захворювання та проблеми з диханням. Незважаючи на усвідомлення ризиків, багатьом курцям надзвичайно важко кинути палити через залежність від нікотину [78].

10. Біологічні зміни. Тривале паління призводить до біологічних змін у мозку, включаючи зміни в системі винагороди мозку. Ці зміни можуть зробити припинення куріння складнішим.

11. Потреба у комплексній підтримці. Через складну та стійку природу нікотинової залежності кинути палити часто вимагає комплексної підтримки, включаючи консультування, ліки та поведінкові стратегії.

Тобто, нікотинова залежність є серйозною проблемою для здоров'я, і кинути палити може бути складно.

Аналіз літератури дозволяє зробити висновок та припущення про те, що в осіб з хімічною залежністю відзначається ряд психологічних особливостей, а саме: підвищений рівень тривожності, агресивності, високі показники самозвинувачення та внутрішньої конфліктності. Отже, хімічна залежність є залежністю, яка характеризується появою звикання людини до психоактивних речовин.

1.3 Психотравмуюча ситуація як причина виникнення хімічної залежності

Сучасна реальність пронизана величезною кількістю важких чи травмуючих ситуацій, що являють собою такі екстремальні критичні події або ситуації загрози. Вони надають потужний та негативний вплив на індивіда, вимагаючи від нього екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього впливу. Ці ситуації можуть набирати форми незвичайних обставин чи якихось подій, які піддають індивіда екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як його самого, так і близьких, та докорінно порушують відчуття безпеки [49, с. 51].

Одним із критеріїв важкої життєвої ситуації є неможливість здійснення чогось за допомогою звичного способу дій та стратегій поведінки. Багато дослідників сходяться на думці, що важкі ситуації характеризуються підвищеною витратою ресурсів. У зв'язку з цим можна говорити, що будь-яка ситуація, де людина змушена використовувати збільшений, незвичний для неї арсенал дій, набуває статусу життєвоскладної. Але також виділяють і ситуації екстремального, психотравмуючого характеру, переживання яких потребує ще більше людських зусиль, а часто й мобілізацію всіх ресурсів без винятку.

Незважаючи на те, що статус важкої або екстремальної ситуація набуває індивідуально, в результаті багатьох досліджень було виділено певні категорії подій, що носять психотравмуючий. Наприклад, небезпечна, невиліковна хвороба, воєнні дії, природні катастрофи, смерть близьких та інші. Щодо важких життєвих ситуацій наукових досліджень надто мало [80, с. 287].

Кожна людина має певний адаптаційний потенціал чи психологічний ресурс, що дозволяє долати чинники стресу певної інтенсивності, але за тривалості чи інтенсивності впливу перевищують адаптаційний потенціал людина отримує психологічну травму.

В останні роки підвищилася увага до вивчення психотравм та їхнього впливу на особистість. Багато дослідників стверджують, що психологічна травма не менш небезпечна для людини і може вплинути на її здоров'я набагато сильніше і глибше, ніж фізична недуга.

І хоча тема психотравми досліджувалась багатьма авторами, у науковій літературі досі немає єдиної думки з цієї проблеми. Дослідники різних психологічних шкіл розглядають проблему по-різному. Розглянемо деякі визначення даного поняття.

Психічну травму, можна розуміти як життєву подію, що зачіпає значні сторони існування людини і призводить до глибоких психологічних переживань [37; 69].

При цьому її характеристиками є інтенсивність; смисл; значимість та актуальність; патогенність; гострота появи (раптовість); тривалість; повторюваність; зв'язок з преморбідними особистісними особливостями [56; 70].

О. Євсюков визначає психічну травму як внутрішній психічний конфлікт, який з'являється на основі соматичного ослаблення насамперед у преморбідно розташованих до психогеній осіб [15, с. 122].

Складність вивчення травмуючих ситуацій полягає в тому, що їх число і джерела багатомірні. Тому вони визначаються як ситуації, що загрожують життю людини або можуть призвести до серйозної фізичної травми або

поранення; взаємопов'язані зі сприйняттям фізичного насильства щодо інших людей; мають відношення до впливу або інформації про вплив шкідливих факторів середовища [54, с. 5]

Дослідники відзначають і на різниці понять «психічна травма» та «психологічна травма» [18]. Різниця даних понять ґрунтується на тому, що психічна травма – це ушкодження (кимось чи чимось) психіки, що призводять до помітного порушення її нормального функціонування (людина перестає впізнавати близьких, погіршується увага, відбувається порушення мови, прогалини у пам'яті, мислення стає плутаним). При психологічній травмі порушень функцій психіки немає, у людини залишаються можливості адекватно приймати рішення, адаптуватися в обстановці, успішно вирішувати проблеми, що виникають.

Варто зауважити те, що у медичній літературі поняття «психологічна травма» відсутня і певних критеріїв нанесення психотравми – немає.

У психологічному словнику дано таке визначення: психологічна травма чи психічна травма – шкода, нанесена психічному здоров'ю людини внаслідок інтенсивного впливу несприятливих чинників середовища проживання або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку. Як бачимо, тут ці два поняття не диференційовані [33].

За DSM-IV (American Psychiatric Association), травматична подія має місце тоді, коли вона пов'язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або якоюсь іншою загрозою фізичної цілісності. Причому дана подія може торкатися людини прямо чи опосередковано, через релевантних осіб. Але іноді травма виникає і через те, що людина стає свідком загрозової комусь небезпеки, поранення чи смерті зовсім чужої йому людини [61].

З розглянутих визначень, можна дійти висновку, що психотравма є специфічним класом критичних подій, що змінюють людське життя. При цьому психотравмуючим подіям притаманні такі характеристики: небажаність; негативний вплив; їх важко контролювати.

Таким чином, психотравма – це життєво важлива подія для індивіда, що торкається значних сторін його існування та призводить до глибоких психологічних переживань, наслідком чого можуть бути порушення адаптації та розлади, пов'язані зі стресом.

Провідним механізмом подолання особистості з психічною травмою є дисоціація. Термін дисоціація походить від латинського – «dissociatio» і означає роз'єднання, поділ.

Дисоціація – несвідомий процес, поділяючий мислення (чи психічні процеси загалом) деякі складові, що веде порушення звичайно інтегрованих функцій свідомості, пам'яті, ідентичності і сприйняття оточуючого. В результаті роботи цього механізму людина починає сприймати те, що відбувається з нею так, ніби воно відбувається не з нею, а з кимось стороннім. Цей «дисоційований» процес захищає від надмірних і нестерпних емоцій. Незважаючи на захисний характер дисоціативних процесів, дослідження показали, що при тривалому існуванні дисоціативного процесу захисний характер його перетворюється на основу для спотвореного сприйняття дійсності, несприятливо впливаючи на адаптацію.

На основі проведених досліджень виділяються різні класифікації психотравм. Згідно з однією з класифікацій, їх розмежовують за ступенем їх інтенсивності, а саме:

- 1) масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані (вони можуть бути надактуальними для особистості і абсолютно неактуальними);
- 2) ситуаційні гострі, несподівані, ті що багатопланово залучають особистість (пов'язані зі втратою соціального престижу, зі шкодою самоствердження);
- 3) пролонговані ситуаційні, що трансформують умови багатьох років життя (можуть бути усвідомлюваними, переборними та неусвідомлюваними, непереборними);
- 4) пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкої психічного перенапруги (можуть викликатися самим змістом ситуації

чи надмірним рівнем домагань особистості за відсутності об'єктивних можливостей для досягнення звичайного ритму діяльності) [55].

Також, психічні травми поділяють на об'єктивно-значущі та умовно-патогенні, що підкреслює семантичну роль події. Об'єктивно-значущі психотравми при цьому є травматичними подіями, значимість яких вважається високою переважною більшістю людей (смерть близького, розлучення, звільнення). Під умовно-патогенними розуміються травматичні події, що викликають переживання через особливості ієрархії цінностей людини [19; 60].

Щодо психотравмуючих факторів, то вони бувають [11; 39]:

- 1) шокowymi психічними травмами (напад тварини, удар грому, зустріч з чижинцем);
- 2) короткочасними, але психологічно дуже значущими для людини;
- 3) хронічно-діючими, що зачіпають основні орієнтації особистості (сімейні конфлікти, суперечливе та деспотичне виховання тощо);
- 4) факторами емоційної депривації (недолік догляду, турботи, ласки тощо).

Згідно іншої класифікації, психотравми можна об'єднати у такі групи [36; 75]:

- 1) психічні травми, що умовно являють собою «емоційне позбавлення» (при цьому людина позбавляється об'єкта прихильності або виявляється поза ситуацією, що викликає позитивну емоційну реакцію);
- 2) різноманітні конфлікти;
- 3) психічні травми, які становлять загрозу життю (землетрус, повені, краху та інших.).

Часто психотравмуючі події відбуваються раптово та несподівано. Тому жертви травматичних подій зазнають багаторазових навантажень, і цілої низки наслідків цих перевантажень. Тому, для визначення наявності психотравми встановлюється низка ознак (симптомів). Симптомами психотравм є [14; 40; 57; 65]:

- наявність події, яка оцінюється як сильний удар;
- нав'язливість спогадів (думок, що постійно «перемотуються»; подій, що лежать в основі травми);
- залучення (людина не поділяє себе і ситуацію, яка призвела до психотравми, не може від неї дистанціюватися, подивитися на те, що сталося спокійно, зі сторони);
- постійне відчуття душевного та фізичного дискомфорту, внутрішньої спустошеності та пригніченості, образи, розгубленості;
- апатія, небажання щось робити, тяжкий стан приреченості та безвиході, якого неможливо позбутися;
- схильність реалізовувати життєві сценарії, спрямовані на саморуйнування.

Ці симптоми досить умовні, оскільки кожна людина індивідуально переживає ті події, що її травмували. Тому, ступінь тяжкості психічної травми, залежить від індивідуального сприйняття людини, її захищеності у психологічному плані, стійкості до стресів.

Травматичні події можуть бути тісно пов'язані з появою хімічної залежності або розладів зловживання психоактивними речовинами. Їх зв'язок складний і багатогранний. Адже не у кожного, хто пережив травму, розвивається розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин.

Визначимо способи взаємозв'язку травми та зловживання психоактивними речовинами:

1. Механізм подолання. Травматичні події, такі як фізичне чи емоційне насильство, бойові дії, стихійні лиха чи особисті втрати, можуть призвести до непереборного почуття страждання, тривоги та депресії. Намагаючись впоратися з цими хворобливими емоціями, люди можуть вдаватися до наркотиків або алкоголю як способу самолікування та тимчасового порятунку від травми.

Наприклад, згідно з результатами соціологічних досліджень близько 55 % солдатів уживали алкоголь під час бойових дій у Чеченській Республіці, а кожний четвертий – наркотики або транквілізатори (в основному військовослужбовці військової служби за контрактом). Серед учасників бойових дій в Афганістані наркоманія була поширена набагато менше. Так, 25 % опитаних військовослужбовців обмеженого контингенту військ вказували на вживання алкоголю, а наркотичних речовин – менше 10 %. Крім того, якщо в Афганістані вживалися «м'які» наркотики рослинного походження, то в Чечні й у зоні АТО на сході України – уже «важкі» наркотики хімічного походження, а також лікарські препарати типу наркотичних анальгетиків і транквілізаторів. Причини зростання наркотизації військовослужбовців – учасників бойових дій чималою мірою визначаються різною підготовкою, відношенням військовослужбовців до військової служби і до безпосередньої участі у збройних конфліктах [5; 6].

Але людина має розуміти, що ПАР може запропонувати короткочасне полегшення симптомів, пов'язаних із травмою. Подальше ж вживання призводить до довготермінових негативних наслідків, включаючи погіршення психічного здоров'я, напружені стосунки, юридичні проблеми та проблеми з фізичним здоров'ям.

2. Самолікування. Особи, які пережили травму, можуть використовувати речовини для полегшення емоційного та психологічного болю, пов'язаного з їхніми травматичними спогадами. Тимчасове полегшення, яке надають наркотики чи алкоголь, може бути привабливим, тому людям важко припинити їх вживання.

3. Уникнення та знеболювання. Деякі люди використовують речовини, щоб знеболити або уникнути тривожних спогадів і почуттів, пов'язаних із травмою. Вживання психоактивних речовин створює при цьому тимчасовий буфер проти болю, але це не вирішує основних проблем [3, с. 31].

4. Супутні розлади. Психотравма та зловживання психоактивними речовинами часто виникають одночасно, що призводить до так званого

подвійного діагнозу або супутнього розладу. У цих випадках люди мають справу як з розладом психічного здоров'я, пов'язаним із травмою (наприклад, посттравматичний стресовий розлад або депресія), так і з розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин.

5. Фактори ризику. Вплив травматичних подій можна вважати фактором ризику розвитку зловживання психоактивними речовинами. Травма може збільшити вразливість до залежності, особливо у випадках, коли травма не лікується ефективно.

6. Травма може спровокувати тяжіння до певних речовин, через що людям, які раніше вже подолали залежність, важко протистояти бажанню знову вживати. Стресори, пов'язані з травмою, також можуть призвести до рецидиву серед осіб, які успішно зберігали тверезість [4, с. 87].

7. Складний зв'язок. Зв'язок між травмою та зловживанням психоактивними речовинами складний і двосторонній. Травма може сприяти зловживанню психоактивними речовинами, а зловживання психоактивними речовинами може посилити психологічний вплив травми.

Визнання зв'язку між травмою та зловживанням психоактивними речовинами має вирішальне значення для надання належної допомоги та лікування. Інтегровані підходи, спрямовані як на травму, так і на залежність, такі як терапія з урахуванням травми та програми лікування з подвійною діагностикою, можуть бути ефективними в допомозі одужанню від переплєтених проблем травми та зловживання психоактивними речовинами. Крім того, системи підтримки, консультування та доступ до послуг психічного здоров'я є важливими для людей, які прагнуть подолати подвійний вплив травми та хімічної залежності [12, с. 28].

Отже, у підходах до розуміння психотравми, її проявів та її впливу на особистість існує безліч протиріч. Варто відмітити не велику кількість досліджень, в яких взаємозв'язок симптомів психотравми, наслідків впливу на особистість та зв'язок з виникненням хімічної залежності.

Висновки до розділу 1

Розглянуто феномен залежної поведінки у психологічній науці. Виявлено, що формування залежності робить людину максимально вразливою, вона стає слабкою, безвольною, її настрій залежить виключно від того, чи має вона можливість на цей час здійснити контакт з об'єктом залежності чи ні. Внаслідок цього, залежні люди фактично «випадають» із суспільних відносин, виконуючи лише формальні функції. Їх мучить самотність, вони часто перебувають у стані депресії, яка за відсутності своєчасного лікування, руйнує та деформує особистість залежного, доводячи його до крайніх заходів, наприклад, до суїцидальної поведінки.

Досліджено хімічну залежність та її особливості. Аналіз літератури дозволив зробити висновок та припущення про те, що в осіб з хімічною залежністю відзначається ряд психологічних особливостей, а саме: підвищений рівень тривожності, агресивності, високі показники самозвинувачення та внутрішньої конфліктності. Отже, хімічна залежність є залежністю, яка характеризується появою звикання людини до психоактивних речовин. Здійснено розгляд психотравмуючої ситуації як причини виникнення хімічної залежності. У підходах до розуміння психотравми, її проявів та її впливу на особистість існує безліч протиріч. Травматичні події можуть бути тісно пов'язані з появою хімічної залежності або розладів зловживання психоактивними речовинами. Їх зв'язок складний і багатогранний. Адже не у кожного, хто пережив травму, розвивається розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В СИТУАЦІЇ ТРАВМИ

2.1 Методологічне обґрунтування дослідження особливостей виникнення хімічної залежності

Організація та методологічне забезпечення аналізу проблеми виникнення хімічної залежності в психотравмуючих ситуаціях є важливим кроком для розуміння складності цього явища. Це вимагає систематичного підходу, використання наукових теорій та доказової методології для вивчення різних аспектів цієї проблеми. Організація дослідження повинна бути ретельно спланованою, з урахуванням різноманітності факторів, які впливають на виникнення хімічної залежності в психотравмуючих ситуаціях.

Вибірка. Емпіричне дослідження проводилось серед чоловіків, що входили до одного з підрозділів сил територіальної оборони Збройних Сил України. У дослідженні взяло участь 27 військовослужбовців, які знаходилися на лікуванні з травмами середньої тяжкості. Вік респондентів становив від 25 до 45 років.

Оскільки метою дослідження є виявлення хімічної залежності, що була отримана в результаті травми та визначення способів надання психологічної допомоги особам, що мають цю залежність, для цього необхідно вирішити декілька завдань:

1. Виявити схильність до залежної поведінки.
2. Оцінити наявність чи відсутність травматичного стресу.
3. Оцінити вплив травматичних подій на психіку респондентів.
4. Оцінити механізми психологічного захисту, що застосовуються респондентами.

Для того, щоб отримати більш точний результат роботи, дослідження було розбите на декілька етапів, а саме:

1. Діагностичний етап. Метою даного етапу було виявлення схильності до залежної поведінки, визначення наявності травматичного стресу, оцінка впливу травматичних подій та оцінка механізмів психологічного захисту. На підставі отриманих результатів здійснювалася розробка програми психологічної допомоги.

2. Психопрофілактичний блок. Мета даного етапу полягала в попередньому дослідженні методів та напрямів психотерапевтичної допомоги особам із хімічною залежністю та їх використання у розробленій програмі для надання психологічної допомоги в подоланні хімічної залежності, що була здобута в ситуації травми.

Для реалізації діагностичного етапу нами було відібрано психодіагностичних методик, що спрямовані на виявлення особливостей респондентів, а саме: схильність до залежної поведінки, наявність впливу травматичного стресу, вплив травматичних подій на їх психіку та механізми психологічного захисту, що ними використовуються.

Усього було використано 5 психодіагностичних методик. При виборі методик нами враховувалися такі фактори:

1. Психологічна оцінка застосування та надійність методики за даними низки вітчизняних та зарубіжних дослідників.
2. Доступність методики для випробуваних.
3. Придатність даних методик для групових обстежень.
4. Можливість кількісної та якісної обробки одержаних результатів.
5. Стандартизація методик.

Розглянемо особливості кожної з обраних методик.

1. Опитувальник травматичного стресу І. О. Котенєва (побудований за критеріями МКБ-10 для ПТСР). Вибір даного опитувальника був обґрунтований необхідністю діагностики психологічних наслідків травматичного стресу. Цей тест використовується для вивчення стану людини, що виникає після впливу на неї надзвичайних факторів, а саме – перебування в екстремальних умовах. Досліджувані показники: надпильність,

перебільшене реагування, притупленість емоцій, агресивність, порушення пам'яті та концентрація уваги, депресія, загальна тривожність, напади люті, зловживання наркотичними та лікарськими речовинами, непрохані спогади та галюцинаторні переживання, проблеми зі сном (труднощі із засинанням та уривчастий сон), вина того, хто вижив [1].

При складанні даного опитувальника було використано окремі пункти методик стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості (Л.Н. Собчик) та опитувальника дисоціативності DIS-Q (J.Vanderlinden). Інші твердження мають авторське формулювання та основані на результатах багаторічних досліджень випадків психічної травматизації.

Опитувальник складається з короткої інструкції та 110 пунктів-тверджень. Для його проходження респонденти мали використовувати 5-бальну шкалу Лайкерта (від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно») оцінюючи кожне твердження в залежності від того, як воно відповідає їх власному стану.

При цьому 56 пунктів – «ключові» та призначені для оцінки виразності симптомів постстресових порушень. Інші 15 пунктів увійшли до додаткової «шкали депресії», 9 пунктів складають три оціночні шкали – «брехня», «агравація» та «дисимуляція». Ці шкали забезпечують контроль ступеню щирості випробуваних при наголошенні на тяжкості свого стану або запереченні щодо наявності психологічних проблем.

Також, даний опитувальник містить резервні та «замасковані» твердження. Їх метою є створення перешкод для мимовільного розуміння випробуваним основної спрямованості тесту. Окрім «прямих» тверджень, погодження з якими випробуваного оцінюється як наявність у нього того чи іншого шуканого симптому, для балансування «тенденції згоди» в опитувальнику містяться «зворотні» пункти, негативні відповіді на які є важливими.

Обробка результатів здійснюється завдяки ключам опитувальника. Там виділені «прямі» (які не потребують перекодування при підрахунку) та

«зворотні» твердження, відповіді на які повинні бути перекодовані: відповідям «5» («абсолютно вірно») та "4" («скоріше вірно») присвоюються значення 1 і 2 відповідно, а відповідям «1» («абсолютно невірно») і «2» («скоріше невірно») – 5 і 4. Потім простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних та основних субшкал ПТСР та ГСР.

Підсумкові показники ПТСР та ГСР виходять в результаті підсумовування значень основних субшкал:

$$\text{ПТСР} = A(1) + B + C + D + F;$$

$$\text{ГСР} = A(1) + b + c + d + e + f.$$

Де ПТСР: A(1) (подія травми), B (повторне переживання травми – «вторгнення»), C (симптоми «уникнення»), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес та дезадаптація);

ГСР: A(1) (подія травми), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – «вторгнення»), d (симптоми «уникнення»), e (симптоми гіперактивації), f (дистрес та дезадаптація).

Інтерпретація результатів проводиться з урахуванням підсумкових показників ПТСР і ГСР, і субшкал опитувальника. Це дозволяє оцінити відносну вираженість окремих груп симптомів. Враховуючи сильну позитивну кореляцію, що існує між ПТСР та ГСР, у випадках, коли з моменту травмування пройшло досить багато часу (3 місяці і більше), можна обмежитися аналізом лише показників ПТСР. Якщо ж обстеження проводилося безпосередньо після критичної події (протягом 1 місяця), доцільно проаналізувати структуру ГСР. Інструкцію та питання опитувальника можна побачити у Додатку А.

2. Шкала оцінки впливу травматичної події (див. додаток Б). Цей опитувальник ґрунтується на самозвіті та виявляє наявність таких переважань, як тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події. Досліджувані показники: вторгнення, уникнення, фізіологічна збудливість [51, с. 164].

Перший варіант «Шкали оцінки впливу травматичної події» ШОВТП (Impact of Event Scale – IOES) був опублікований в 1979 р. Опитувальник складався з 15 пунктів. Він заснований на самозвіті і виявляв переважання тенденції уникнення або вторгнення травматичної події. Далі, Д. Вейс з колегами (Weiss, Marmar, Metzler, 1995) дійшов висновку, що IOES може бути більш корисною, якщо вона буде здатна діагностувати не тільки такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які входять в діагностичний критерій DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, «Шкала оцінки впливу травматичної події (переглянута)» (IOES-R) стала містити 22 пункти.

3. Тест-опитувальник «Адиктивна схильність» В.В. Юсупова та В.А. Корзуніна (див. Додаток В), спрямований на виявлення схильності до залежної поведінки. Даний опитувальник складається з 30 тверджень. Випробуваному пропонується відзначити ті твердження, із якими він погоджується. Далі підраховується загальна сума балів. Якщо сума складає 13 балів чи нижче, то схильність до залежної поведінки є не вираженою. Якщо сума від 14 до 16 балів – це помірковано виражена схильність до залежної поведінки. Якщо сума від 17 балів і від, то схильність до залежної поведінки має виражені ознаки [26].

4. Методика «Схильність до залежної поведінки» В.Д. Менделевича. Мета цієї методики – виявлення схильності до залежності респондентів від психоактивних речовин (ПАР). Вона включає лише одну шкалу: схильність до залежності від ПАР. Цей показник свідчить, наскільки респондент потенційно налаштований використовувати психоактивні речовини [21].

Інтерпретація результатів дослідження з даної методики здійснювалася наступним чином:

- 98 балів та менше – низький рівень схильності до залежної поведінки;
- 98-107 балів – ознаки наявності тенденції до залежності від ПАР;
- 108-16 балів – ознаки підвищеної схильності до залежності від ПАР;

117 і більше балів – ознаки високої ймовірності наявності залежності від ПАР.

5. Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте розроблений у 1979 р. При його створенні автори опитувальника Р. Плутчик, Х. Келлерман і Х. Р. Конте (R. Plutchik, H. Kellerman & H. R. Conte) враховували психоеволюційну теорію і структурну теорію особистості (Додаток Г).

Даний опитувальник дозволяє діагностувати систему механізмів психологічного захисту, виявити провідні механізми, що застосовуються опитаним так і оцінити ступінь напруженості. До опитувальника увійшло 92 твердження, що описують думки, почуття та реакції людей у певних життєвих ситуаціях та передбачають відповідь за принципом «згоден – не згоден».

Дані питання спрямовані оцінити вісім механізмів психологічного захисту, що формують такі шкали: заперечення, витіснення, заміщення, компенсацію, гіперкомпенсацію, проекцію, раціоналізацію та регресію. Виведення чисельних значень з-поміж позитивних відповідей на певні твердження в кожній шкалі здійснюється згідно:

1. Витіснення – 10 тверджень;
2. Регресія – 17 тверджень;
3. Заміщення – 10 тверджень;
4. Заперечення – 11 тверджень;
5. Проекція – 12 тверджень;
6. Компенсація – 10 тверджень;
7. Гіперкомпенсація – 10 тверджень;
8. Раціоналізація - 12 тверджень.

До кожної з методик додавалася письмова інструкція, крім того, випробуванним давалася усна інструкція за правилами заповнення кожної з методик.

З метою збору максимально об'єктивних даних про учасників під час обстеження виконувались такі умови:

- дотримання стандартної процедури навіть у незначних подробицях;

- реєстрація будь-яких відхилень від стандартних умов;
- облік умов тестування під час інтерпретації.

Під час обстеження дотримувалася вимога однаковості умов тестування:

- інструкції, матеріали, час виконання тестових завдань залишалися незмінними;
- внесення змін до стандартної процедури обстеження не допускалося;
- інструкція не повторювалася.

Досліджуваним повідомлялося, що інформація про результати обстеження конфіденційна. На запит зі сторони учасників результати діагностики повідомлялися особисто.

Для отримання достовірних даних матеріали були оброблені за допомогою статистично-математичних методів. Як статистичні методи був використаний статистичний пакет IBM SPSS Statistics 10.0. Нами було обрано непараметричний метод обробки даних – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Цей вибір був зумовлений тим, що емпіричні дані у військовослужбовців з ПТСР не можуть бути підпорядковані нормальному закону розподілу, що є однією з головних умов заперечення параметричних методів та прийняття непараметричних.

Отримані за допомогою обраних методик дані були систематизовані та проаналізовані.

2.2 Констатуючий експеримент дослідження виникнення хімічної залежності в ситуації травми

На першому етапі дослідження нами проводилася оцінка показників травматичного стресу серед військових за допомогою методики «Опитувальник травматичного стресу» І.О. Котенєва. Результати, що були отримані в результаті опитування представлені у табл. 2.1.

Аналіз табл. 2.1 свідчить, що більшості опитаних характерна наявність показників травматичного стресу за тим чи іншим показником та мірою вираженості.

Таблиця 2.1

**Результати дослідження показників травматичного стресу за
методикою опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва**

Показники травматичного стресу	Симптоматика відсутня	Окремі та незначно виражені симптоми постстресового розладу	Часткове ПТСР чи ОСР	ПТСР чи ОСР
Надпильність	0%	25,9% (7 осіб)	14,8% (4 осіб)	59,2% (16 осіб)
Перебільшене реагування	44,4% (12 осіб)	51,8% (14 осіб)	3,7% (1 осіб)	0%
Притупленість емоцій	0%	44,4% (12 осіб)	40,7% (11 осіб)	14,8% (4 осіб)
Агресивність	0%	18,5% (5 осіб)	62,9% (17 осіб)	18,5% (5 осіб)
Порушення пам'яті та концентрація уваги	0%	40,7% (11 осіб)	40,7% (11 осіб)	18,5% (5 осіб)
Депресія	0%	62,9% (17 осіб)	29,6% (8 осіб)	7,4% (2 осіб)
Загальна тривожність	7,4% (2 осіб)	751,8% (14 осіб)	37% (10 осіб)	3,7% (1 осіб)
Напади люті	14,8% (4 осіб)	33,3% (9 осіб)	48,1% (13 осіб)	3,7% (1 осіб)
Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами	11,1% (3 осіб)	40,7% (11 осіб)	14,8% (4 осіб)	33,3% (9 осіб)
Непрохані спогади та галюцинаторні переживання	33,3% (9 осіб)	66,6% (18 осіб)	0%	0%
Проблеми зі сном (труднощі із засинанням та уричастий сон)	14,8% (4 осіб)	55,5% (15 осіб)	29,6% (8 осіб)	0%
Вина того, хто вижив	7,4% (2 осіб)	77,7% (21 осіб)	14,8% (4 осіб)	0%

Аналізуючи показник «надпильність», бачимо тенденцію схильності респондентів до явного ПТСР. Адже симптоми розраду було виявлено у 16 осіб (59,2%). У 4 осіб (14,8%) є симптоми часткового ПТСР, А у 7 осіб (25,9%) простежуються незначні симптоми ПТСР.

За показником «перебільшене реагування» відмічена тенденція до наявності окремих та незначно виражених симптомів ПТСР у 14 осіб (51,8%).

Позитивним результатом є те, що у 12 осіб (44,4%) дані симптоми відсутні, а також те, що за даним показником ПТСР не було виявлене у жодного з респондентів.

Аналіз результатів за показником «притупленість емоцій» встановив, що переважна кількість респондентів, а саме 12 осіб (44,4%) має окремі й незначно виражені симптоми ПТСР. Часткове ПТСР БУЛО виявлено у 11 осіб (40,7%). Також у 4 осіб (14,8%) виявлено ознаки ПТСР і у жодного з опитаних респондентів не було відзначено відсутності симптомів.

За показником «агресивність» спостерігається тенденція до часткового ПТСР. Встановлено, що часткову ПТСР мають 17 осіб (62,9%). Окремі та незначно виражені симптоми мають 5 осіб. Очевидне ПТСР виявлено у 5 осіб (18,5%). У жодного з опитаних респондентів не було відзначено відсутності симптомів за показником «агресивність».

Наступним було проаналізовано показник «порушення пам'яті та концентрації уваги». За ним спостерігається тенденція до часткового ПТСР та до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Часткове ПТСР та незначно виражені симптоми було виявлено по 11 осіб (40,7%). Явні симптоми ПТСР за цим показником виявлено у 5 осіб (18,5%). І знову у жодного з опитаних респондентів не було відзначено відсутності симптомів, як і за наступним показником – «депресія». За цим показником у переважній кількості респондентів, а саме у 17 осіб (62,9%) виявлено наявність незначних симптомів ПТСР. Часткове ПТСР мають 8 осіб (29,6%). У двох респондентів виявлено явні симптоми ПТСР за показником «депресія».

За показником «загальна тривожність» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що часткову ПТСР та незначно виражені симптоми ПТСР мають 14 осіб (51,8%) у кожному з поділів. Часткове ПТСР мають 10 осіб (37%).

За показником «напади люті» спостерігається тенденція до часткового ПТСР. Встановлено, що часткову ПТСР мають 13 осіб (48,1%). Окремі та незначно виражені симптоми ПТСР мають 9 осіб (33,3%). Також, у 4 осіб

(14,8%) виявлено відсутність нападів люті, але у 1 з респондентів відзначено явні симптоми ПТСР.

За показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 11 осіб (40,7%). Очевидне ПТСР мають 9 осіб (33,3%). Кількість респондентів, що мають часткові симптоми ПТСР за показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» становить 4 особи (14,8%). Але у 3 респондентів (11,1%) не було виявлено даної симптоматики.

За показником «непрохані спогади та галюцинаторні переживання» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 18 осіб (66,6%). Відсутність симптоматики виявлено у 9 осіб (33,3%).

За показником «проблеми зі сном» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 15 осіб (55,5%). Часткове ПТСР мають 8 осіб (29,6%). Також, у 4 респондентів (14,8%) були відсутні дані симптоми.

За показником «вина того, хто вижив», спостерігається тенденція до окремо і незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР має 21 респондент (77,7%). Відсутність симптоматики спостерігається у 2 осіб (7,4%), часткова ПТСР мають 4 особи (14,8%).

З отриманих даних, можна зробити висновки, що найвищі показники травматичного стресу простежуються за шкалами «надпильність» та «Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами». Це можна пов'язати з тим, що при підвищеній пильності людина знаходиться в постійній фізичній та психічній напрузі, яка не дозволяє їй розслабитися та відпочити. У зв'язку з чим військовослужбовці зловживають наркотичними чи лікарськими речовинами, щоб розслабитися.

Найменш вираженими показниками травматичного стресу є «Перебільшене реагування», «Непрохані спогади та галюцинаторні переживання», «Проблеми зі сном, «Вина, що вижив». Інші показники проявляють себе незначно чи частково.

Наступною методикою, стала шкала оцінки впливу травматичної події. Результати, що були отримані нами після її проведення відображені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Результати дослідження впливу травматичної події за шкалою
оцінки травматичного стресу**

Показники впливу травматичної події	Низький ступінь впливу травми	Середній ступінь впливу травми	Високий ступінь впливу травми
Вторгнення	100% (27 чол.)	0%	0%
Уникнення	92,5% (25 чол.)	7,4% (2 чол.)	0%
Фізіологічна збудливість	96,3% (26 чол.)	3,7% (1 чол.)	0%

Як ми бачимо з табл. 2.2 за показником «вторгнення» всі респонденти мають низький ступінь впливу. За показником уникнення, також спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми. Адже низький рівень впливу травми мають майже всі учасники бойових дій – 25 осіб (92,5%). У двох інших осіб було відмічено середній рівень травми. За показником «фізіологічна збудливість» також спостерігається тенденція до низького ступеня впливу травми. Встановлено, що низький рівень впливу травми мають майже всі учасники бойових дій – 26 осіб (96,3%). У 1 з респондентів відмічено середній рівень травми за показником фізіологічна збудливість.

З цього можна зробити висновок, що для респондентів їх травма не має істотного впливу.

Наступною нами була здійснена діагностика схильності до залежної поведінки за тестом-опитувальником «Адиктивна схильність» В.В. Юсупова та В.А. Корзуніна. Отримані результати представлені на рис. 2.1.

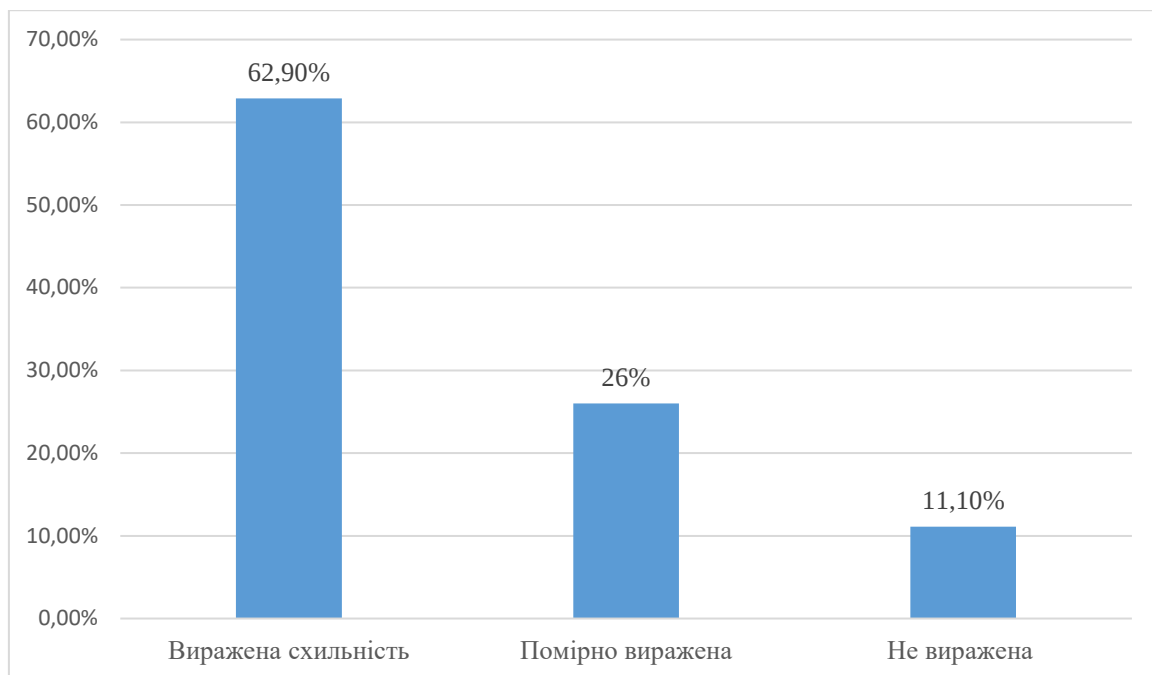


Рис. 2.1 Результати діагностики схильності до залежної поведінки за тестом-опитувальником «Адиктивна схильність»

З показників на рис. 2.1, випливає, що більшість опитаних, а саме 17 осіб (62,9%) мають виражену схильність до залежної поведінки, помірна схильність була виявлена у 7 осіб (26%), а не виражена схильність до залежної поведінки відзначена лише у 3 (11,1%) респондентів. Таким чином, більшість опитаних має схильність до вживання хімічних речовин, згубних пристрастей чи прагнення та інтересу до них.

Наступною методикою для виявлення хімічної залежності була застосована методика «Схильність до залежної поведінки» В.Д. Менделевича. Результати отримані в результаті проведення відображено на рис. 2.2.

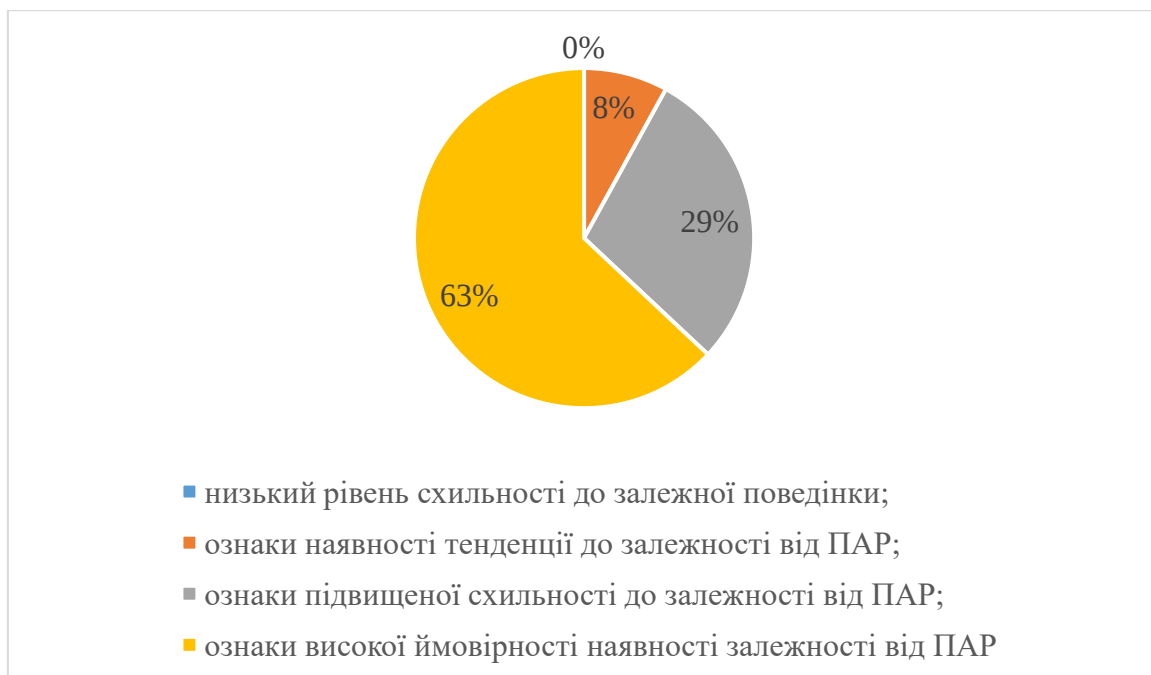


Рис. 2.2 Результати діагностики за методикою «Схильність до залежної поведінки» В. Д. Менделевича

На жаль, серед опитаних низького рівня схильності до залежної поведінки не виявлено в жодного респондента. Натомість у 17 респондентів (63%) виявлено ознаки високої ймовірності наявності залежності від ПАР. У 2 осіб (8%) спостерігається наявність тенденції до формування залежної поведінки. Це говорить про те, що за певних соціальних умов у випробуваних цієї групи є ризик формування залежності від ПАР. У 8 респондентів (29%) виявлено ознаки підвищеної схильності до залежної поведінки. У даної групи піддослідних переважають ті якості та ознаки, які свідчать про орієнтацію на вживання ПАР та ризик формування залежності від них.

На наступному етапі дослідження нами визначалися показники механізмів психологічного захисту, якими користуються респонденти. Результати, що були отримані за допомогою методики опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте, відображені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

**Результати дослідження механізмів психологічних захистів
респондентів за допомогою опитувальника Плутчика-Келлермана-Конте**

Показники механізмів психологічного захисту	МПЗ не використовуються	Рідкісне використання МПЗ	Активне використання МПЗ
Витіснення	0%	66,6% (18 чол.)	33,3% (9 чол.)
Регресія	25,9% (7 чол.)	66,6% (18 чол.)	7,4% (2 чол.)
Заміщення	51,8% (14 чол.)	44,4% (12 чол.)	3,7% (1 чол.)
Заперечення	0%	40,7% (11 чол.)	59,2% (16 чол.)
Проекція	7,4% (2 особи)	37% (10 осіб)	55,5% (15 осіб)
Компенсація	18,5% (5 чол.)	62,9% (17 чол.)	18,5% (5 чол.)
Гіперкомпенсація	33,3% (9 чол.)	59,2% (16 чол.)	7,4% (2 чол.)

Отримані результати свідчать, що за показником «витіснення» спостерігається рідкісне та активне використання МПЗ. Встановлено, що 18 осіб (66,6%) рідко використовують механізм витіснення, а 9 осіб (33,3%) активно користуються цим механізмом.

За показником «регресія» переважає рідке використання даного МПЗ, або його ігнорування. Встановлено, що механізмом «регресія» іноді користується 18 осіб (66,6%). Не використовують цей механізм 7 осіб (25,9%). Активно використовують 2 особи (7,4%).

За показником «заміщення» спостерігається тенденція до невикористання або рідкісного використання МПЗ. Встановлено, що не використовують цей механізм 14 осіб (51,8%). Рідко використовують механізм «заміщення» 12 осіб (44,4%).

Аналіз результатів за показником «заперечення» дозволяє зробити висновок про активне чи рідкісне використання цього МПЗ. Встановлено, що активно використовують механізм заперечення 16 осіб (59,2%). Рідко використовують цей механізм 11 осіб (40,7%).

За показником «проекція» спостерігається активне чи рідкісне використання цього МПЗ. Встановлено, що активно використовують механізм «проекція» 15 осіб (55,5%). Рідко використовують цей механізм 10 осіб

(37,0%). Не використовують 2 особи (7,4%).

За показником «компенсація» спостерігається тенденція до рідкісного використання МПЗ. Встановлено, що рідко використовують цей механізм 17 осіб (62,9%). Не використовують механізм «компенсація» 5 осіб (18,5%). Активно ним користується лише 5 осіб (18,5%). За показником «гіперкомпенсація» також спостерігається тенденція до рідкісного використання. Встановлено, що рідко використовують механізм «гіперкомпенсації» 16 осіб (59,2%). Не використовують цей механізм 9 осіб (33,3%).

Результати отримані внаслідок аналізу механізмів психологічного захисту виявили, що понад 59% військовослужбовців використовують у своїй поведінці такий механізм психологічного захисту, як заперечення. Дані респонденти заперечують обставини, що викликають тривогу, очевидну для оточуючих. Близько 55% військовослужбовців вважають за краще використовувати проєкцію. Дані військовослужбовці підсвідомо приписують власні якості, почуття та бажання іншій людині. Ці два переважаючих види захисту свідчать про недостатній контакт (перекручування) з реальністю та недостатнє відчуття стійких особистих кордонів, у тому числі – відчуття ненадійності та непостійності світу

Найменше у своїй поведінці військовослужбовці використовують механізм заміщення. Адже лише 3,7% обрали цей захист. Тобто військовослужбовців, які у скрутних ситуаціях перенаправляють (частіше агресивно) бажання на іншого отримувача, кого простіше звинуватити – практично не виявлено.

Можна зробити висновок, що за методикою «Шкала оцінки травматичного стресу» у респондентів виявлено відсутність усвідомлення проблеми. Також виявлено провідний механізм психологічного захисту – заперечення. Вони заперечують обставини, що викликають тривогу, очевидну для оточуючих.

Наступним етапом стало дослідження взаємозв'язку показників ПТСР з

механізмами психологічних захистів у військовослужбовців. Результати, що були отримані нами при знаходженні цього взаємозв'язку відображені у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Результати виявлення взаємозв'язку між показниками ПТСР та механізмами психологічних захистів (кореляція Спірмена)

Показники ПТСР та МПЗ	Надпильність	Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами	Притуплення емоцій	Вторгнення	Уникнення	Фізіологічна збудливість
Витіснення	-0,27	0,15	0,21	0,1	-0,19	-0,002
Регресія	-0,25	0,38	0,32	0,43	0,3	0,28
Заміщення	-0,11	0,29	0,14	0,24	0,28	0,23
Заперечення	-0,01	0,05	0,14	0,003	-0,18	-0,13
Проекція	-0,35	0,15	0,2	0,32	0,19	0,24
Компенсація	-0,05	0,29	0,25	0,24	0,31	0,18
Гіперкомпенсація	0,01	0,3	0,09	0,08	0,17	-0,21

Проведений аналіз виявив, що у військовослужбовців з ПТСР окремі параметри МПЗ мають позитивний зв'язок із показниками ПТСР, а також окремі параметри МПЗ мають негативний зв'язок із показниками ПТСР. Було виявлено наявність прямого позитивного зв'язку показника «регресія» із показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» (0,38). Ця кореляція свідчить, що внаслідок згадок про травмуючу подію, такі намагаються вирішити проблему зловживанням хімічних речовин, використовуючи при цьому механізм психологічного захисту «регресія». Тобто в психіці військових відбувається відкат до примітивніших форм поведінки і мислення, які були властиві для більш ранньої стадії онтогенетичного розвитку.

З табл. 2.4 ми також бачимо наявність прямого позитивного зв'язку показника «регресія» із показником «притупленість емоцій» (0,32). Наявність цього зв'язку свідчить про те, що такі особи повністю чи частково втрачають здатність до емоційних проявів. Їм важко встановлювати близькі та дружні

зв'язки з оточуючими. Їм недоступна радість, кохання, творче піднесення, дух гри та спонтанність.

Наявність прямого позитивного зв'язку показника «регресія» також виявлена із показником «вторгнення» (0,43). Ця кореляція свідчить про те, що чим більше опитані схильні повторно переживати і усвідомлювати все, що сталося з ним при будь-якому нагадуванні про травматичну подію (ситуацію), тим більше вони схильні використовувати механізм психологічного захисту «регресія».

Також, було виявлено наявність прямого позитивного зв'язку показника «регресія» з показником «уникнення» (0,3). Це може свідчити про те, що чим більше особистість уникає всього, що могло б нагадати про травмуючу ситуацію, не обговорюючи її ні з ким, витісняючи травмуючі події і переживання з пам'яті, тим частіше використовується захисний механізм «регресія». Адже цей захисний механізм є психологічним пристосуванням у ситуації конфлікту чи тривоги. Людина несвідомо вдається до ранніх, менш зрілих та адекватних зразків поведінки, оскільки здається, що вони гарантують захист і безпеку.

Виявлений зворотний негативний зв'язок між показником «проекція» та показником «надпильність» (-0,35). Ця свідчить про те, що чим менше така особа стежить за всім, що відбувається навколо, ніби на неї постійно чатує небезпека, тим більше вона використовує захисний механізм «проекція». Адже в основі даного механізму лежить процес, за допомогою якого несвідомі та неприйнятні для людини почуття і думки формуються зовні, приписуються іншим людям і таким чином вони стають вторинним фактом свідомості.

Виявлено, що показник «проекція» має прямий позитивний зв'язок із показником «вторгнення» (0,32). Ця кореляція свідчить про те, що чим більше така людина схильна заново переживати певні ситуації, що трапилися з нею за будь-якого нагадування про травматичну подію з високим рівнем інтенсивності, тим більше вона є схильною до застосування механізму психологічного захисту «проекція». Тобто, підсвідомо приписувати власні

якості, почуття та бажання іншій людині.

Показник «компенсація» має прямий позитивний зв'язок із показником «уникнення» (0,31). Цей зв'язок свідчить про те, що чим більше військовослужбовець уникає всього, що могло б нагадати про травмуючу ситуацію, ні з ким не обговорюючи цю тему, не думаючи про це, витісняючи події, що травмують, і переживання з пам'яті, не дозволяючи собі засмучуватись, тим більше він використовує захисний механізм «компенсація». Тобто, він намагається при цьому самотійно подолати негативні якості, які реально існують або суб'єктивно ним сприймаються. Вдаючись до нього людина намагається компенсувати свої недоліки, розвиваючи інші риси, що врівноважують її або заміщають негативні.

Показник «гіперкомпенсація» має прямий позитивний зв'язок із показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» (0,3). Даний психологічний механізм відзначається перебільшеним проявом якостей, що викликають почуття неповноцінності і дозволяють звеличувати себе над іншими. Така людина може прикладати надто багато сил для подолання свого реального чи вигаданого дефекту (комплексу), що виливається у його протилежність.

Таким чином, нами було виявлено достовірно значущі кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та механізмами психологічних захистів у військовослужбовців. Виявлено значні кореляційні зв'язки між показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» та такими механізмами, як «регресія», «заміщення», «компенсація» та «гіперкомпенсація». Отримані результати говорять про необхідність надання військовослужбовцям психологічної допомоги.

Висновки до розділу 2

Під час проведення емпіричного дослідження за методикою «Шкала оцінки травматичного стресу» у військовослужбовців виявлено відсутність усвідомлення проблеми. Визначено, що провідним механізмом

психологічного захисту є заперечення. Тобто, вони заперечують обставини, що викликають тривогу, очевидну для оточуючих.

За результатами діагностики наявності травматичного стресу було виявлено, що більшість опитаних мають ознаки ПТСР.

Після проведення опитування «Адиктивна схильність» В.В. Юсупова та В.А. Корзуніна виявлено, що більшість опитаних, а саме 17 осіб (62,9%) мають виражену схильність до залежної поведінки, помірна схильність була виявлена у 7 осіб (26%), а не виражена схильність до залежної поведінки відзначена лише у 3 (11,1%) респондентів. Таким чином, більшість опитаних має схильність до вживання хімічних речовин, згубних пристрастей чи прагнення та інтересу до них.

Методика «Схильність до залежної поведінки» В.Д. Менделевича виявила, що серед опитаних низького рівня схильності до залежної поведінки не виявлено в жодного респондента. Натомість у 17 респондентів (63%) виявлено ознаки високої ймовірності наявності залежності від ПАР. У 2 осіб (8%) спостерігається наявність тенденції до формування залежної поведінки. Це говорить про те, що за певних соціальних умов у випробуваних цієї групи є ризик формування залежності від ПАР. У 8 респондентів (29%) виявлено ознаки підвищеної схильності до залежної поведінки. У даної групи піддослідних переважають ті якості та ознаки, які свідчать про орієнтацію на вживання ПАР та ризик формування залежності від них.

Нами було виявлено достовірно значущі кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та механізмами психологічних захистів у військовослужбовців. Виявлено значні кореляційні зв'язки між показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» та такими механізмами, як «регресія», «заміщення», «компенсація» та «гіперкомпенсація».

Отримані результати свідчать про необхідність надання психологічної допомоги для респондентів, що буде спрямована на подолання хімічної залежності, яка була здобута ними в результаті травми.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ЗДОБУТОЇ В СИТУАЦІЇ ТРАВМИ

3.1. Особливості методів та напрямів психотерапевтичної допомоги травмованим особам із хімічною залежністю

В даний час існує величезна кількість методів та напрямків у тому числі і психологічних, що обіцяють зцілити уражену свідомість осіб із хімічною залежністю, серед них: ізоляція особистості, фізична праця, медикаментозна детоксикація, кодування, гіпноз, загартовування, акупунктура, йога, медитація, релігія, анонімні збори, терапія переконання, психокорекція, психотерапія, самоаналіз та інші.

Однак, лише об'єднуючи та інтегруючи дані способи між собою, спрямовуючи зусилля фахівців на відновлення та реабілітацію всіх сфер життя людини, що страждає на синдром залежності, можна сформувати в ній мотивацію на одужання та підтримку здорового способу життя [30]. Для цього необхідно розкрити та мобілізувати особисті ресурси для подолання фрустрацій іншим способом, ніж вживання ПАР, та розвинути окремі психологічні функції та моделі поведінки, ослаблені чи втрачені в процесі споживання наркотиків, які відповідають за внутрішню гармонізацію особистості.

Розглянемо основні форми профілактичної роботи з особами з хімічними адикціями.

1. Реабілітаційна форма. Реабілітація є процесом спільної діяльності пацієнта та персоналу. Реабілітація в умовах терапевтичного середовища розглядається як відновлення повноцінних взаємозв'язків особистості залежної від наркотиків людини та соціального середовища, процес відновлення здібностей людини до нормального функціонування в середовищі, її особистісних ресурсів, соціально-рольової ідентифікаційної

структури. Все це, а не лише досягнення фізичного та психічного добробуту розуміється під процесом реабілітації. При цьому очевидно, що відновлення не має кінцевої точки, а є лише метою, у напрямі якої рухатиметься залежна людина протягом усього її життя.

Взаємодія пацієнта та персоналу в процесі реабілітації передбачає прийняття відповідальності за відновлення не тільки персоналом, а й передусім пацієнтом. При цьому розвивається взаємна відповідальність за позитивні зміни у спільній комунікативній, терапевтичній та інших видах діяльності.

Процес одужання будується з урахуванням життєвої ситуації пацієнта та його соціального оточення. Реабілітація планується кожним пацієнтом спільно з персоналом та членами терапевтичного середовища з урахуванням індивідуальних ресурсів та проблем людини, які можуть бути нею використані або мають бути подолані у процесі відновлення. До стану ресурсної системи відносяться:

- знання, можливості та здібності людини;
- її система відносин із значущими іншими;
- наявність чи відсутність сімейних зв'язків;
- характер сімейних проблем та взаємин усередині сім'ї;
- проблеми, пов'язані із законом та можливою кримінальною активністю у минулому.

2. Медико-соціальна форма. Особливостями медико-соціальної роботи з особами із хімічною залежністю є сприяння забезпеченню специфічного довгострокового лікування в оптимальних умовах та вирішення пов'язаних з цим проблем.

Залежно від клінічних проявів залежності та рівня реабілітаційного потенціалу пацієнтів використовується поєднання медикаментозної терапії та психотерапії.

Варто зауважити, що психотерапія серед методів часто відходить на другий план, поступаючись місцем медикаментозному лікуванню. Але ж саме психологічні проблеми лежать в основі формування хімічних залежностей.

Наявний діапазон психотерапевтичних методів дуже широкий. Досвідчений психотерапевт, що спеціалізується на лікуванні адикцій, здатний підібрати оптимальний метод для кожного індивідуального випадку. При цьому основне завдання психотерапії – забезпечити стійку ремісію, тобто відмову від вживання психоактивних речовин [48, с. 352].

Найбільш ефективними методами психотерапевтичного лікування залежностей є [35; 38]:

- індивідуальна раціональна психотерапія (метод логічного роз'яснення шкоди прийому ПАР, раціонального переконання у відмові пацієнта психотерапевтом);
- групи психотерапевтичної само- та взаємодопомоги (колективний розбір на чолі з психотерапевтом патологічних адиктивних установок та проблем, що призвели до залежності, програма «12 кроків»);
- сімейна психотерапія (опрацювання феномена співзалежності, усунення патологічних внутрішньосімейних моделей поведінки, корекція стосунків);
- кодування за методом Довженка (методика навіювання установок на тверезий та здоровий спосіб життя);
- трансактний аналіз (розбір ролей, які приймає залежний: «Гнаний», «Незрозумілий», «Недооцінений», «Зниклий» тощо);
- психоаналітично орієнтована терапія (метод керованого самоаналізу пацієнта, розуміння своєї внутрішньої організації);
- аутотренінг (самонавіювання для позитивних і сприятливих для індивіда психічних установок);
- гіпноз та транскові методики (введення пацієнта в особливий стан психіки, що характеризується підвищеною сприйнятливістю до установок).

Докладніше зупинимось на деяких методах, що зарекомендували свою ефективність багаторічним успішним застосуванням. Глибинна психотерапія в лікуванні залежностей включає транзактний аналіз Е. Берна, психоаналіз З. Фрейда, індивідуальну психологію А. Адлера.

Відповідно до трансактного аналізу Берна, кожен із нас у різних відносинах грає певні ролі. Людина із залежністю від ПАР втягує своїх близьких у певну психологічну «гру»: «Рятувальник – Жертва – Переслідувач». При цьому він бере роль жертви, що характеризується пасивною поведінкою з перекладанням відповідальності за свій стан на чужі плечі. Роль рятувальника зазвичай приймають близькі родичі жіночої статі – мати, дружина, сестра. Така позиція дає відчувати свою потребу, корисність для іншої людини, відчувати свою значущість та перевагу. Роль переслідувача можуть приймати багато людей. Проте, як не дивно, часто цю ж роль поперемінно «відіграє» людина, яка ще кілька годин тому виконувала роль рятувальника. Наприклад, коли дружина алкоголіка, яка дбайливо укладала спати чоловіка, який забагато випив напередодні ввечері, вранці лається з ним за неналежну поведінку, при цьому не йде від нього. Трансактний аналіз допомагає людям побачити та усвідомити свої ролі та відмовитися від них.

Психоаналіз Фрейда розглядає причину залежності у недостатньому дозріванні особистості залежного. Коріння цього лежить у ранньому дитинстві, коли дитині не дозволили вчасно пройти стадію сепарації від значущого дорослого (найчастіше мати). Тоді дитина залишається в залежній симбіотичній моделі поведінки на все життя, не виявляючи риси сформованої дорослої особистості.

Частим прикладом у практиці психіатрів-наркологів стають сім'ї, де дорослий син (від 20 до 60 років), як і раніше, залежить у багатьох сенсах від матері, яка і далі підтримує його як немовля. Потрібно підкреслити, що така дезадаптивна модель поведінки є співзалежною, і для успішного лікування члени сім'ї повинні спільно проходити психотерапію.

Індивідуальна психологія Адлера будується на ідеї початкової залежної поведінки будь-якої людини. Кожен із нас народжується абсолютно безпорадним і без турботи дорослих (насамперед батьків) просто не зможе вижити. Якщо дитина отримувала таку турботу, то в цілому вона буде сприймати світ позитивно і без страху, згодом вона почне активно його досліджувати і стане самостійною. Якщо ж дитина була покинута батьками або отримувала від них недостатньо турботи та уваги, то несвідомо світ сприйматиметься як потенційно небезпечне місце, де вона повністю залежить від інших. Ця установка в дорослому віці почне проявлятися адиктивною поведінкою.

Вважаємо, що ефективне лікування хімічної залежності має будуватися на усуненні всіх компонентів, що формують адикцію: на медикаментозному лікуванні для усунення фізичної залежності від ПАР; на психотерапевтичній допомозі для боротьби з патологічними психічними установками; соціальній реінтеграції, для освоєння нових (здорових) форм соціальної взаємодії; духовного розвитку, прийняття високих моральних норм.

Щодо допомоги особам, що пережили травматичну подію, то одним із найпоширеніших методів надання першої психологічної допомоги людям, які пережили травматичну подію є дебрифінг. Метою дебрифінгу є запобігання негативним наслідкам перенесеної психічної травми, для чого використовується модель БТН: близькість, терміновість, надія. Тобто психологічна допомога має надаватися:

- 1) у безпосередній близькості від місця подій (близькість);
- 2) настільки терміново, наскільки це було можливо (терміновість);
- 3) з позитивною установкою на відновлення нормального функціонування після травми (надія).

Існують різні моделі дебрифінгу, проте в загальному вигляді дебрифінг є структурованим методом інтервенції, для якого характерна повага до переживань, страждань і вираження емоційних реакцій людини, яка пережила травматичний досвід. При груповому дебрифінгу додатковою підтримкою є

феномен «терапевтичної мембрани», що являє собою атмосферу мовчазного розуміння, яка оточує постраждалих людей. Крім того, в цілі дебрифінгу входить виявлення людей, які потребують психологічної допомоги та надання цієї допомоги на ранньому посттравматичному етапі [47, с. 20].

Також, для психологічної допомоги у подоланні травми широко застосовується когнітивно-біхевіоральна терапія. Це директивний, як правило, короткостроковий, симптомо-орієнтований, структурований підхід, спрямований на активізацію самодослідження та зміни когнітивної структури «Я» клієнта, а також формування нових патернів поведінки на основі змінених когнітивних. Цей підхід з'явився в 50-60 роках XX століття, а його основоположниками заведено вважати А. Елліс, А. Бека та Дж. Келлі.

Одна з головних ідей когнітивної терапії полягає в тому, що наші почуття та поведінка найбільшою мірою визначаються нашими думками та уявленням про життя. Відповідно неконструктивні думки провокують неконструктивні емоції та неконструктивну поведінку.

Завдання когнітивної терапії – допомогти клієнту виявити дисфункціональні когнітивні установки та змінити їх так, щоб вони призводили до адаптивної поведінки. На основі цієї ідеї когнітивно-біхевіоральна терапія інтегрує безліч технік як оригінальних, так і взятих з інших терапевтичних підходів.

Засновник когнітивної терапії А. Бек називав неконструктивні думки та дисфункціональні переконання когнітивними помилками, і відносив до них, зокрема спотворені умовиводи, які явно не відображають дійсність, «чорно-біле» мислення, применшення чи перебільшення значущості подій, надузагальнення та інші. У ході інтервенцій терапевт за допомогою різних методик допомагає клієнту розвинути навичку сприйняття інформації в іншому, більш позитивному та реалістичному вигляді. Зміна сприйняття і мислення тягне у себе модифікацію хворобливих переживань і поведінкових реакцій [42, с. 61]

Як ми бачимо в когнітивно-біхевіоральній терапії робота ведеться як з так званими «автоматичними думками», що являють собою невідрефлексовані думки у відповідь на події, що відбуваються зараз, так і з глибинними уявленнями клієнта про себе і навколишній світ.

Для роботи з різними видами когнітивних порушень у когнітивній терапії розроблено спеціальні протоколи, що допомагають провести клієнта від когнітивних помилок до нових, більш адекватних уявлень про події, себе та світ і закріпити нові переконання в поведінці. За кожним із таких протоколів стоїть експериментально апробована модель формування та функціонування того психічного порушення, на яке спрямована терапія: ПТСР, депресія чи тривожний розлад.

Кожен сеанс у когнітивній терапії розгортається за планом: з'ясування почуттів та думок пацієнта після минулого заняття, огляд домашніх завдань, спільне вироблення теми справжнього сеансу, отримання нових домашніх завдань, коротке резюме виконаної роботи. Однак когнітивний терапевт не завжди слідує цьому зразку і, беручи до уваги те, що відбувається на сеансі, готовий відійти від плану і працювати за принципом «тут і тепер».

У рамках когнітивно-біхевіорального підходу також існують такі напрямки, як:

1) розкриваюча терапія. В її основі лежить ідея про те, що «тривала конфронтація з тривожними стимулами знижує тривогу. Зменшення тривоги, в свою чергу, призводить до зниження або зникнення симптомів уникнення, що розвинулися після переживання важкого досвіду»;

2) систематична десенситизація, що являє собою пов'язану з релаксацією форму терапії, яка розкриває. В основі систематичної десенситизації лежить принцип реципрокного гальмування (реакції релаксації несумісні з тривожними реакціями, що продукуються техніками терапії, що розкриває);

3) когнітивно-процесуальна терапія. Вона являє поєднання когнітивної терапії та розкриваючої терапії. Клієнти повинні працювати з викликаними

травмою проблемними когніціями, а також створювати детальну розповідь про травму.

4) тренінг управління стресом і тренінг асертивності.

Десенсибілізація та перероблення за допомогою рухів очей є інтервенцією, в якій поєднуються компоненти прямого обговорення травми та когнітивної терапії зі спрямованими рухами очей. Пацієнтів просять згадувати різні аспекти травматичної події і слідкувати в цей час очима за маятникоподібними рухами рук терапевта.

Також часто застосовуються тілесно орієнтовані техніки, бодинамічний похід, процесуально-соматичний підхід П. Левіна.

Тілесно-орієнтовані психотерапевтичні техніки є досить перспективним способом роботи з травмою, оскільки відкривають інший шлях до емоційних переживань, доступ до яких часто заблокований у людей, які пережили важкий травматичний досвід. Одним із проявів дисоціативної симптоматики, спричиненої травмою є олекситимія, тобто нездатність говорити про свої почуття, що суттєво ускладнює терапію. Робота через тіло дозволяє підійти до опрацювання травматичних переживань з іншого боку і отримати більш прямий доступ до переживань, що блокуються на свідомому рівні, але відбиваються в тілі.

Бодинаміка була розроблена данською школою тілесно-орієнтованої психотерапії, заснованою Л. Марчером у 70-ті роки ХХ ст. Бодинамічний підхід ґрунтується на ідеї про те, що в різні періоди розвитку дитина опановує різні рухи, задіявши певні групи м'язів. Порушення розвитку та психічні травми, що сталися на цих етапах, закріплюються у формі гіпотонусу чи гіпертонусу у відповідних м'язових групах і формують так звані «структури характеру». Вони розуміються в бодинаміці як психологічні теми, закріплені в тілі та особистості людини.

Травми, що формують ті чи інші структури характеру в бодинаміці, отримали назву «травми розвитку», а травматичні ситуації високої інтенсивності були названі «шоковою травмою». При роботі з шоковою

травмою у бодинамічному підході центральне місце займають поняття «безпечного місця» та «безпечної людини», знаходження/формування яких є необхідною умовою перепроживання травматичного досвіду та зміни шоківих рішень під час терапії.

Засновник процесуально-соматичного підходу, розробленого спеціально для роботи з наслідками шоківих травми, П. Левін вважав, що шоківі травма є результатом незавершеної інстинктивної реакції організму на травматичну подію, реакції втечі, боротьби чи заціпеніння. Симптоми порушень виникають внаслідок накопичення залишкової енергії, яка була мобілізована при зустрічі з травматичною подією і не знайшла виходу та розрядки, а отже, в процесі терапії розладу, спричиненого травмою, необхідно завершити травматичну реакцію, пробудити інстинктивні реакції на травматичну подію, розрядити енергію, що залишилася, і відновити порушені процеси.

Також, крім вищезазначених методик для психологічної допомоги при травмі використовують екзистенційну, емоційно-образну, ігрову, тілесноорієнтовану та арт-терапію, а також елементи гіпнотехнік, введення клієнта у легкий змінений, трансовий стан свідомості. Тому, для надання допомоги особам з травмами необхідно використовувати інтегративні підходи, де поєднуюватимуться різні методи.

3.2. Рекомендована програма психологічної допомоги для подолання хімічної залежності в ситуації травми

Аналіз теоретичних даних та проведення емпіричного дослідження довели, що для подолання хімічної залежності, що була набута в ситуації травми необхідна психологічна допомога. Тому для респондентів, що приймали участь в емпіричному дослідженні нами було програму, що охопила методи психотерапевтичної допомоги та буде спрямована на подолання хімічної залежності в ситуації травми.

Оскільки першопричиною виникнення хімічної залежності є травмуюча ситуація, основні заходи будуть спрямовані на зменшення її впливу на психіку респондентів.

Головна мета програми: створити умови для зміни психологічного стану респондентів та допомогти розвинути конструктивні способи психологічних захистів. Для її досягнення необхідно вирішити такі завдання:

- 1) встановити довірчі відносини з кожним з учасників та у групі загалом;
- 2) допомогти розвинути конструктивні копінг-стратегії;
- 3) актуалізувати тенденції уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття респондентами факту наявності у них ПТСР;
- 4) змінити стан респондентів, допомогти зняти тілесну й емоційну напругу;
- 5) стимулювати респондентів скласти повний та детальний опис травматичного досвіду.

Враховуючи те, що у респондентів було виявлено вплив травматичного досвіду, першочерговим завданням, має стати зниження тілесної та емоційної тривожності (напруженості). Тому важливою частиною тренінгу буде розвиток у респондентів навичок саморегуляції.

Програма складалася на основі таких принципів як [24]:

1. Принцип єдності діагностики та корекції. Даний принцип характеризує цілісність процесу надання психологічної допомоги.
2. Принцип конфіденційності, відповідно до якого вся інформація, була отримана нами під час реалізації програми психологічної допомоги, не підлягає розголошенню.
3. Принцип профілактичної спрямованості. Ґрунтується на теорії проактивної справи. Проактивна, чи випереджувальна співвлада сприймається як спроба людини передбачити потенційні стресори і діяти випереджувально з метою профілактики та нівелювання негативного впливу.
4. Принцип системності розвитку психологічної діяльності. Цей принцип ґрунтується на необхідності обліку профілактичних та розвиваючих

завдань. Системність цих завдань відображає взаємопов'язаність різних сторін особистості та гетерохронність (тобто нерівномірність) їх розвитку.

5. Діяльнісний принцип корекції. Даний принцип визначає сам предмет докладання корекційних зусиль, вибір засобів та способів досягнення мети, тактику проведення роботи з надання психологічної допомоги, шляхи та способи реалізації поставлених цілей.

Для розробки програми нами були проаналізовані методи психотерапевтичних підходів, когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії, особистісно-орієнтованої терапії.

Обрані методи спрямовані на:

- 1) прийняття, розуміння та усвідомлення подій, що стали причиною психічного розладу;
- 2) відсилання до переживань, тісно пов'язаних зі спогадами про психотравмуючі події;
- 3) усвідомлення того, що трапилося як неминучого відрізка життєвого шляху;
- 4) ревізію поведінки, яка необхідна для опрацювання негативного результату травматичного досвіду і адаптування до внутрішніх і зовнішніх умов, що змінилися.

Програма психологічної допомоги охоплює 6 занять та розрахована на 3 тижні по 2 заняття на тиждень. Тривалість заняття 2 години кожне.

Для початку роботи на кожному занятті необхідно задіяти всіх учасників групи. Тому, кожне заняття починалося з вправи, що сприяє встановленню контакту та довірчих відносин у групі. Вони змінювалися, але їх сенс і мета були стабільними. Також на початку кожного заняття здійснювалося нагадування правил роботи в групі, а саме:

1. Гарантія безпеки – вся отримана інформація залишається у групі.
2. Щирість у вираженні почуттів та емоцій.
3. Активність.
4. Право кожного учасника на вільний виклад своєї думки.

5. Правило загальної рівності – дозволяє стерти статусні відмінності учасників групи.

Кожне заняття закінчувалося зняттям напруги та підбиттям підсумків, обговоренням питань, якщо такі виникли.

Після кожного заняття давалося домашнє завдання. На початку наступного заняття після вітання воно обговорювалося.

1. Для першого заняття рекомендовано вправи «Знайомство», «Парне малювання», «Не сміятися». Розглянемо особливості їх проведення.

Вправа «Знайомство». Мета: створення позитивного настрою та довірчих відносин на спільну продуктивну роботу. Важливо, щоб у процесі заняття кожен учасник міг встановити контакти з іншими.

Інструкція: всіх учасників розбивають за групами. Кожна група продумує ситуацію встановлення контакту. Потім ці ситуації обговорюються. Психолог намагається стежити, щоб можливість висловитись була у всіх. Учасники можуть ставити запитання. Тривалість обговорення кожної групи – 2-3 хв.

Також, для поєднання учасників у групи рекомендовано використовувати методи арт-терапії. Рекомендованою технікою буде «Парне малювання». Ця техніка допоможе визначити формат групової взаємодії (діяти у конфлікті, поступатися чи відстоювати свою думку, розвивати можливості конструктивної взаємодії). Сприяє розвитку навичок саморегуляції, довільної поведінки, вміння працювати за правилами.

Для цього вся група ділиться по парах, кожній з яких видається по аркушу паперу, ручці або олівцю. Перший поділ на пари здійснюється по бажанню. Учасникам дається завдання намалювати на одному аркуші паперу якусь єдину композицію або образ. Але при цьому не можна домовлятися заздалегідь про те, що це буде за малюнок, і не можна розмовляти в процесі роботи. Після того, як малюнки будуть готові, проводиться обговорення робіт, як відбувався процес. Наступним етапом рекомендовано здійснити розбивку пар на розсуд психолога.

Вправа «Не сміятися». Головна мета вправи – тренування навичок регуляції своєї поведінки. Найефективніший спосіб виконання цієї вправи – внутрішньо відсторонитися від того, що відбувається, сконцентрувавши увагу на будь-якій сторонній думці.

Інструкція: учасники колективно здійснюють будь-які дії, які негайно викликають сміх. За сигналом ведучого всі учасники підносять руку до обличчя, роблять «довгий ніс» і кажуть хором: «Я Буратіно». Це продовжується з інтервалом у 2-3 секунди

Психолог по черзі ставить учасникам питання будь-якого змісту, а ті мають відповідати на них «Котик». (Наприклад, «Що у Вас надіто поверх сорочки?» - «Котик» тощо). Виконувати подібні дії необхідно зберігаючи абсолютно серйозний вираз обличчя і в жодному разі не сміятися. Хто посміхнеться чи засміється – вибуває до закінчення раунду (хоча може будь-якими способами смішити тих, хто ще грає). Перемагають ті учасники, які залишаються у грі найдовше.

В кінці проведення вправи, тих, хто залишився у грі найдовше, просять поділитися, якими саме способами їм вдалося досягти цього, що їм допомогло відволіктися від спроб їх розсмішити.

Далі проводиться обговорення і з'ясовується де ще може допомогти така навичка?

Також, наведемо одне із домашніх завдань, що самостійно виконувалося респондентами. Це вправа на позбавлення охоронної поведінки. Воно спрямована на зменшення посттравматичного стресового розладу. Адже в результаті травматичної події свідомості здається, що деякі речі чи поведінка допоможуть захиститися від інших травматичних ситуацій. Наприклад, жертви нападів часто носять із собою балончик, інколи навіть зброю. Ті, хто потрапляв в аварію, можуть взяти за звичку молитися під час водіння машини.

Деякі види охоронної поведінки можуть певною мірою знижувати небезпеку (наприклад, якщо після пережитої аварії людина частіше

пристібатимете пасок безпеки), але все ж таки їх меншість. І це точно не застосування ПАР.

Насправді охоронна поведінка може тільки заважати людині пропрацювати свої травми, а отже, підтримує негативний вплив травматичного досвіду. Але головна проблема охоронної поведінки в тому, що вона підкріплює переконання, ніби людина постійно перебуває в небезпеці. Тому, якщо дії, до вдається особистість, не приносять реальної користі, їх варто усунути. Насамперед потрібно перевести охоронну поведінку на свідомий рівень. Для цього необхідно скласти список. У ньому зазначити:

- Чого ви уникаєте: яких людей, місць, видів діяльності?
- Чи є якісь «забобонні» дії, які пов'язані у вас із хвилюванням: чи напружуєте ви тіло, чи ходите ближче до будівель, чи повторюєте молитви?
- Чи намагаєтесь ви притупити почуття наркотиками чи алкоголем?

Це складні питання, тому рекомендовано скласти таблицю, щоб виявити свою охоронну поведінку та переконання щодо того, як вона працює. Заповнивши таку таблицю, приходить розуміння про те, яку роль ПТСР грає у житті.

Відмовившись від охоронної поведінки людина, швидше за все, відчує, як посилиться тривога. Але це не повинно її зупиняти. Свідомість довгий час намагалася переконати особу, що саме завдяки охоронній поведінці вона досі в безпеці. Тому, позбавившись її, ви, природно, людина починає більше боятися. Але до цих запевнень свідомості варто ставитися скептично. Вони є хибними. Проте єдиний спосіб переконатися в цьому – позбутися цієї поведінки та подивитися, що станеться. Це можна порівняти з відмовою від додаткових колес на велосипеді. Тому, варто бути готовим до того, що тривога на якийсь час посилиться. Але якщо вистачить терпіння та впевненості дотримуватись задуманого, зрештою вона піде на спад.

Зауважимо, що людині не потрібно позбавлятися всіх видів охоронної поведінки. Необхідно розібрати кожну з них окремо, поступово розширюючи

свою зону комфорту. Не варто підштовхувати себе до того, що справді небезпечно. Але необхідно розвивати здатність переносити дискомфорт, особливо якщо це в результаті допомагає його знизити.

Після виконання домашнього завдання респонденти мали відповісти на питання:

- Що сподобалося в процесі виконання?
- Що було важко робити?

2. Для проведення другого заняття рекомендовано обрати вправу «Поміняйтеся місцями», гру «Конспект», вправу «Лінія життя» та аутогенне тренування «Ключ». Розглянемо особливості їх проведення.

Вправа «Поміняйтеся місцями». Була обрана з метою згуртування учасників. Час проведення вправи 10-15 хв.

Інструкція: Учасники розбиваються на групи з 5-6 осіб. Групи беруть участь по черзі. На початку гри один стілець забирається, інші розставляються у коло. Ведучий стоїть у центрі кола і називає ознаку, яка відноситься до кількох учасників. Наприклад: «Поміняйтеся місцями ті, хто сьогодні прокинувся рано!». Хто не встигає зайняти місце – водить.

Після проведення вправи здійснюється обмін враженнями. Обговорюються такі питання: «У яких випадках всі мінялися місцями?», «Коли вставало кілька людей?», «Коли вставала лише одна людина?».

Гра «Конспект». Мета: формування конструктивних стратегій вирішення конфлікту.

Інструкція: у грі бере участь 2 особи. Інструкція зачитується першому учаснику: «Ви разом готувалися до заліку, і один писав конспект, а другий ні. Ти здаєш залік сьогодні, і попросив конспект у товариша, бо він здає завтра. Ти здав залік, дуже зрадив і, йдучи, забув забрати конспект. Коли повернувся, то в аудиторії нікого не було і конспекту теж».

Інструкція обом учасникам: «Ви зустрічаєтеся в коридорі і повинні поводитися так, як зазвичай зробили б у житті в такій ситуації».

В процесі обговорення після закінчення вправи, спочатку висловлюються спостерігачі, а потім учасники. Необхідно з'ясувати, яку поведінку учасники вважають конструктивною і наскільки вона реалізована у грі.

Вправа «Лінія життя». Мета: дотик до травматичних подій. Вправа спрямована на актуалізацію тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою ухвалення респондентами факту наявності у них симптомів ПТСР.

Інструкція: учасникам пропонується намалювати на аркуші лінію свого життя від народження до сьогодні. На осі координат по горизонтальній лінії відзначаються роки, а по вертикальній вище нульової позначки – позитивні події. Нижче від нульової позначки – негативні події.

Після цього задаються питання для обговорення, а саме: «У якому віці були негативні події та з чим вони пов'язані?», «Як змінилося ваше спілкування з людьми через те, що сталося?».

Аутогенне тренування «Ключ». Мета: зняття емоційної та тілесної напруги. За допомогою даної вправи можна не лише розслабитися, але й програмувати себе на майбутню діяльність.

Інструкція: респондент фіксує погляд на одній точці та дає собі установку: «Зараз я подумки порахую від одного до п'яти і в мене автоматично настане стан глибокого м'язового розслаблення та спокою. Повіки стануть важкими і закриються. По всьому тілу розіллється приємне тепло. Всі сигнали, що відволікають – шум, сторонні думки, світло тільки посилюватимуть почуття наростаючого спокою, поглиблюватимуть стан підвищеного самонавіяння. Стан глибокого спокою та відпочинку припиниться, як тільки я автоматично порахую від п'яти до одиниці. Моя голова при цьому проясниться, я відчую свіжість та легкість. На рахунку «один» мої очі розплющяться, я відчую себе відпочившим та повним сил».

Після проведення вправи необхідно проговорити з учасниками їх стан, дізнатися їх відчуття та виявити чи легко далось виконання цієї вправи.

3. Для проведення третього заняття рекомендовано обрати вправу «Мій настрій», «Список Робінзона», «Малюнок – трилогія». Розглянемо особливості їх проведення.

Вправа «Мій настрій» Мета: створення позитивного настрою для роботи в групі. Час проведення: 5-10 хв.

Інструкція: Учасникам пропонується порівняти свій настрій із будь-яким кольором (як варіант може бути порівняння з овочем, фруктом, погодою). Кожен по черзі висловлюється, пояснюючи свій вибір.

Вправа «Список Робінзона». Мета: навчитися позитивної інтерпретації смутку та депресії; навчитися вирішувати критичні життєві ситуації. Це допоможе розвинути конструктивні методів психологічних захистів.

Інструкція: Що робити в ситуації, коли втрачено сенс існування та немає надії на майбутнє? Для того, щоб знайти оптимальне рішення у кризовій ситуації, необхідно знизити інтенсивність розпачу та активізувати мислення. Для цього потрібно знайти у своїй проблемі, якою б величезною та нерозв'язною вона не здавалася, позитивні моменти.

Для цього згадайте якусь існуючу у Вашому житті і ще не вирішену проблему, що викликає у Вас смуток. Намалюйте на аркуші паперу таблицю, що складається із трьох стовпчиків: «Зло», «Добро», «Висновки». У першому стовпчику запишіть всі мінуси, всі негативні моменти нинішнього стану проблеми. У другому стовпці – позитивні моменти, переваги цього становища. У третьому – опишіть ті висновки, які можна зробити з цієї ситуації, і як вони можуть допомогти Вам у майбутньому.

Респондентам наводиться приклад Робінзон Крузо, який заповнював ці стовбці так:

- 1) Я занедбаний долею на похмурому, безлюдному острові і не маю жодної надії на порятунок. Я відокремлений від усього людства, я самотник, вигнаний з суспільства людей.
- 2) Але я живий, я не потонув, як усі мої товариші. Я не помер від голоду і не загинув у цьому місці, де людині нема чим харчуватися.

Після складання таблиці необхідно використати стратегію «порівняння, що йде вниз». Тобто, респонденти порівнюють себе з іншими людьми, які перебувають у ще більш незavidному становищі. Після цього застосовується стратегія «порівняння, що йде вгору». Респонденти згадують про свої успіхи в інших сферах, називають у чому вони успішні.

На обговорення виносяться такі питання: «Які труднощі ви відчували, виконуючи вправу?», «Які емоції ви переживали?», «Як змінилося Ваше ставлення до проблеми?», «Як Ви збираєтесь використати отриманий досвід?».

Вправа: «Малюнок – трилогія». Мета: усвідомлення змін, що відбулися, пошук внутрішніх ресурсів. Дана вправа спрямована на актуалізацію тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою ухвалення респондентами факту наявності у них симптомів ПТСР.

Інструкція: учасникам пропонується намалювати малюнок із трьох частин:

1. «Я» до інтолерантної (травмуючої) ситуації;
2. «Я» під час психотравмуючої ситуації;
3. «Я» після психотравмуючої ситуації.

Кожен малюнок учасника обговорюється у загальному колі.

Запитання для обговорення: «Як через образ ми спостерігаємо ті зміни, що відбулися із «Я»?», «Які почуття ви відчували і які думки виникали у вас, коли інші ділилися своїми враженнями про ваш малюнок?», «Що може бути для «Я» джерелом підтримки?».

4. Для проведення четвертого заняття рекомендовано такі вправи, як «Колективна казка», «Страхни», «Телефонна розмова» метод «Стоп-кран», або тріада самоконтролю. Розглянемо особливості їх проведення.

Вправа «Колективна казка». Мета: сприяти подальшому згуртуванню групи. Час проведення: 10-15 хв.

Інструкція: Групі дається завдання вигадати казку. При цьому перший говорить одне речення, другий друге, що є продовженням казки, і далі по колу. У результаті має бути завершена історія.

Після цього здійснюється коротке обговорення виконання завдання.

Вправа «Страхни». Мета: зняття емоційної напруги.

Інструкція: «Встаньте так, щоб ви мали достатньо місця. І почніть обтрушувати долоні, лікті та плечі. При цьому уявляйте, як все неприємне – погані почуття, важкі турботи і погані думки про себе – злітає з вас, як з гусака вода. Потім обтрусіть свої ноги від шкарпеток до стегон. А потім потрясіть головою. Буде ще корисніше, якщо ви видаватимете при цьому якісь звуки. Тепер обтрусіть обличчя і прислухайтесь, як смішно змінюється ваш голос, коли тремтить рот. Уявіть, що весь неприємний вантаж з вас спадає і ви стаєте все бадьорішими і веселішими, ніби заново народилися.

Вправа «Телефонна розмова». Обрана для актуалізації тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття військовослужбовцями факту наявності у них ПТСР.

Інструкція: Одного з учасників просять зателефонувати для пред'явлення проблемної ситуації. Другий учасник групи обирається для ролі кривдника. Психолог просить описати місце, де знаходиться телефон, набрати номер, тримати в руці трубку і розпочати розмову такими словами:

«Алло, кажіть... Дзвоню тобі, щоб...»... Тут учасника спонукають говорити все, що спадає на думку, навіть більш відкрито, ніж у реальному спілкуванні. Розмова триває близько 10 хвилин. Ця розмова не має бути повторенням реальних розмов у минулому.

Після проведення задаються та обговорюються питання, в чийй позиції було легше і чому?

Метод «Стоп-кран», або тріада самоконтролю. Мета – зняття емоційної та тілесної напруги.

Метод оснований на зупинці думки, релаксації, прихованому підкріпленні. Даний метод ґрунтується на концепції прихованого

моделювання. Людина заплющує очі та має уявити картину, яка викликає у неї негативні емоції. При цьому необхідно здійснити фокусування на негативній думці. При виникненні цієї думки учасник має підняти палець. Це сигнал для психолога, який має вимовити «Стоп!». Людина при цьому відмічає, що думка зникає. Потім вона має самостійно сказати «Стоп!», уявивши червоний сигнал світлофора. Після цього рекомендується глибоко подихати і досягти релаксації.

Третім компонентом прихованого підкріплення в даному методі є уявлення приємної ситуації, що людина обрала заздалегідь. При цьому тріада відтворюється:

- 1) пацієнт представляє думку, яку потрібно «видалити», кричить «Стоп», уявляючи червоний сигнал світлофора;
- 2) проводить релаксацію;
- 3) представляє приємну картину.

Далі проводить обговорення вправи, учаснику задаються питання: «Які труднощі ви відчували, виконуючи вправу?», «Які емоції ви переживали?».

5. Для проведення п'ятого заняття рекомендовано такі вправи «Злови погляд», «Гра у боротьбу», техніка «Етикетка». Розглянемо особливості їх проведення.

Вправа «Злови погляд». Мета: досягти домовленості з партнером зі спілкування без використання вербальних засобів.

Інструкція: учасники стоять у колі, їхнє завдання зловити чийсь погляд (налагодивши комунікацію) та помінятися з ним місцями.

Вправа «Гра у боротьбу». Мета – формування конструктивних стратегій вирішення конфлікту.

Інструкція: виконується у групах по 4-5 осіб. Хтось зображує особу, що демонструє поведінку, яка може розглядатися як опір (сперечається, перебиває, заперечує) і коротко розповідає про неї. Хтось із групи виконує роль психолога, що працює з таким клієнтом, і застосовує всі отримані навички, а також використовує принаймні дві з реакцій, що викликають опір:

- 1) бере участь у суперечці, агітує за зміни;
- 2) обирає роль експерта;
- 3) критикує, звинувачує, соромить (демонструє негативні емоції);
- 4) «навішує ярлики» (зосередившись швидше у тому, що собою представляє особистість, ніж її поведінка);
- 5) показує, що поспішає: «Я не можу провести з Вами весь день»;
- 6) заявляє, що знає все краще, демонструє заступництво.

Два чи три інших члени групи спостерігають за ставленням психолога та характером втручання з погляду: опору клієнта; частоти розмов на тему змін у контексті опору.

Через 7-10 хв. гра завершується та проводиться обговорення що відбувалося. Потім учасники змінюються ролями.

Техніка: «Етикетка». Спрямована на актуалізацію тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою ухвалення респондентами факту наявності у них симптомів ПТСР.

Інструкція: «Замість того, щоб позбутися негативної думки, ігноруючи її, ви маєте відсторонитися від неї і спостерігати зі сторони, не дозволяючи їй опанувати Вас. Ви можете сказати собі: «Що зі мною відбувається? Зараз до мене прийшла ось така думка». Але називаєте Ви її вже як би в лапках, тобто в номінальному сенсі, тим самим визначаючи її місце. І просто спостерігаєте за нею. Негативні думки мають над Вами владу тільки якщо ви на них реагуєте.

Даний метод можна використовувати, коли респондент відчує помірний чи сильний страх чогось конкретного чи страх взагалі. Пройшовши через ці стадії, можна змиритися зі своїм страхом, що дозволить черпати з нього силу і таким чином підживлювати свою справжність.

Усвідомте, що боїтеся. Визнайте свій страх, будьте чесним, справжнім. Це часто знімає напругу та дає віддихатися. Завжди краще реально дивитися на речі, а не вдавати, що ви не боїтеся, відмовляти себе або просто «посміхатися і терпіти». Усвідомити страх – приблизно те, що зняти кришку з

киплячого чайника: пара виривається назовні, і тиск знижується, нехай і ненабагато. Пам'ятайте: боятися всі і, якщо ви налякані, у цьому немає нічого ганебного; перше, що потрібно зробити у разі страху – усвідомити його.

6. На останньому занятті здійснюється оцінка ефективності психологічної допомоги учасниками. Оцінка ефективності відбувається за рахунок підбиття підсумків проведеної роботи. Відбувається зворотний зв'язок від учасників, визначення вмінь, які були отримані в процесі програми кожним учасником. Кожен визначає, що було складним, що вийшло.

Також, респондентам дається завдання самостійно відпрацювати вивчені на заняттях методи та прийоми, підібрати найбільш підходящі для себе для подальшого застосування.

Отже, розроблена програма психологічної допомоги включає вправи на когнітивну переробку травматичних переживань, постановку цілей, розвиток конструктивних методів психологічних захистів; вправи із заспокійливою функцією, які спрямовані змінити стан респондентів, зняти емоційну напругу.

3.3 Інтерпретація результатів формуючого дослідження

Після проведення розробленої програми психологічної допомоги, що була спрямована на зменшення впливу травмуючої ситуації на психіку респондентів нами було проведене формуюче дослідження для оцінки її ефективності.

Спираючись на завдання, поставлені в даній роботі та результати, що були отримані під час первинної діагностики, оцінка достовірності та ефективності програми психологічної допомоги, яка спрямована на створення умов для зміни психологічного стану респондентів була заснована на методиках, що використовувалися на констатуючому етапі дослідження, а саме:

1. Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків.
2. Шкала оцінки впливу травматичної події.

3. Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте.

4. Тест-опитувальник «Адиктивна схильність»

Використання даних методик ґрунтується на можливості достовірного порівняння показників ПТСР та механізмів психологічних захистів у військовослужбовців до та після проведення програми психологічної допомоги.

Першою методикою, що була проведена під час формуючого дослідження стала методика опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва. Отримані дані були зіставлені з результатами, виявленими на першому етапі проведеного експерименту. Для зручності оцінювання відображено середній показник серед усіх опитаних респондентів (рис. 3.1).

Як можна бачити з рис. 3.1, деякі показники майже не змінилися, а саме: перебільшене реагування, агресивність, депресія, загальна тривожність. Це можна пояснити тим, що з цими станами треба працювати набагато довше. Адже військові, що побували в таких складних для психіки умовах, ще довгий час будуть відчувати наслідки цих подій. Також, бачимо, що показник непрості спогоди навіть трохи зріс та вина того, хто вижив навіть незначно зросли. Це можуть бути особисті переживання, нещодавні новини, які отримали респонденти. Також, це може свідчити про те, що під час проведення програми психологічної допомоги були використано вправи, в результаті яких військовослужбовці згадали про події, що травмують, і знову почали проживати їх.

Проте показники за такими шкалами як: притупленість емоцій, порушення пам'яті та концентрації уваги, зловживання наркотичними та лікарськими речовинами до програми психологічної допомоги у найбільшій відхиленні. Бо під час програми психологічної допомоги було здійснено опрацювання емоційних реакцій, проведення рефлексії в результаті, військовослужбовці почали більше проявляти себе в емоційному плані. За рахунок цього, як видно, на рис. 3.1 за показниками після, військовослужбовці

почали менше зловживати наркотичними (алкогольними) та лікарськими речовинами.

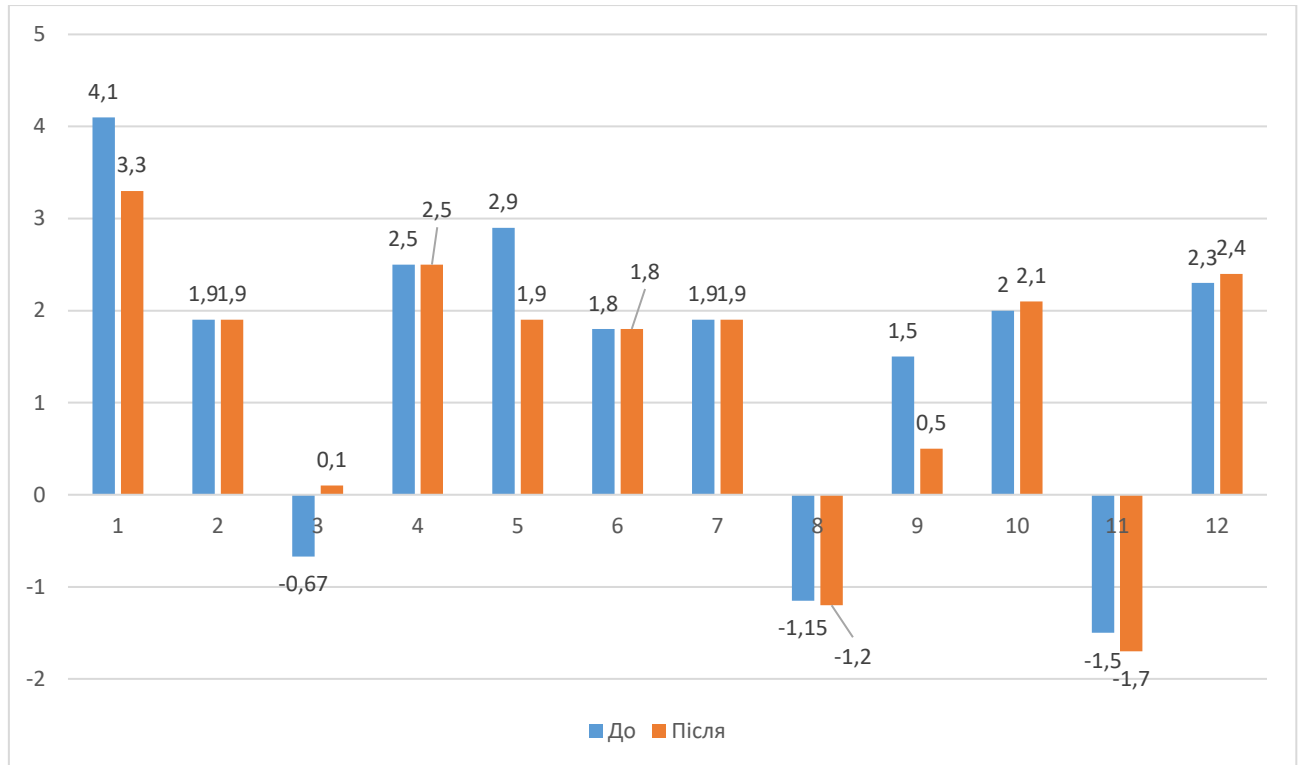


Рис. 3.1 Результати дослідження показників травматичного стресу за методикою опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва до та після проведення програми психологічної допомоги

Примітка: 1 - надпильність, 2 - перебільшене реагування, 3 - притупленість емоцій, 4 – агресивність, 5 – порушення пам'яті та концентрації уваги, 6 – депресія; 7 – загальна тривожність; 8 – напади люті; 9 – зловживання наркотичними та лікарськими речовинами, 10 – непрошені спогади та галюцинаторні переживання, 11 – проблеми зі сном, 12 – вина того, хто вижив

Наступним кроком формуючого етапу стало повторне проведення методика «Шкала оцінки впливу травматичної події». Ми порівняли середні показники отриманих результатів із результатами констатуючого експерименту та відобразили їх на рис. 3.2.

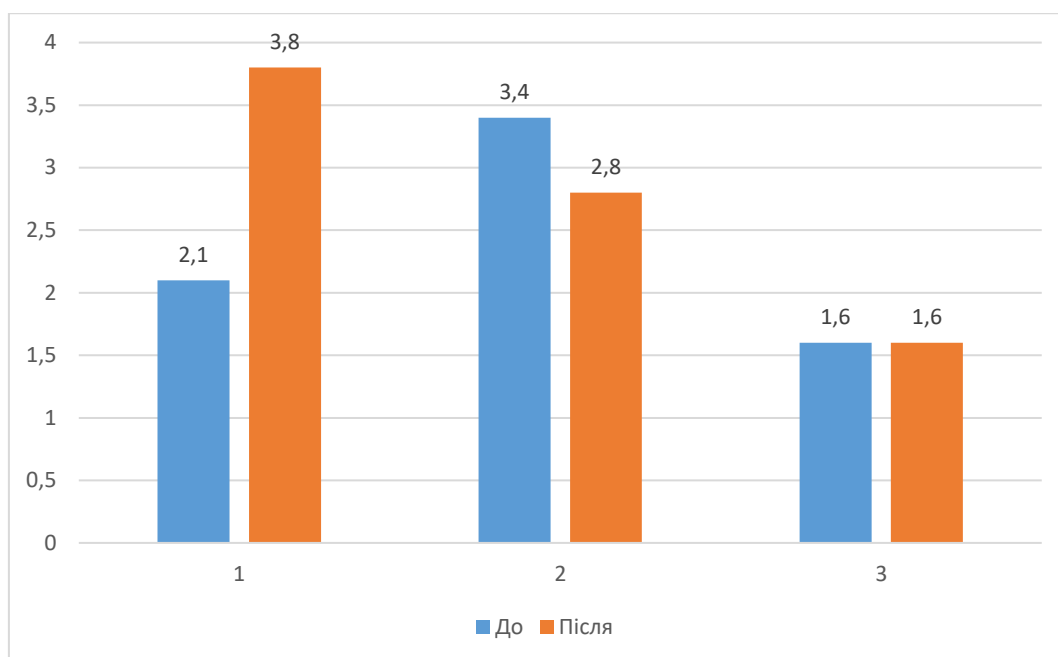


Рис. 3.2 Результати дослідження показників за методикою «шкала оцінки впливу травматичної події» до та після програми психологічної допомоги

Примітка: 1 – вторгнення, 2 – уникнення, 3 – фізіологічна збудливість

Як можна бачити з рисунку 3.2 після проведення програми психологічної допомоги військовослужбовці стали більш схильні до вторгнення. Проте зменшилося уникнення. Показник прояву фізіологічної збудливості залишився на тому ж самому рівні. Це свідчить про те, що під час проведення програми психологічної допомоги були використано вправи, в результаті яких військовослужбовці згадали про події, що травмують, і знову почали проживати їх. У результаті військовослужбовці зрозуміли те, яку негативну роль ПТСР грає у житті. Також це пов'язано домашнім завданням, метою якого було виведення охоронної поведінки на свідомий рівень.

Наступною методикою, що була проведена для перевірки ефективності розробленої програми психологічної допомоги стало дослідження механізмів психологічних захистів респондентів за допомогою опитувальника Плутчика-Келлермана-Конте. Нами так само було порівняно середні показники, що були отримані на констатуючому та формуючому етапах дослідження.

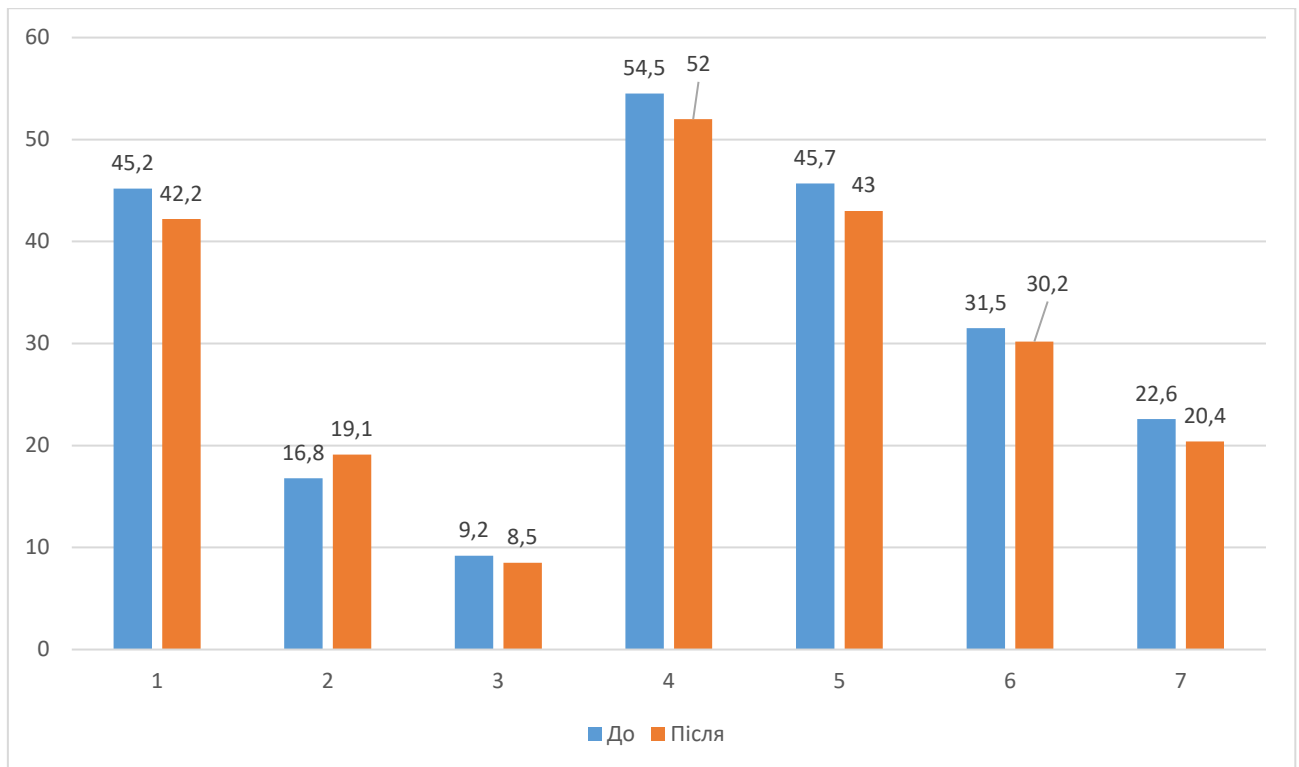


Рис. 3.3 Результати дослідження показників за методикою опитувальника Плутчика-Келлермана-Конте до та після програми психологічної допомоги

Примітка: 1 – витіснення, 2 – регресія, 3 – заміщення, 4 – заперечення, 5 – проєкція, 6 – компенсація, 7 – гіперкомпенсація.

Як можна бачити з рис. 3.3, показники за шкалами механізмів психологічних захистів до та після програми психологічної допомоги показали незначні відмінності середніх показників. Незначно знизився показник витіснення, заміщення, заперечення, проєкції, компенсації та гіперкомпенсації. Дані результати можна пояснити складною специфікою роботи військовослужбовців: суто чоловічий колектив, складно, інколи неможливо відкритися і дати зворотний зв'язок.

Незважаючи на не значні зміни, можна стверджувати, що за отриманими даними ПТСР було виявлено та усвідомлено випробуваними. Отже робота з цими військовослужбовцями дала результати, оскільки вони усвідомили наявність проблеми.

Наступною нами була здійснена повторна діагностика схильності до залежної поведінки за тестом-опитувальником «Адиктивна схильність» В.В.

Юсупова та В.А. Корзуніна. Отримані результати були співставленні з результатами констатуючого етапу та відображені на рис. 3.4.

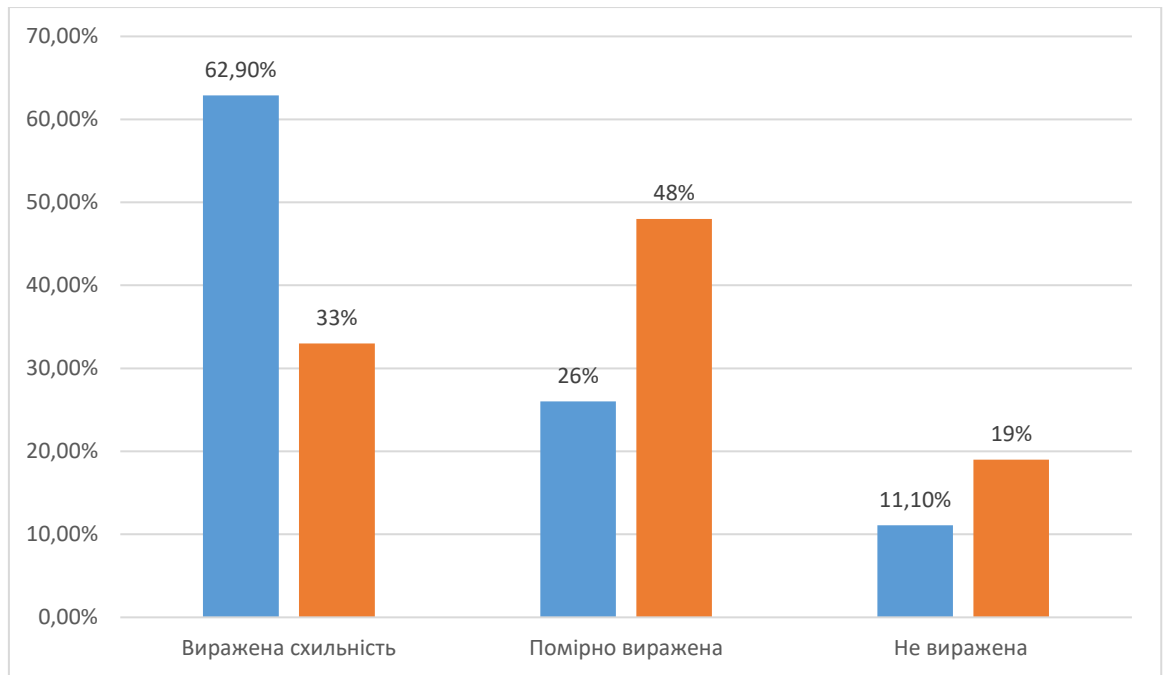


Рис. 3.4 Результати діагностики схильності до залежної поведінки за тестом-опитувальником «Адиктивна схильність» до та після програми психологічної допомоги

З показників на рис. 3.4 ми бачимо помітне зменшення показників до адиктивної схильності. Адже кількість осіб, що мали виражену схильність зменшилася з 17 осіб (62,9%) до 9 осіб (33%). Зросла кількість респондентів, що мали помірну схильність з 7 осіб (26%) до 13 осіб (47%). Кількість осіб з не вираженою адиктивною схильністю також зросла з 3 (11,1%) до 5 осіб (19%) респондентів. Таким чином, якщо на констатуючому етапі більшість опитаних мала високу схильність до вживання хімічних речовин, згубних пристрастей чи прагнення та інтересу до них, то після проведення програми психологічної допомоги дана схильність стала помірною у більшості респондентів.

З цього випливає, що програма психологічної допомоги дала позитивний результат навіть за такий відносно короткий проміжок часу.

Можна зробити висновок, що з цією категорією військовослужбовців треба й надалі працювати.

Висновки до розділу 3

Проаналізовано особливості методів та напрямів психотерапевтичної допомоги травмованим особам із хімічною залежністю. Зроблено висновок, що ефективне лікування хімічної залежності має будуватися на усуненні всіх компонентів, що формують адикцію: на медикаментозному лікуванні для усунення фізичної залежності від ПАР; на психотерапевтичній допомозі для боротьби з патологічними психічними установками; соціальної реінтеграції, для освоєння нових (здорових) форм соціальної взаємодії; духовного розвитку, прийняття високих моральних норм. Для надання допомоги особам з травмами необхідно використовувати інтегративні підходи, де поєднуюватимуться різні методи.

На основі аналізу отриманих даних на констатуючому етапі дослідження, було розроблено та апробовано програму психологічної допомоги. Розроблена програма психологічної допомоги включає вправи на когнітивну переробку травматичних переживань, постановку цілей, розвиток конструктивних методів психологічних захистів; вправи із заспокійливою функцією, які спрямовані змінити стан респондентів, зняти емоційну напругу.

Після проведення програми психологічної допомоги, заснованої на когнітивно-поведінковому підході, було проведено повторне дослідження показників ПТСР та механізмів психологічних захистів у військовослужбовців.

Виявлено, що після проведення програми психологічної допомоги військовослужбовці стали більш схильні до вторгнення. Проте зменшилося уникнення. Показник прояву фізіологічної збудливості залишився на тому ж самому рівні. Це свідчить про те, що під час проведення програми психологічної допомоги були використано вправи, в результаті яких військовослужбовці згадали про події, що травмують, і знову почали

проживати їх. У результаті військовослужбовці зрозуміли те, яку негативну роль ПТСР грає у житті. Також це пов'язано домашнім завданням, метою якого було виведення охоронної поведінки на свідомий рівень.

Показники за шкалами механізмів психологічних захистів до та після програми психологічної допомоги показали незначні відмінності середніх показників. Незначно знизився показник витіснення, заміщення, заперечення, проєкції, компенсації та гіперкомпенсації. Незважаючи на не значні зміни, можна стверджувати, що за отриманими даними ПТСР було виявлено та усвідомлено випробуваними. Отже робота з цими військовослужбовцями дала результати, оскільки вони усвідомили наявність проблеми.

Виявлено помітне зменшення показників до адиктивної схильності, якщо на констатуючому етапі більшість опитаних мала високу схильність до вживання хімічних речовин, згубних пристрастей чи прагнення та інтересу до них, то після проведення програми психологічної допомоги дана схильність стала помірною у більшості респондентів.

З цього випливає, що програма психологічної допомоги дала позитивний результат навіть за такий відносно короткий проміжок часу, адже за показниками після, військовослужбовці почали менше зловживати наркотичними (алкогольними) та лікарськими речовинами. Щодо впливу травми на їх психіку рекомендовано й надалі працювати з цією категорією військовослужбовців. Адже подолання ПТСР – це складний та довгий шлях, особливо враховуючи те, що у нашій країні й надалі йде війна.

ВИСНОВКИ

1. Розглянуто феномен залежної поведінки у психологічній науці. Виявлено, що формування залежності робить людину максимально вразливою, вона стає слабкою, безвольною, її настрій залежить виключно від того, чи має вона можливість на цей час здійснити контакт з об'єктом залежності чи ні. Внаслідок цього, залежні люди фактично «випадають» із суспільних відносин, виконуючи лише формальні функції. Їх мучить самотність, вони часто перебувають у стані депресії, яка за відсутності своєчасного лікування, руйнує та деформує особистість залежного, доводячи його до крайніх заходів, наприклад, до суїцидальної поведінки.

2. Досліджено хімічну залежність та її особливості. Аналіз літератури дозволив зробити висновок та припущення про те, що в осіб з хімічною залежністю відзначається ряд психологічних особливостей, а саме: підвищений рівень тривожності, агресивності, високі показники самозвинувачення та внутрішньої конфліктності. Отже, хімічна залежність є залежністю, яка характеризується появою звикання людини до психоактивних речовин.

3. Здійснено розгляд психотравмуючої ситуації як причини виникнення хімічної залежності. У підходах до розуміння психотравми, її проявів та її впливу на особистість існує безліч протиріч. Травматичні події можуть бути тісно пов'язані з появою хімічної залежності або розладів зловживання психоактивними речовинами. Їх зв'язок складний і багатогранний. Адже не у кожного, хто пережив травму, розвивається розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин.

4. Під час проведення емпіричного дослідження за методикою «Шкала оцінки травматичного стресу» у військовослужбовців виявлено відсутність усвідомлення проблеми. Визначено, що провідним механізмом психологічного захисту є заперечення. Тобто, вони заперечують обставини, що викликають тривогу, очевидну для оточуючих. За результатами

діагностики наявності травматичного стресу було виявлено, що більшість опитаних мають ознаки ПТСР. Після проведення опитування «Адиктивна схильність» В.В. Юсупова та В.А. Корзуніна виявлено, що більшість опитаних, а саме 17 осіб (62,9%) мають виражену схильність до залежної поведінки, помірна схильність була виявлена у 7 осіб (26%), а не виражена схильність до залежної поведінки відзначена лише у 3 (11,1%) респондентів. Таким чином, більшість опитаних має схильність до вживання хімічних речовин, згубних пристрастей чи прагнення та інтересу до них. Методика «Схильність до залежної поведінки» В.Д. Менделевича виявила, що серед опитаних низького рівня схильності до залежної поведінки не виявлено в жодного респондента. Натомість у 17 респондентів (63%) виявлено ознаки високої ймовірності наявності залежності від ПАР. У 2 осіб (8%) спостерігається наявність тенденції до формування залежної поведінки. Це говорить про те, що за певних соціальних умов у випробуваних цієї групи є ризик формування залежності від ПАР. У 8 респондентів (29%) виявлено ознаки підвищеної схильності до залежної поведінки. У даної групи піддослідних переважають ті якості та ознаки, які свідчать про орієнтацію на вживання ПАР та ризик формування залежності від них. Нами було виявлено достовірно значущі кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та механізмами психологічних захистів у військовослужбовців. Виявлено значні кореляційні зв'язки між показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» та такими механізмами, як «регресія», «заміщення», «компенсація» та «гіперкомпенсація». Отримані результати свідчать про необхідність надання психологічної допомоги для респондентів, що буде спрямована на подолання хімічної залежності, яка була здобута ними в результаті травми.

5. На основі аналізу отриманих даних на констатуючому етапі дослідження, було розроблено та апробовано програму психологічної допомоги. Розроблена програма психологічної допомоги включає вправи на когнітивну переробку травматичних переживань, постановку цілей, розвиток

конструктивних методів психологічних захистів; вправи із заспокійливою функцією, які спрямовані змінити стан респондентів, зняти емоційну напругу.

Після проведення програми психологічної допомоги, заснованої на когнітивно-поведінковому підході, було проведено повторне дослідження показників ПТСР та механізмів психологічних захистів у військовослужбовців. Виявлено, що після проведення програми психологічної допомоги військовослужбовці стали більш схильні до вторгнення. Проте зменшилося уникнення. Показник прояву фізіологічної збудливості залишився на тому ж самому рівні. Це свідчить про те, що під час проведення програми психологічної допомоги були використано вправи, в результаті яких військовослужбовці згадали про події, що травмують, і знову почали проживати їх. У результаті військовослужбовці зрозуміли те, яку негативну роль ПТСР грає у житті. Також це пов'язано домашнім завданням, метою якого було виведення охоронної поведінки на свідомий рівень. Показники за шкалами механізмів психологічних захистів до та після програми психологічної допомоги показали незначні відмінності середніх показників. Незначно знизився показник витіснення, заміщення, заперечення, проєкції, компенсації та гіперкомпенсації. Дані результати можна пояснити складною специфікою роботи військовослужбовців: суто чоловічий колектив, складно, інколи неможливо відкритися і дати зворотний зв'язок. Незважаючи на незначні зміни, можна стверджувати, що за отриманими даними ПТСР було виявлено та усвідомлено випробуваними. Отже робота з цими військовослужбовцями дала результати, оскільки вони усвідомили наявність проблеми. Виявлено помітне зменшення показників до адиктивної схильності, якщо на констатуючому етапі більшість опитаних мала високу схильність до вживання хімічних речовин, згубних пристрастей чи прагнення та інтересу до них, то після проведення програми психологічної допомоги дана схильність стала помірною у більшості респондентів. З цього випливає, що програма психологічної допомоги дала позитивний результат навіть за такий відносно короткий проміжок часу, адже за показниками після, військовослужбовці

почали менше зловживати наркотичними (алкогольними) та лікарськими речовинами. Щодо впливу травми на їх психіку рекомендовано й надалі працювати з цією категорією військовослужбовців. Адже подолання ПТСР – це складний та довгий шлях, особливо враховуючи те, що у нашій країні й надалі йде війна.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Андреев А. С. Загальна наркологія. *Загальна психопатологія*. 2018. № 5. С.6-11
3. Аталієва А.О. Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук: 19.00.04. Харків, 2020. 266 с.
4. Аталієва А.О. Стресове навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху. *Медицинська психологія*. Харків, 2019. Т.14, №2(54), С. 85-88
5. Балабанова Л. М. , Байда М. С. Попередження хімічної залежності серед військовослужбовців Національної гвардії України. *Честь і закон*. 2021. № 2 (77)/ С. 25-34
6. Білосевич І.А. Особливості формування та прояву адиктивної поведінки у учасників бойових дій після перебування в зоні АТО/ООС. *Сучасні світові тенденції розвитку науки та інформаційних технологій*. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 24–25 травня 2019 р.) / ГО «Інститут інноваційної освіти»; Науково-навчальний центр прикладної інформатики НАН України. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2019. С. 150–154.
7. Бугайова Н.М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2010. № 4. С. 48–57
8. Воронович Б. Узалежнення. Варшава: PARPA, 2020. 296 с.
9. Гаврилов, О. О. Стан проблеми адекватної седації у хворих із психічними й поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин. *Медицина невідкладних станів*. 2019. № 2. С. 190-191.

- 10.Гаврищак Л. Психологія залежної поведінки: методичні рекомендації до семінарських занять. Дрогобич, 2018. 66 с.
- 11.Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України*. Серія: педагогічні та психологічні науки). № 1(74), 2015. С. 378-390
- 12.Дзюба Т.М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: особливості і наслідки. *Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання*: зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С.П. Бочарової (30 березня 2017 р., м. Харків, Україна) МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ; Ін-т психології ім. Г.С. Костюка Нац. акад. пед. наук України; Консультац. місія Європейського Союзу в Україні. – Харків: ХНУВС, 2017. С. 27-29.
- 13.Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей: посібник / Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. Харків : Діса плюс, 2015. 478 с.
- 14.Дружбляк С. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу. *Теорія контрольності та актуальні проблеми сучасної психології*: матеріали наукових читань, присвячених 115-й річниці від дня народження Ярослава Івановича Цурковського. Львів, 2020. 186 с.
- 15.Євсюков О. П., Садковий В. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2010. № 7. С. 120–128.
- 16.Железнякова Ю.В. Основні характеристики адиктивної поведінки. *Теорія і практика сучасної психології*. 2016. № 2. С. 4–8.
- 17.Капталан Н. М. Залежна поведінка особистості як проблема сучасної психології. *Психологія та соціальна робота*. № 1 (51). 2020. С.102 – 112.
- 18.Карпова С. О. Психологічна травматизація особистості як ресурс особистісного зростання: кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти «магістр» / С. О. Карпова ; наук. керівник к.психол.н., доц. О. М.

Самкова ; Міністерство освіти і науки України ; Херсонський держ. ун-т, Ф-т психології, історії та соціології, Кафедра практичної психології. Херсон : ХДУ, 2020. 64 с.

- 19.Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету: наук. збірник. Серія «Психологічні науки»*. Херсон. 2022. № 2. С. 20–27.
- 20.Козловська Т., Кудряшова Т. Соціально-психологічні та соціально-економічні аспекти формування хімічної залежності у сучасної молоді. *Науково-методичні основи використання інформаційних технологій в галузі фізичної культури та спорту*. 2021. №5. С.94-100
- 21.Корзунін В. А., ЮСУПОВ В. В. Експрес-метод виявлення схильність до вживання психоактивних речовин. URL: http://psih.pp.ua/08799_%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B7%D1%83%D0%BD%D1%96%D0%BD_%D0%B2_%D0%B0_%D1%8E%D1%81%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%B2_%D0%B2_%D0%B2_%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81-%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4_%D0%B2%D0%B8%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D1%81%D1%85%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96_%D0%BA.html (дата звернення: 10.11.2023)
- 22.Крамченкова В.О . Наукові підходи до дослідження тютюнової адиктивної поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. № 5. 2015 С.175
- 23.Литвиненко В.В. Сучасні особливості формування алкогольної залежності у чоловіків як основа їх реабілітації. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*. 2019. № 28. С. 42-44.
- 24.Магдисюк Л. І., Мельник А. П. Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 100 с.

- 25.Максимова Н.Ю. Безпека життєдіяльності: соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії. Київ, 2006. 9 с.
- 26.Максимова Н.Ю. Психологічна діагностика схильності до адиктивної поведінки. *Врачебное дело*. 2017. № 7 (1144). С. 162-168.
- 27.Максимова Н.Ю. Психологія адиктивної поведінки. Київ. 2002. 383с.
- 28.Матейко Н.М. Адиктивність особистості у соціопсихічній та духовній парадигмі: порівняльний аналіз. *Науковий вісник Миколаївського державного університету ім. В.О.Сухомлинського: збірник наукових праць/за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової*. Миколаїв, 2013. Т.2. №11(99). С.198-201.
- 29.Мателега М.М. Психологічні особливості залежності як девіантної поведінки особистості. *Психологічні науки:проблеми та здобутки*. 2015. № 7. С. 146-160.
- 30.Мельник А. П. Структура реабілітаційного процесу військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні студії*. Видавничий дім «Гельветика», 2022. № 2. С. 5-10.
- 31.Михайлів С.В. Психологічне дослідження чинників формування хімічної залежності особистості. *Психологія і особистість* № 17. 2020. С. 94-108
- 32.Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.
- 33.Несенюк Н., Чудаєва Н., Мурашкевич О. Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога. *Рада Європи*. 2020. С. 42–47.
- 34.Опря Є.В. Клініко-психопатологічні порушення при алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування). *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2008. № 2 (14). С. 86-89.
- 35.Основи психотерапії: навч. посібник/ за ред. К.В. Сєдих, О.О. Фільц. Київ: Академія, 2017. 192 с.
- 36.Осьодло В. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту. Дніпро : Акцент, 2019. 324 с.

- 37.Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2021, Т.32 (71). № 6. С.68-72.
- 38.Пихтіна Н., Пихтін М., Федорченко Т. Профілактика девіантної поведінки дітей і молоді: психолого-педагогічні та соціально-правові аспекти. Київ : КНТ, 2018.
- 39.Підчасов Є.В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*: зб. наук. праць. Харків : НУЦЗУ, 2011. № 10. С. 86–98.
- 40.Потапчук Л.В. Теоретичний аналіз дослідження проблеми переживання психотравмувальних ситуацій особистості. *Психологічні перспективи*. 2013. № 22, С. 217–224.
- 41.Про затвердження таблиці співставлення кодів діагностично споріднених груп з кодами Міжнародної статистичної класифікації хвороб Одинадцятого перегляду (МКХ-11) . URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-29032019-703-pro-zatverdzhennja-tablici-spivstavlennja-kodiv-diagnostichno-sporidnenih-grup-z-kodami-mizhnarodnoistatistichnoi-klasifikacii-hvorob-desjatogo-peregljadu-mkh-10> (дата звернення: 09.10.2023)
- 42.Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ «Логос», 2015. 207 с.
- 43.Психологія залежної поведінки : навчальний посібник / Алла Богданівна Мудрик. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 66 с.
- 44.Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. 10 с.
- 45.Ринда Ф. П. Медичні та соціальні аспекти тютюнокуріння, алкоголізму,

- наркоманії та СНІДУ. Київ: 2003. 55 с.
46. Романенко О. В. Концептуальні засади психокорекції адиктивної поведінки неповнолітніх. *Юридична психологія*. 2021. № 2. С. 7-13.
 47. Романовська Д. Д., Ілащук О. В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : метод. посіб. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
 48. Самойленко Н.І. Сучасні підходи до профілактики адиктивної поведінки підлітків у загальноосвітньому закладі. *Педагогіка та психологія: зб. наук. праць*. 2016. № 53. С. 350-358.
 49. Сандал О.С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Психологічні науки». 2021. № 2. С. 49–62.
 50. Сафонов Д. М. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. Запоріжжя, 2019. 94 с.
 51. Синишина В. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2021. №4. С. 162-170.
 52. Сорокіна О.А. Психологія залежності : навчальний посібник. Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О.А., 2014. 180 с.
 53. Старков Д.Ю. Психотерапія адиктивного розщеплення особистості у залежних клієнтів. *Актуальні питання психотерапії та психології: збірник матеріалів XXIV науково-практичної конференції з міжнародною участю (Чернівці, 29 червня – 1 липня 2018)*. Чернівці, 2018. С. 147-150.
 54. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
 55. Тюріна В. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. *Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.)* /

- МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків : ХНУВС, 2022. С. 116-121.
56. Улько Н.М. Чинники виникнення психотравми в дорослому віці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, січень 2020. № 10. С. 92–96.
 57. Царенко Л. Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. *Психологія: теорія і практика*, 2019. №1(3). С. 158–170.
 58. Чулков О.М. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування: навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології», «Педіатрія». Запоріжжя. 2017. 10 с.
 59. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
 60. Шевченко С. В. Стрес як психологічний феномен в параметрах сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психічного та психологічного здоров'я*: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., 26-27 квіт. 2019. С.113-116.
 61. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000. 943 p.
 62. Ames G. M. Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace: A Review and Guiding Framework. *Alcohol Research & Health*. 2011. № 34(2). P. 175-187.
 63. Brodie Ramin M.D. The Age of Fentanyl: Ending the Opioid Epidemic. *Dundurn Press*, 2020. P. 36-40.
 64. Bruce K. Alexander. The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit. OUP Oxford; 1st edition, 2008. 326 p.
 65. Bryant R. A., Schnurr P. P., & Pedlar D. Addressing the mental health needs of civilian combatants in Ukraine. *The Lancet Psychiatry*, 2022. № 9(5) P. 346–347.
 66. Daniel Toker. Cannabis Use and High-Risk Behaviors : A Review. College

- Student Journal, 2009. P.12-16.
67. Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines. Centre for Population Health 07-May-2008, 14 p.
 68. Drugs, Brains and Behavior: The Science of Addiction. Consumers. 2014. URL: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface> (дата звернення: 20.10.2022).
 69. Eagle G., Kaminer D. Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 2013. № 19(2), P. 85–99.
 70. Espinosa A., Rudenstine S. Trait emotional intelligence, trauma and personality organization: Analysis of urban clinical patients. *Personality and Individual Differences*. 2018. № 123. P. 176–181. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.026>
 71. Ewa Wojtynkiewicz. Uzależnienie od alkoholu w świetle teorii psychodynamicznych. *Przegląd teorii współczesnych*. Psychoterapia. 2018. №1 (184). P. 41-50
 72. Gabor Maté. "In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction". North Atlantic Books, 2010, 102 p.
 73. Grzegorzewska I., Cierpiakowska L. Uzależnienia behawioralne. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 2018. 465 p.
 74. Kenneth S. Kendler. Genes, Environment, and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders. The Guilford Press, 2007. P.58-65.
 75. Miller K.E., Rasmussen A. Mental health and armed conflict: The importance of distinguishing between war exposure and other sources of adversity: A response to Neuner. *Social Science & Medicine*. 2010. № 71. P. 1385–1389.
 76. Mitcheson L., Maslin J., Applied cognitive and behavioural approaches to the treatment of addiction: a practical treatment guide / R. Hill et al. Wiley & Sons, Incorporated, John, 2010. 238 p.

77. Rosenberg K.P., Feder L.C. Behavioral addictions. Criteria, evidence and treatment. London, Waltham, San Diego: Elsevier Inc., 2014. 415 p.
78. Russil Durrant, Jo Thakker. Substance Use and Abuse. SAGE, 2003, P. 23-26.
79. Sinha R. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry*. 2013. №79. P. 827–835.
80. Somer E., Ataria Y. Adverse outcome of continuous traumatic stress: A qualitative inquiry. *International Journal of Stress Management*. 2015. № 22 (3). P. 287.
81. Thombs D.L., Osborn C.J. Introduction to addictive behaviors. New York, London: The Guilford Press, 2019. 457 p.
82. Vodanovich S., Watt J. Self-report measures of boredom: An updated review of the literature. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*. 2015. No. 150 (2). P. 1–33.

Всього джерел – 82

Джерел за останні п'ять років – 37
 (2,3,4,5,6,8,9,10,14,17,18,19,20,23,24,31,32,33,36,37,38,43,46,49,50,51,53,55,
 56,57,60, 63,65,70,71,73,81)

Джерел зарубіжних авторів за останні п'ять років – 6
 (63,65,70,71,73,81)

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 31
 (2,3,4,5,6,8,9,10,14,17,18,19,20,23,24,31,32,33,36,37,38,43,46,49,50,51,53,55,
 56,57,60)

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків

Інструкція

Уважно прочитайте кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану або думці в даний час.

У кожній колонці на бланку відповідей під номером затвердження обведіть цифру, що позначає вашу відповідь:

- 5 – абсолютно правильно;
- 4 - скоріше правильно;
- 3 - частково правильно, частково неправильно;
- 2 - швидше неправильно;
- 3 1 – абсолютно неправильно.

Питання опитувальника

1. Вранці я прокидаюся свіжим і відпочившим
2. Я добре координую свої рухи
3. Я відчуваю втому
4. Мені потрібне зусилля, щоб вникнути в те, що говорять оточуючі
5. Раптом у мене буває сильне серцебиття
6. Я вживаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення
7. Навколишній світ здається нереальним
8. Я здригаюся від раптового шуму
9. Я настільки жваво згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх
10. Я абсолютно здоровий фізично
11. Мені приносить задоволення бути серед інших людей
12. Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека
13. Мене не можна дорікнути в розсіяності
14. Я часто бачу один і той самий страшний сон
15. Безперечно, я винен перед людьми
16. Дрібниці дратують мене
17. Я намагаюся не дивитись телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій
18. Мені подобається моя робота
19. Я пережив серйозну втрату
20. Я добре висипаюся ночами
21. Я ніколи не бачу страшних снів
22. Іноді мені хочеться напиться
23. Мої близькі дуже турбуються через мою роботу
24. У мене буває відчуття, що час тече як би сповільнено
25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити
26. Багато речей втратили для мене інтерес
27. Без жодного приводу я можу вийти з себе
28. Мені слід почати дотримуватися дієти
29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми
30. Буває, що я забуваю речі
31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене
32. Мені потрібно краще контролювати емоції
33. Минулі події часом згадуються яскравіше, ніж те, що відбувається зараз
34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби
35. Я прокидаюся від раптового страху
36. Мені варто великих зусиль працювати у колишньому ритмі

37. Іноді я відчуваю озноб
38. Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду
39. Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами
40. Я відчуваю себе більш впевнено, ніж багато моїх однолітків
41. Я засинаю насилу
42. Я відчуваю самотність
43. Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно
44. Я відчуваю, що стаю іншою людиною
45. Мене радують часом найнезначніші речі
46. Я відчуваю приплив сил
47. Вранці я прокидаюся насилу
48. Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати
49. Я відчуваю сором
50. Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий
51. Мій сон настільки міцний, що гучні звуки чи яскраве світло не можуть мені завадити.
52. Мені кажуть, що я скрикую уві сні
53. Я часто думаю про майбутнє
54. Іноді я серджуся
55. Я боюся, що можу натворити щось всупереч своїм намірам
56. Буває, що я забуваю те, що хотів сказати чи зробити
57. Останнім часом мій настрій погіршився
58. Мені нема на кого покластися
59. Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги
60. Безперечно, я люблю ризикувати
61. Мені подобається «чорний гумор»
62. Я у всьому покладаюся на самого себе
63. Я постійно відчуваю потребу щось жувати, навіть не відчуваючи голоду
64. Іноді мені здається, що я заплутався у житті
65. Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене вимагалось
66. Я відчуваю інтерес та смак до життя
67. Мені весело та легко в компанії людей
68. Я багато і плідно працюю
69. Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ
70. Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми
71. Я ніколи не відчував страху
72. Мені було б корисно побути одному
73. Роблячи якусь справу, я часто думаю зовсім про інше
74. Моє життя різноманітне та насичене подіями
75. Я ніколи не робив вчинків, за які мені було б соромно
76. Чужі труднощі мало кого хвилюють
77. Я відчуваю себе набагато старше своїх років
78. Мені здається, що на мене чекає щасливе майбутнє
79. У житті мені довелося випробувати таке, що краще не згадувати
80. Я гостро сприймаю чужий біль
81. Мені здається, я втратив здатність радіти життю
82. Мене турбує головний біль
83. Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону
84. Я не проти підзаробити зайвого
85. Сторонні звуки відволікають мене
86. Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується
87. Я вірю в справедливість

88. Моє серце працює як завжди
89. Іноді я приймаю таблетки
90. Є речі, які я не можу собі пробачити
91. Безперечно, мені потрібен час, щоб прийти до тями
92. Алкоголь добре знімає будь-який стрес
93. Я не схильний скаржитися на здоров'я
94. Мені хочеться все трощити на своєму шляху
95. Більшість людей переймається лише власним благополуччям.
96. Мені нелегко стримувати свій гнів
97. Я вважаю, що правий той, хто сильніший
98. У мене ніколи не було неприємності
99. Мені слід навчитися уникати конфліктів
100. Я маю у житті добрих друзів
101. Мене вважають урівноваженою людиною
102. Нервову напругу добре знімає сауна
103. Я відчуваю розгубленість
104. Часто мені здається, що мене чатує небезпека
105. Я працюю, не відчуваючи втоми
106. Я відчуваю сильне внутрішнє збудження
107. Мені важко зосередитися одночасно на кількох справах
108. Часто я роблю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух
109. Я почуваюся цілком впевненим
110. Мені є за що дякувати долі

Обробка результатів

1. Надпильність. Ця шкала відповідає наступним питанням: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.
2. Перебільшене реагування. Ця шкала відповідає наступним питанням: 8, 12, 39, 102, 104, 108. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.
3. Притупленість почуттів. Ця шкала відповідає наступним питанням: 3, 4, 6, 7, 13, 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумуйте значення (питання: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть значення з питань, що залишилися (13, 45, 66, 74), отриману величину розділіть на 9.
4. Агресивність. Ця шкала відповідає наступним питанням: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.
5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Ця шкала відповідає наступним питанням: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.
6. Депресія. Ця шкала відповідає наступним питанням: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.
7. Загальна тривожність. Ця шкала відповідає наступним питань: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.
8. Напади люті. Ця шкала відповідає наступним питанням: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення з питань, що залишилися (86, 88, 101), отриману величину розділіть на 3.
9. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. Ця шкала відповідає наступним питанням: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Підсумуйте значення (питання: 22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення з питань, що залишилися (50, 102), отриману величину на 3.
10. Непрохані спогади та галюцинаторні переживання. Ця шкала відповідає наступним питанням: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.
11. Проблеми зі сном (проблеми із засинанням та уривчастий сон). Ця шкала відповідає наступним питанням: 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумуйте значення

(питання: 14, 35, 41, 47, 52) і відніміть значення з питань, що залишилися (1, 20, 21, 51), отриману величину розділіть на 4.

12. «Вина того, хто вижив». Ця шкала відповідає наступним питанням: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.

13. Оптимізм. Ця шкала відповідає наступним питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Необхідно підрахувати середнє арифметичне значення.

Додаток Б

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)

Інструкція

Нижче наведено описи переживань людей, які перенесли тяжкі стресові ситуації. Оцініть, якою мірою ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації, колись пережитої вами. Для цього виберіть та обведіть кружком цифру, що відповідає тому, як часто ви відчували подібне переживання протягом останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній.

Питання опитувальника

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яке нагадування про цю подію (ситуації) змушувало мене заново переживати все, що трапилося.				
2. Я не міг спокійно спати ночами				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати, що зі мною трапилося				
4. Я відчував постійне роздратування та гнів				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли я думав про цю подію або щось нагадувало мені про неї				
6. Я думав про те, що сталося проти своєї волі				
7. Мені здавалося, що все, що сталося зі мною, як ніби не було насправді, чи все, що тоді відбувалося, було нереальним				
8. Я намагаюся уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що сталося				
9. Окремі картини того, що сталося, раптово виникають у свідомості				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене				
11. Я намагався не думати про те, що сталося				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють тяжкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути				
13. Я відчував щось на кшталт заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що трапилося були начебто паралізовані				
14. Я раптом помічав, що дію чи почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації				
15. Мені було важко заснути				
16. Мене буквально захльостували нестерпно тяжкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
17. Я намагався витіснити те, що сталося з пам'яті				
18. Мені було важко зосередити увагу на будь-чому				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття - пітнів, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що сталося зі мною.				
21. Я був постійно насторожений і весь час сподівався, що станеться щось погане				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що сталося.				

Ключі до обробки

Субшкала «вторгнення» сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20

Субшкала «уникнення» сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

Субшкала «фізіологічна збудливість» сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21

Додаток В**Тест-опитувальник «Аддиктивна схильність» (Юсупов В.В., Корзунін В.А.)**

Поставте «галочку» навпроти обраного твердження у разі Вашої згоди. Після виконання тесту підрахуйте загальну суму балів.

Питання опитувальника

1. Якщо людина в міру та без шкідливих наслідків вживає збуджуючі і які впливають психіку речовини - це нормально.
2. Людина повинна мати право випивати, скільки вона хоче і де вона хоче.
3. Деякі правила та заборони можна відкинути, якщо чогось сильно захочеш.
4. Мені б сподобалася робота офіціантки в ресторані/дегустаторі вин.
5. Я часто відчуваю потребу у гострих відчуттях.
6. Серед моїх знайомих є люди, які пробували одурманюючі токсичні речовини.
7. Мають рацію люди, які в житті слідуєть прислів'ю: «Якщо не можна, але дуже хочеться, то можна».
8. Бувало, що я випадково потрапляв у неприємну історію або бійку після вживання спиртних напоїв.
9. Траплялися випадки, коли мої батьки, інші люди висловлювали занепокоєння з приводу того, що я трохи випив(ла).
10. Коли люди прагнуть нових, незвичайних відчуттів і переживанням, це нормально.
11. Щоб отримати задоволення, варто порушити деякі правила та заборони.
12. Мені подобається бути в компаніях, де в міру випивають та веселяться.
13. Бувало, що в мене виникало бажання випити, хоч я розумів(а), що зараз не час і не місце.
14. Сигарета у скрутну хвилину мене заспокоює.
15. Насолода - це головне, чого варто прагнути в житті.
16. Шкідливий вплив на людину алкоголю та тютюну сильно перебільшують.
17. Секс повинен займати у житті молоді одне з головних місць.
18. Я б спробував(ла) якусь одурманюючу речовину, якби твердо знав(ла), що це не зашкодить моєму здоров'ю і не спричинить покарання.
19. Мої друзі розповідали, що в деяких ситуаціях вони відчували незвичайні стани: бачили яскраві цікаві бачення, чули дивні незвичайні звуки та ін.
20. Останнім часом я помічаю, що почав багато курити. Це якось допомагає мені, відволікає від турбот та тривог.
21. Бувало, що вранці (після того, як я напередодні вживав алкоголь) у мене тремтіли руки, а голова просто розколювалася.
22. Не можу змусити себе кинути палити, хоч знаю, що це шкідливо.
23. Часто в стані сп'яніння я відчував почуття невагомості, відчуженості від навколишнього світу, нереальності того, що відбувається.
24. Мені неприємно згадувати і говорити про низку випадків, пов'язаних із вживанням алкоголю.
25. Мої друзі вміють добре розслабитися та отримати задоволення.
26. Останнім часом, щоб не «зірватися», я змушений був приймати заспокійливі препарати.
27. Я намагався (намагалася) позбутися деяких згубних звичок.
28. Уживаючи алкоголь, я часто перевищував свою норму.
29. Мені подобається стан, який виникає, коли трохи вип'єш.
30. У мене були неприємності у школі у зв'язку з вживанням алкоголю.

Інтерпретація одержаних результатів:

до 13 балів – ризик залежної поведінки не виражений

від 14 до 16 балів – помірно виражений ризик залежної поведінки

від 17 і більше балів – виражені ознаки схильності до залежного поведінці

Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте. / Методика Індексу життєвого стилю (Life Style Index, LSI).

Інструкція: Уважно прочитайте наведені нижче твердження, що описують почуття, поведінку та реакції людей у певних життєвих ситуаціях, і якщо вони мають до Вас відношення, то позначте відповідні номери знаком "+".

Питання тесту

1. Зі мною ладити дуже легко
2. Я сплю більше, ніж більшість людей, яких я знаю
3. У моєму житті завжди була людина, на яку мені хотілося бути схожою
4. Якщо мене лікують, я намагаюся дізнатися, яка мета кожної дії
5. Якщо я чогось хочу, то не можу дочекатися моменту, коли моє бажання здійсниться
6. Я легко червонію
7. Одна з найбільших моїх переваг - це вміння володіти собою
8. Іноді у мене з'являється наполегливе бажання пробити стіну кулаком
9. Я легко виходжу з себе
10. Якщо мене в натовпі хтось штовхне, то я готовий його вбити
11. Я рідко запам'ятовую свої сни
12. Мене дратують люди, які командують іншими
13. Я часто буваю не у своїй тарілці
14. Я вважаю себе виключно справедливою людиною
15. Чим більше я купую речей, тим стаю щасливішим
16. У своїх мріях я завжди в центрі уваги оточуючих
17. Мене засмучує навіть думка про те, що мої домочадці можуть розгулювати будинки без одягу
18. Мені кажуть, що я хвалько
19. Якщо хтось мене відкидає, то в мене може виникнути думка про самогубство
20. Майже всі мною захоплюються
21. Буває так, що я в гніві щось ламаю чи б'ю
22. Мене дуже дратують люди, які пліткують
23. Я завжди звертаю увагу на кращий бік життя
24. Я прикладаю багато старань і зусиль, щоб змінити свою зовнішність
25. Іноді мені хочеться, щоб атомна бомба знищила світ
26. Я людина, яка не має забобонів
27. Мені кажуть, що я буваю надмірно імпульсивним
28. Мене дратують люди, які манірують перед іншими
29. Дуже не люблю недобррозичливих людей
30. Я завжди намагаюся випадково когось не скривдити
31. Я з тих, хто рідко плаче
32. Мабуть, я багато курю
33. Мені дуже важко розлучатися з тим, що мені належить
34. Я погано пам'ятаю обличчя
35. Я іноді займаюся онанізмом
36. Я насилу запам'ятовую нові прізвища
37. Якщо мені хтось заважає, то я його не повідомляю, а скаржуся на нього іншому
38. Навіть якщо я знаю, що я маю рацію, я готовий слухати думки інших людей
39. Люди мені ніколи не набридають
40. Я можу насилу всидіти на місці навіть незначний час
41. Я мало, що можу згадати зі свого дитинства
42. Я тривалий час не помічаю негативних рис інших людей
43. Я вважаю, що не варто даремно сердитися, а краще спокійно все обмірковувати
44. Інші вважають мене надмірно довірливим

45. Люди, які скандалом домагаються своїх цілей, викликають у мене неприємні почуття
46. Погане я намагаюся викидати з голови
47. Я не втрачаю ніколи оптимізму
48. Їдучи мандрувати, я намагаюся все спланувати до дрібниць
49. Іноді я знаю, що серджуся на іншого надміру
50. Коли справи йдуть не так, як мені потрібно, я стаю похмурым
51. Коли я сперечаюся, то мені приносить задоволення вказувати іншому на помилки в його міркуваннях
52. Я легко приймаю кинутий іншим виклик
53. Мене виводять із рівноваги непристойні фільми
54. Я засмучуюсь, коли на мене ніхто не звертає уваги
55. Інші вважають, що я байдужа людина
56. Що-небудь вирішивши, я часто, однак, у вирішенні сумніваюся
57. Якщо хтось засумнівається у моїх здібностях, то я з духу протиріччя показуватиму свої можливості
58. Коли я веду машину, то у мене часто виникає бажання розбити чужий автомобіль
59. Багато людей мене виводять із себе своїм егоїзмом
60. Їдучи відпочивати, я часто беру з собою якусь роботу.
61. Від деяких харчових продуктів мене нудить
62. Я гризу нігті
63. Інші кажуть, що я уникаю проблем
64. Я люблю випити
65. Непристойні жарти приводять мене в замішання
66. Я іноді бачу сні з неприємними подіями та речами
67. Я не люблю кар'єристів
68. Я багато говорю неправди
69. Фільми для дорослих викликають у мене огиду
70. Неприємності в моєму житті часто бувають через мій поганий характер
71. Найбільше не люблю лицемірних нещирих людей
72. Коли я розчаровуюсь, то часто впадаю в смуток
73. Звістки про трагічні події не викликають у мене хвилювання
74. Торкаючись чогось липкого і слизького, я відчуваю огиду
75. Коли у мене гарний настрій, то я можу поводитися як дитина
76. Я думаю, що часто сперечаюся з людьми даремно через дрібниці
77. Небіжчики мене не «чіпляють»
78. Я не люблю тих, хто завжди намагається бути в центрі уваги
79. Багато людей викликають у мене роздратування
80. Митися не у своїй ванні для мене велике катування.
81. Я важко вимовляю непристойні слова
82. Я дратуюсь, якщо не можна довіряти іншим
83. Я хочу, щоб мене вважали чуттєво привабливим
84. У мене таке враження, що я ніколи не закінчую розпочату справу
85. Я завжди намагаюся добре одягатися, щоб виглядати більше привабливим
86. Мої моральні правила кращі, ніж у більшості моїх знайомих
87. У суперечці я краще володію логікою, ніж мої співрозмовники
88. Люди, позбавлені моралі, мене відштовхують
89. Я лютую, якщо хтось мене зачепить
90. Я часто закохуюсь
91. Інші вважають, що я надто об'єктивний
92. Я залишаюся спокійним, коли бачу закривавлену людину