

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики

На правах рукопису

ШМИГА БОГДАНА ЛЕОНІДІВНА

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН

Спеціальність: 053 Психологія

ОП «Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)»

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

МАГДИСЮК ЛЮДМИЛА ІВАНІВНА,
кандидат психологічних наук, доцент
кафедри практичної психології та
психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №

Засідання кафедри практичної психології
та психодіагностики

від _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

Прізвище, ініціали Магдисюк Л. І.

Луцьк – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1 Теоретичний аналіз особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин	
1.1. Основні підходи до розуміння поняття соціально-психологічної адаптації та її класифікація у психологічній літературі	14
1.2. Психологічна характеристика поняття та визначення розладів пов'язаних із вживанням психотропних речовин та адиктивної поведінки	26
1.3. Особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин.....	35
РОЗДІЛ 2 Емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин	
2.1. Загальна характеристика емпіричного дослідження....	42
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	48
РОЗДІЛ 3 Програма психологічного тренінгу «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин»	
3.1. Програма психологічного тренінгу «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин».....	79
3.2. Оцінка ефективності впровадженої психологічної програми «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин».....	84
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	97
ДОДАТКИ	103

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність теми «Особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин» зумовлена значним поширенням адиктивної поведінки в сучасному суспільстві, а саме зростанням масштабів вживання психотропних речовин. Залежність від психоактивних речовин (ПАР), зокрема алкоголю та наркотиків, є серйозною соціальною та медичною проблемою, яка охоплює різні вікові та соціальні групи. Розлади пов'язані із вживанням ПАР призводять до численних негативних наслідків соціального функціонування як для самої особи, так і для її оточення. Залежність впливає на всі види здоров'я (фізичне, психологічне, соціальне та духовне), а також супроводжується супутніми (коморбідними) фізіологічними та психічними розладами, значними труднощами у процесі соціально-психологічної адаптації.

Соціально-психологічна адаптація визначає здатність особи ефективно взаємодіяти із соціальним середовищем, приймати соціальні ролі, задовольняти особистісні потреби у соціально прийнятний спосіб, успішно долати життєві труднощі, формувати здорове самоставлення та самооцінку, регулювати емоції та зберігати психічне здоров'я. В осіб із залежністю від ПАР процес адаптації значно ускладнений, що проявляється у дезадаптаційних реакціях, таких як соціальна ізоляція, почуття самотності, конфліктність, прояви агресії та ворожості, нестабільна неадекватна самооцінка, зниження мотивації до професійної діяльності та навчання, порушення міжособистісних стосунків та інше. Складнощі у соціально-психологічній адаптації також зумовлені соціальними факторами, такими як стигматизація, відсутність підтримки з боку родини та соціального оточення, обмежені можливості для соціальної інтеграції.

Подальше вивчення психологічних особливостей осіб із залежністю від ПАР може стати основою для створення цілісних підходів до психоконсультативної та терапевтичної роботи, розробки превентивних заходів, що допоможуть зменшити рівень адиктивної поведінки у суспільстві.

Вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від ПАР має практичне значення для розробки ефективних методів психологічної підтримки, психокорекційних та тренінгових програм, спрямованих на розвиток соціальних навичок, підвищення самооцінки, та здатності до конструктивної взаємодії. Це сприятиме не лише подоланню залежності, але й поверненню осіб до повноцінного життя в соціумі.

Об'єкт: соціально-психологічна адаптація осіб із залежністю.

Предмет: особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин.

Мета: теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин.

Виходячи з представленої мети виділяємо такі **завдання**.

1. Проаналізувати наукову літературу: з питань соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин, розкрити сутності понять, соціально-психологічна адаптація, розлади пов'язані із вживанням ПАР.

2. Підібрати психодіагностичний інструментарій, методики діагностики виявлення розладів, пов'язаних із вживанням психотропних речовин, дослідження соціально-психологічної адаптації, самооцінки, оцінки рівня та форм вираження агресії.

3. Провести процедуру їх психодіагностичного дослідження.

4. Виявити особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин.

5. Розробити та апробувати програму психологічного тренінгу задля формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин.

Матеріал дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація спеціальної літератури для розкриття сутності понять адаптація, соціально-психологічна адаптація, адикція, адиктивна

поведінка, залежність, розлади пов'язані із вживанням ПАР, психічна, фізична, алкогольна та наркотична залежності. Емпіричні – «Методика дослідження соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерса – Р. Даймонда), «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)», «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків (DUDIT)», «Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса – А. Даркі), Методика «Шкала самооцінки» (М. Розенберга).

Новизна дослідження. В даній роботі вперше досліджуються особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин із порівняльним аналізом проявів розладів пов'язаних із вживанням психотропних речовин, жіночої та чоловічої статі.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані результати теоретичного та емпіричного дослідження дають можливість до подальшого їх використання для ефективної соціально-психологічної реабілітації та ресоціалізації осіб, що мають залежність від психотропних речовин.

Апробація результатів та публікації. Результати дослідження були обговоренні та опубліковані під час проведення наступних науково-практичних конференцій, науково-практичних семінарів: XV науково-практичного семінару «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (25–26 листопада 2021 року, м. Луцьк); XVI Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості» (28–29 березня 2024 року, м. Луцьк); XVII Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості» (28–29 березня 2024 року, м. Луцьк); Фестиваль науки Волинського національного університету імені Лесі Українки (13–17 травня 2024 року, м. Луцьк).

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів та додатків. Містить 14 рисунків та 5 таблиць. Список рекомендованих джерел налічує 61 найменування.

Основні положення роботи викладені у таких публікаціях:

1. Шмига Б., Магдисюк Л. Особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості*. Луцьк. Вежа-Друк, 2025.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН

1.1. Основні підходи до розуміння поняття соціально-психологічної адаптації та її класифікація у психологічній літературі

У психологічному словнику, підготовленому під редакцією В. Зінченка та Б. Мещерякова, адаптація широкому сенсі визначається як пристосування до умов навколишнього середовища [5].

У найзагальнішому розумінні адаптацію можна описати як процес досягнення гармонійної відповідності між особистістю та її середовищем [47]. У сучасній психології цей процес трактується як складна, динамічна діяльність, спрямована на освоєння індивідом навколишнього середовища, навчання до його умов і їх подальше перетворення для забезпечення ефективного функціонування.

З точки зору філософії, педагогіки, а також інших соціальних та поведінкових наук адаптація не заперечує біологічні й фізіологічні аспекти пристосування, але трансформує їх, переходячи від пристосування природного взаємозв'язку «індивід – природне середовище» до соціальної взаємодії «особистість – соціальне середовище».

Вплив соціальних факторів на людську поведінку відбувається через індивідуальні особливості особистості, так звані «внутрішні умови», яких відбувається за участі зовнішніх обставин. У цьому контексті адаптація в широкому сенсі розглядається як складова соціалізації – багатогранного процесу інтеграції особистості у суспільство, що передбачає її включення в соціальне середовище та має біологічну основу [33].

Психологічна література у понятті адаптації розрізняє три основні функціональні рівні, що також є її формами: фізіологічна, психологічна, соціальна, а також психофізіологічна та соціально-психологічна адаптації [7; 8; 9]:

- Фізіологічна адаптація визначається як узгоджене та стабільне функціонування систем, органів, тканин і регуляторних механізмів організму, що забезпечують підтримання нормальної життєдіяльності, працездатності та здатності ефективно реагувати на зміни умов середовища, у тому числі соціальних та гарантують здатність до народження здорового потомства [7];

- Психологічна адаптація являє собою взаємодію між особистістю та середовищем, у якому людина аналізує та враховує специфіку навколишніх умов і активно впливає на них, щоб задовольнити базові потреби та встановити значимі стосунки. Вона також включає сукупність індивідуальних рис, які визначають стійкість особистості до зовнішніх обставин, її здатність пристосовуватися до них, а також підсумковий результат цього пристосування

- Соціальна адаптація – пристосування до нового соціального середовища, а також результат цього пристосування, що передбачає формування соціальної поведінки в індивіда протягом онтогенезу, яка узгоджується з діями інших людей і спрямована на побудову соціальних відносин – стійких і автономних зв'язків між окремими особами та групами. Соціальна адаптація включає дотримання особистістю соціальних норм, які є історично сформованими вимогами суспільного життя, регулюють діяльність і взаємини індивідів, соціальних груп та інститутів і відображають потребу суспільства в упорядкуванні діяльності та взаємодії відповідно до реальних умов [24]. Процес адаптації часто порівнюють із соціалізацією, розглядаючи його саме як: єдину взаємодію особистості та суспільства; компонент ширшого процесу соціалізації, який розгортається на різних етапах; і ключовий соціально-психологічний механізм, що лежить в основі індивідуальної інтеграції в суспільство [24; 33].

- Соціально-психологічна адаптація характеризується як процес, так і результат пристосування особи до мінливого середовища шляхом використання

різноманітних інтерналізованих соціальних інструментів (таких як дії, поведінка та діяльність). Це також розглядається як аспект психологічної адаптації, який сприяє структуруванню мікросоціальних взаємодій, розвитку відповідних міжособистісних стосунків, узгодженню з очікуваннями середовища та досягненню соціально-значущих цілей [24];

– Під психофізіологічною адаптацією розуміють процес, викликаний зміною психофізіологічного стану людини внаслідок впливу дезадаптивних факторів. Цей процес вимагає одночасної та гармонійної координації функціональних підсистем на всіх рівнях інтегрованої системи для ефективної підтримки продуктивності в незнайомих умовах [25].

У контексті сучасних тенденцій соціально-психологічна адаптація постає як одна з найбільш значущих форм адаптації. Даний вид адаптації являє собою процес, завдяки якому індивід досягає певного соціально-психологічного статусу і вчиться виконувати певні соціально-психологічні ролі [47].

Соціально-психологічна адаптація відображає процес в ході якого набувається соціальний досвід, розвиваються комунікативні навички, засвоюються соціальні ролі, виконуються соціальні функції. Ключовим аспектом цього процесу адаптації є усвідомлення психологічного середовища, розробка та експериментування з новими тактиками поведінки та стратегіями діяльності, досягнення поставлених цілей та розробка інструментів прийняття рішень, адаптованих до конкретних завдань [47].

З точки зору системного підходу соціально-психологічна адаптація описується як багаторівнева, багатопланова та нелінійна система. Ця система відображає динамічний процес активної реорганізації власної поведінки для приведення у відповідність із змінними вимогами зовнішнього середовища.

На думку І. Кряєва, сутність соціально-психологічної адаптації полягає у вихованні, вираженні та зміцненні індивідуальності в умовах обмежень соціально регульованої діяльності [38]. Ця форма адаптації стає особливо очевидною, коли індивіди інтегруються в суспільство, за допомогою індивідуальних психологічних характеристик. Отже, соціально-психологічну

адаптацію виділяють як специфічний вид адаптації через свою спрямованість на аналіз середовища та його визначальних характеристик [38].

Процес, що дає змогу пристосуватись до соціальних та психологічних вимог соціального середовища, ефективно функціонувати та взаємодіяти з ним, розвивати необхідні навички, поведінку та установки визначають як соціально-психологічну адаптацію. Так, соціальна адаптація передбачає пристосування до суспільних норм, формування значущих стосунків, залучення до різних соціальних ролей і видів діяльності. Психологічна адаптація включає формування здорового самоставлення та самооцінки, регуляцію емоцій, стресостійкість та збереження психічного здоров'я. Взаємозв'язок соціальної та психологічної адаптацій є необхідним для процвітання в різних соціальних середовищах, сприяючи почуттю причетності та особистої реалізації [33].

А. Фурман розглядає соціально-психологічну адаптацію як динамічний процес, результатом якого є активне пристосування особистості до перемінного середовища [55]. Ця адаптація використовує різноманітний діапазон внутрішньо засвоєних і зовні виражених інструментів, таких як дії, поведінка та діяльність; як ключовий аспект ефективної взаємодії особистості зі світом, причому його головною властивістю є оволодіння відносно стійкими умовами свого життя; як ключовий аспект включає розуміння та вирішення як рутинних, так і нетрадиційних завдань і викликів, керованих активацією інтелектуального та особистісного потенціалу людини, соціально прийнятних або ситуаційно прийнятних моделей поведінки, дій і спільної діяльності. Це особливо очевидно в таких психологічних феноменах, як оцінювання, розуміння та сприйняття як навколишнього середовища, так і самого себе разом із їхніми структурами, вимогами та цілями [55].

Теоретичний розгляд досліджень соціально-психологічної адаптації дозволяє концептуалізувати її: як багатогранний і складний процес взаємодії, що призводить до формування соціальної ідентичності (нової та позитивної), яка відповідає суспільним змінам; як шлях для розкриття потенціалу окремих осіб і спільнот шляхом залучення членів спільноти до міжособистісних стосунків,

соціально-політичної участі та створення можливостей для задоволення їх потреб у самооцінці та самореалізації [12].

Показники успішної соціально-психологічної адаптації можна спостерігати на різних рівнях. На груповому рівні вони включають задоволеність міжособистісними стосунками, міжгрупову толерантність, позитивну соціальну ідентичність, сприятливе сприйняття як «Нас», так і «Їх». На індивідуальному рівні успіх відображається реалізацією потреб у самооцінці та самоактуалізації, задоволенні діяльністю та життєвою метою, високому рівні мотивації та емоційної стабільності, а також у внутрішньому локусі контролю. З соціальної точки зору, адаптація формується спілкуванням у суспільстві. Обізнаність або відсутність інформації про ситуацію є ключовим фактором моделювання адаптації громади. Когнітивні, комунікативні та поведінкові аспекти є ключовими для визначення того, чи проявляється цей процес як активне залучення чи пасивне пристосування [12].

Відповідно до наукової теорії А. Фурмана, окреслено типологію рівнів соціально-психологічної адаптації. Він підкреслює, що адаптація розуміється як процес на рівні суб'єкта, тоді як на індивідуальному рівні вона розглядається як результат [55].

Процесуальний вимір адаптації зосереджується на визначенні її часових характеристик, таких як тривалість її етапів. Досліджуються різні форми адаптації, починаючи від фаз соціальної інтеграції до психофізіологічних механізмів, що лежать в основі адаптації. Соціально-психологічна адаптація передбачає оволодіння рольовою поведінкою, що передбачає формування відповідних ціннісних орієнтацій і вирішення морально-етичних аспектів рольової взаємодії. Цей процес, у свою чергу, вимагає від особистості емоційної та психологічної адаптації [12; 24]

Ефективність адаптації є ключовим елементом для оцінки загального успіху адаптаційних процесів. Критерій результативного аспекту є центральним у багатьох наукових теоріях адаптації, зокрема в аналізі дихотомії адаптація-дезадаптація [24].

Модель соціально-психологічної адаптації Дж. Беррі окреслює чотири стратегії, які індивіди або групи можуть прийняти у відповідь на культурну різноманітність під час взаємодії із суспільством, до умов якого адаптуються [40]. Ці стратегії описують, як люди долають труднощі та можливості адаптації до різних соціальних умов, таких як групи, спільноти чи організаційне середовище. При адаптації до ширшого соціального контексту ці стратегії стосуються того, як індивіди врівноважують свою особисту ідентичність і цінності з вимогами, нормами та очікуваннями навколишньої соціальної системи. Ці стратегії відображають способи, якими індивіди долають напругу між збереженням власної ідентичності та прийняттям елементів соціального середовища [40].

Чотири стратегії соціально-психологічної адаптації Дж. Беррі – інтеграція, асиміляція, сепарація та маргіналізація (ізоляція) – традиційно обговорюються в контексті культурної адаптації, але вони також можуть бути застосовані до більш широких процесів індивідуальної адаптації до соціального середовища [40; 47]. Кожна стратегія представляє різні орієнтації на адаптацію, сформовані ступенем, до якого індивід або група бажають зберегти свою ідентичність, порівняно зі ступенем, до якого вони бажають взаємодіяти з домінуючим соціальним середовищем.

Інтеграція характеризується спробою індивіда чи групи зберегти свою ідентичність, водночас прагнучи взаємодіяти з суспільством і бути приналежним до нього. Цю стратегію часто вважають оптимальною для довгострокової адаптації, оскільки вона забезпечує збалансований підхід, дозволяючи людям зберігати почуття власної ідентичності, водночас поєднувати своє «Я» з соціальними нормами, ролями та очікуваннями навколишнього середовища. Люди, які застосовують стратегію інтеграції, зазвичай досягають балансу між збереженням своєї особистої ідентичності та формуванням значущих, позитивних стосунків з іншими людьми в соціальному середовищі. Психологічно інтеграція, як правило, пов'язана з позитивними результатами, такими як покращення психічного здоров'я та вищий рівень добробуту, оскільки люди

можуть відчувати приналежність до соціального середовища, не відмовляючись від своєї початкової ідентичності [40; 42; 47].

Асиміляція – означає схильність індивіда відмовлятися від або змінювати свою особисту ідентичність, цінності або поведінку, щоб відповідати очікуванням, нормам або цілям навколишньої соціальної групи. У цій стратегії індивід повністю охоплює домінуючий або переважаючий соціальний контекст, часто за рахунок своїх початкових особистих характеристик або світогляду. Це може бути зумовленою суспільними очікуваннями або бажанням соціального визнання та схвалення. Хоча асиміляція може запропонувати короткострокове соціальне визнання та успіх, вона може призвести до негативних результатів у довгостроковій перспективі, таких як конфлікт ідентичності, відчуження або почуття роз'єднаності. Особи, які використовують стратегію асиміляції, можуть відчувати тиск, через необхідність підкоритися та відмовитися від особистих цінностей, які суперечать домінуючій групі, що може сприяти психологічному стресу [40; 42; 47].

Відокремлення передбачає збереження своєї ідентичності та цінностей, активно уникаючи більш широкого соціального середовища або відмежовуючись від нього. Ця стратегія передбачає створення кордонів між собою та соціальним середовищем, часто з метою збереження особистих переконань, цінностей або культурних звичаїв. В результаті такі люди можуть шукати середовища або спільноти, де вони можуть зміцнити свою особисту ідентичність без втручання зовнішніх норм. Відокремлення може створити відчуття безпеки та безперервності для особи, але також воно також може призвести до соціальної ізоляції, втрачених можливостей для соціального навчання та обмеження доступу до ресурсів або мереж підтримки, які приходять із активним залученням до більшої соціальної системи [40; 42; 47].

Маргіналізація (або ізоляція) виникає, коли індивід відчуває себе відірваним від власної особистості та не повністю сприймає цінності навколишнього соціального середовища. Людині важко вписатися в будь-який соціальний контекст або через те, що знаходиться у конфлікті власної

ідентичності, або тому, що виключена або відчужена домінуючою соціальною групою. Маргіналізація часто призводить до психологічного стресу, відсутності соціальної згуртованості та зниження почуття причетності, оскільки люди не можуть узгодити свої особисті цінності з соціальними нормами або почуваються неприйнятими іншими. У крайніх випадках маргіналізація може призвести до соціальної відстороненості, самотності та підвищеного ризику проблем із психічним здоров'ям. Ця стратегія зазвичай розглядається як дезадаптивна, оскільки вона заважає індивідам формувати значущі зв'язки або встановити стабільну ідентичність у будь-якій соціальній системі [40; 42; 47].

Ці стратегії не є взаємовиключними, і окремі особи чи групи можуть використовувати різні стратегії в різний час залежно від ситуаційних факторів, ступеня відкритості чи ворожості в суспільстві, а також наявного рівня підтримки. Вибір стратегії залежить від таких факторів, як особисті цілі, очікування соціального середовища та здатність особистості до соціальної адаптації. Ці стратегії служать основою для розуміння різноманітних способів, якими люди реагують на соціальний тиск і орієнтуються у своєму соціальному середовищі [40; 42].

Значний науковий інтерес викликає питання детальної класифікації соціально-психологічної адаптації.

Визнаючи, що соціально-психологічна адаптація формує характер взаємин особистості в соціальних групах, А. Nalgadzhyan виділяє три різні типи адаптації

- Нормальна адаптація, в результаті якої індивід досягає стабільної адаптації в типових проблемних ситуаціях. При цій формі адаптації відсутні патологічні порушення в структурі особистості, порушення його соціально-групового функціонування;

- Під девіантною адаптацією розуміють процеси соціально-психологічної адаптації, під час яких індивід задовольняє особистісні потреби в межах певної соціальної групи. Проте, така поведінка відхиляється від очікувань інших учасників соціального середовища.

– Патологічна адаптація – це форма соціально-психологічної адаптації, яка повністю або частково спирається на патологічні механізми та поведінку, що призводить до розвитку дезадаптивних рис характеру. Однак, А. Nalgadzhyan зазначає, що таку поведінку можна вважати адаптивною, якщо сама соціальна група дотримується патологічних норм поведінки [54].

Огляд наукової літератури дозволяє нам виділити два типи соціально-психологічної адаптації[47]:

- Прогресивна адаптація, яка сприяє узгодженню та реалізації інтересів і цілей індивідів і соціальних груп;
- Регресивна адаптація, що характеризується поверхневим пристосуванням, що суперечить інтересам суспільства, гальмує розвиток соціальної групи, підриває зростання особистості.

За критерієм тривалості А. Nalgadzhyan пропонує таку класифікацію соціально-психологічної адаптованості особистості [54]: 1) тимчасова ситуативна адаптація – короткочасна пристосованість, яка може швидко перейти у стан дезадаптації під впливом внутрішніх психологічних змін (оновлення потреб, установок) або трансформації зовнішніх умов; 2) стійка ситуаційна адаптація – відносно тривала здатність особистості ефективно функціонувати в певних типових життєвих обставинах, що повторюються з певною регулярністю; 3) загальна адаптивність – інтегральна, потенційна здатність індивіда успішно пристосовуватися до широкого кола соціально типових ситуацій, характерних для його середовища існування.

За орієнтацією адаптаційних процесів виділяють три різних типи

о – зовнішня адаптація визначається як процес, за допомогою якого індивід пристосовується до зовнішніх, об'єктивних проблемних ситуацій, використовуючи стратегії підлаштування, уникнення та збереження

а – внутрішня адаптація – означає трансформацію внутрішніх якостей індивіда у відповідь на зовнішні умови; може бути орієнтована на різноманітні цілі, від вирішення внутрішньоособистісних конфліктів та проблем до

о

-

оволодіння новими механізмами адаптації, підлаштовуючи їх під структуру особистості;

- реадаптація, яка передбачає адаптацію до нового соціального середовища, що характеризується іншими цінностями, нормами та моделями поведінки. Ця форма адаптації часто передбачає часткове або повне відхилення від усталених норм, цінностей, поведінки та соціальних ролей, а також активацію певних адаптивних механізмів. Примітно, що цей тип соціально-психологічної адаптації за своєю суттю призводить до істотних змін всередині особистості [59].

Розгляд класифікації соціально-психологічної адаптації через призму рівня активності індивіда, що відображається в його прагненні до успішної адаптації передбачає:

- активну соціально-психологічну адаптацію, що відбувається тоді, коли індивід прагне впливати на соціальне середовище, намагаючись змінити елементи, які з різних причин вважає незадовільними;

- пасивну адаптацію, що з іншого боку, характеризується відсутністю зусиль або бажання брати участь у такій взаємодії чи ініціювати зміни [59].

Успішну соціально-психологічну адаптацію можна визначити як збалансований процес міжособистісної взаємодії особистості та її групи. Під час цього процесу особистість виконує основну діяльність, не стикаючись із внутрішніми чи зовнішніми конфліктами, задовольняє основні соціальні потреби, відповідає рольовим очікуванням, встановленими її референтною групою, досягає стану впевненості в собі, самостверджується, що супроводжується можливістю вільно демонструвати свої творчі здібності.

Людина не завжди може успішно адаптуватися до змін соціальних умов, викликаних зовнішніми неконтрольованими факторами. З цієї причини соціально-психологічну адаптацію часто класифікують наступним чином [59]:

- Добровільна адаптація, яка відбувається за трьома сценаріями: коли нові цінності та поведінка, яких вимагають зміни навколишнього середовища, узгоджуються з існуючою системою цінностей індивіда, коли норми та цінності

соціального середовища сумісні з інтересами та потребами індивіда, або коли зміни в ціннісних орієнтаціях відбуваються для людини без зусиль;

– Мимовільна адаптація, яка виникає, коли характер і спрямованість змін суперечать переконанням і установкам індивіда. Наприклад, людина може спробувати чинити опір або змінити нові вимоги свого оточення, при цьому не змінюючи власних стратегій поведінки та адаптивних механізмів, але зазнає невдачі, зрештою змушена підкоритися. Інший приклад стосується ситуацій, коли нова соціальна поведінка менш сумісна з якостями особистості порівняно з попередньою. Тим не менш, щоб вижити, людина змушена усталити дану поведінку [59].

Окрім класифікації типів соціально-психологічної адаптації дослідники розглядають також різні її рівні. Одним із таких прикладів є підхід, запропонований А. Nalgadzhyan, який базується на диференціації цих рівнів за ступенем психічної переорієнтації [54]:

очаткова стадія, коли особистість розуміє, як слід поводитися в новому середовищі, але свідомо відмовляється приймати його цінності, натомість продовжує слідувати своїй попередній системі цінностей;

олерантність, фаза, на якій особистість і нове середовище вступають у взаємну толерантність, що дозволяє співіснувати різним системам цінностей і моделям поведінки;

даптація, під час якої індивід визнає та приймає основні системи цінностей нового соціального середовища, тоді як нове середовище також визнає деякі цінності індивіда;

симіляція – система цінностей людини повністю узгоджується з системою навколишнього середовища, що призводить до повної інтеграції [54].

Одним із найскладніших питань у вивченні соціально-психологічної адаптації є визначення її критеріїв. Соціально-психологічна адаптація є складним, багатоаспектним явищем, яке передбачає інтеграцію кількох основних показників [54; 59]:

івень розвитку особистісної інтелектуальної сфери. Цей параметр є важливим

для оцінки соціально-психологічної адаптації, оскільки успішна адаптація не може відбутися без участі особистості в процесі самоусвідомлення; івень емоційного розвитку. Даний аспект є ключовим в оцінці соціально-психологічної адаптації, оскільки успішність адаптації значною мірою залежить від ставлення індивіда до змін, що виникають в результаті процесу, як на особистісному рівні, так і у його взаємодії з суспільством.

івень розвитку комунікативної сфери. Як зазначалося раніше, соціально-психологічна адаптація охоплює систему взаємовідносин із суспільством (індивідуально-групові взаємодії), характер і спрямованість яких, відіграє значну роль у сприянні або перешкоджанні процесу адаптації [54; 59].

На нашу думку, ефективність соціально-психологічної адаптації можна оцінити за такими критеріями [39; 40; 51; 58; 61]:

- Соціальна інтеграція: включає успішну участь у соціальних групах, набуття соціальних ролей та виконання своїх рольових функцій. Це включає здатність встановлювати та підтримувати здорові стосунки та соціальні зв'язки

- Емоційна лабільність як підтримка емоційної рівноваги у відповідь на зовнішні зміни. Емоційна стабільність відображає стійкість індивіда до стресу та здатність до емоційної регуляції [58];

- Когнітивна гнучкість – здатність змінювати моделі мислення та стратегії вирішення проблем, щоб адаптуватися до неминучих змін [51]. Цей критерій є вирішальним для орієнтування в складних умовах соціального середовища;

- Поведінкова компетентність означає ефективне виконання рольової поведінки в різних соціальних умовах. Це передбачає навчання новим форм поведінки, яка відповідає суспільним нормам і очікуванням [39];

- Стійкість – здатність відновлюватися після невдач і підтримувати адаптивне функціонування. Стійкість є ключовим показником довгострокової успішної адаптації [61];

В ході теоретичного аналізу впливу соціально-психологічної адаптації, ми вважаємо за необхідне виділити такі ознаки [40; 41; 48; 51; 58]:

- Формування ідентичності – адаптація до соціальних ролей і норм впливає на розвиток стабільного самовідчуття. Еріксон підкреслює це як критичний аспект психосоціального розвитку [48];
- Емоційний розвиток – процес адаптації сприяє емоційній регуляції та стійкості. Емоційна адаптація сприяє здатності керувати стресом і розвивати емпатію [58];
- Соціальні навички – участь у процесах адаптації формує та покращує навички міжособистісного спілкування, емпатію та комунікативні здібності. Ці компетенції є фундаментальними для формування значущих стосунків [40];
- Когнітивний розвиток. Вплив різноманітних умов соціального середовища сприяє розвитку когнітивної гнучкості та здатності вирішувати проблеми, що сприяє інтелектуальному розвитку та творчості [51];
- Інтерналізація цінностей – через адаптацію люди засвоюють суспільні цінності та інтегрують їх у свої системи переконань. Цей процес інтерналізації формує моральні та етичні аспекти особистості [41].

Узагальнюючи дослідження процесу адаптації, ми можемо зробити висновок, що соціально-психологічна адаптація є процесом, відповіддю на значні зміни в навколишньому світі. Це передбачає взаємодію між індивідом та його середовищем, із врахуванням унікальних характеристик оточення та його активною зміною для задоволення своїх потреб.

психологічна характеристика поняття та визначення розладів пов'язаних із вживанням психотропних речовин та адиктивної поведінки

Адиктивна поведінка – форма девіантної та деструктивної поведінки, що характеризується стійким бажанням уникнути (втекти) реальності, що

досягається шляхом штучної зміни психічного стану людини через вживання речовин або через надмірну зосередженість на певних видах діяльності, щоб викликати та підтримувати інтенсивні емоційні переживання [21].

Адикція характеризується потребою покладатися на когось або щось, щоб отримати задоволення або адаптуватися. Це передбачає залежність від конкретних предметів, речовин або діяльності [21].

Надалі, у своїй роботі ми будемо використовувати терміни «адикція» та «залежність» як синоніми, адже термін «addiction», буквально перекладається із англійської як шкідлива звичка, залежність, пристрасть та схильність.

Залежність класифікується як складний розлад, основною діагностичною ознакою є постійний і повторюваний примус споживати певну речовину або займатися певною діяльністю, навіть незважаючи на несприятливі наслідки [52].

Адиктивну поведінку визначають як повторювану модель дій, яка підвищує ризик виникнення проблем зі здоров'ям, у особистому чи соціальному житті. Адиктивна поведінка суб'єктивно визначається як відчуття втрати контролю і проявляється навіть попри зусилля утримуватися або помірно використовувати певну речовину чи дію. Зазвичай така поведінка характеризується негайним задоволенням (короткострокові вигоди) і часто супроводжується відстроченими шкідливими наслідками (довгострокові витрати). Спроби змінити адиктивну поведінку (лікування чи самодопомога) зазвичай супроводжуються високим рівнем рецидивів [21; 49].

Адикція, також відома як адиктивна поведінка, характеризується залежністю від діяльності, речовини чи іншої людини, що проявляється через порушення адаптивної стійкості, ослаблення самодисципліни, зниження сили волі, почуття власної нікчемності, погіршення здоров'я та патологічне погіршення стану. У важких випадках це може призвести до небезпечних для життя або летальних наслідків. Також відрізняється наполегливим прагненням до приємних вражень, підвищеною толерантністю до подразників, повторюваним залученням до адиктивної поведінки та розвитком фізичної залежності. Симптоми абстиненції, які проявляються як серйозна фізіологічна та

психологічна реакція на припинення приймання речовини або діяльності, що також є ключовою ознакою. Інші характеристики включають нав'язливі спроби протистояти потягу, підвищену імпульсивність, приховування поведінки від інших і поступові патологічні зміни особистості. Адикція порушує гомеостаз людини з навколишнім середовищем і соціальними взаємодіями, що супроводжується надмірним акцентом на адиктивній поведінці та шкодить іншим сферам життя [10].

У Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5), термін «залежність», що є поширеним у сучасному суспільстві, чітко не визначено. Натомість посібник описує [45]:

озлади пов'язані із вживання психоактивних речовин (хімічна залежність). Психоактивна речовина (ПАР) це речовина, яка впливає на роботу мозку та викликає зміни в настрої, усвідомленні, думках, почуттях або поведінці; речовина, що належить до хімічної сполуки, яка справляє або стимулюючу, або депресивну дію на центральну нервову систему (ЦНС), потенційно призводячи до змін у когнітивних функціях, настрої та регулюванні збудження. Цей термін разом із його еквівалентом «психотропна речовина» служить нейтральним дескриптором, що охоплює як легальні, так і заборонені сполуки з психоактивними властивостями. Поняття «психоактивні речовини» ширше поняття «наркотичні засоби», оскільки охоплює ширший спектр речовин, що впливають на психічні та неврологічні процеси. [20]. Кожна речовина має власні діагностичні критерії, але всі спільні основні ознаки, такі як толерантність, абстиненція та компульсивне вживання. До психоактивних речовин (ПАР) відносяться: алкоголь, кофеїн (обмежується кофеїновим отруєнням і абстиненцією), конопля, галюциногени (наприклад, ЛСД, псилоцибін, РСР), інгалянти, опіоїди (наприклад, героїн, знеболюючі, що відпускаються за рецептом), седативні, снодійні або анксіолітики (наприклад, бензодіазепіни), стимулятори (наприклад, кокаїн, метамфетамін), тютюн, інші (або невідомі) речовини (наприклад, синтетичні наркотики, неуточнені речовини); озлади не пов'язані із вживанням психоактивних речовин (поведінкові), що

включають ігрову залежність: єдина поведінкова залежність, офіційно визнана в DSM-5. Це має схожість із розладами, пов'язаними з речовинами, щодо нейробіологічних механізмів і діагностичних критеріїв. DSM-5 наразі не класифікує інші поведінкові залежності (наприклад, залежність від інтернет-ігор, покупок або їжі), але визнає поточні дослідження в цих областях [45].

МКХ-11 класифікує залежності під «розладами, спричиненими вживанням психоактивних речовин або адиктивною поведінкою». Посібник чітко визнає поведінкові залежності, зокрема: розлад азартних ігор та ігровий розлад (характеризується порушенням контролю над грою, пріоритетом гри над іншими видами діяльності та продовженням, незважаючи на негативні наслідки). МКБ-11 встановлює конкретні діагностичні критерії для кожного розладу, наголошуючи на стійких моделях поведінки, які призводять до суттєвих порушень у різних сферах функціонування, включаючи особисту, сімейну, соціальну, освітню та професійну сфери, а також інші сфери, критичні для благополуччя особистості.

DSM-5 визначає 11 критеріїв для діагностики розладів пов'язаних із вживанням ПАР, включаючи [45]:

поживання, що перевищує заплановану кількість речовини або тривалість періоду вживання, ніж спочатку заплановано;

єдноразові спроби зменшити або контролювати споживання речовини, які виявляються неефективними;

адмірне виділення часу на діяльність, пов'язаного з речовиною – значна кількість часу присвячується отриманню, використанню або одужанню від впливу речовини;

ильний потяг або психологічне нав'язливе бажання вживати психоактивну речовину;

овторне вживання, що призводить до функціональних порушень – постійне вживання психоактивних речовин, яке заважає виконувати основні особисті, професійні або академічні обов'язки;

родовження вживання речовини, незважаючи на наявність значних конфліктів або несприятливих наслідків у стосунках і соціальних взаємодіях;
меншення участі або припинення важливих соціальних, професійних або розважальних заходів через вживання психоактивних речовин;
овторне вживання в небезпечних ситуаціях – постійне вживання речовини в контекстах, де це становить значний ризик для фізичної безпеки;
родовження приймання речовини, незважаючи на усвідомлення його потенційного або фактичного внеску в постійні фізичні або психологічні проблеми зі здоров'ям;
аявність толерантності – фізіологічної адаптації, що характеризується потребою в значно більших дозах речовини для досягнення тих самих психоактивних ефектів або помітним зниженням ефекту при тривалому застосуванні тієї ж дози;
бстиненція – синдром, що характеризується характерними фізіологічними та психологічними симптомами після припинення або зменшення вживання психоактивних речовин та їх вживання для полегшення або запобігання цим симптомам абстиненції [45].

Ступінь тяжкості розладу визначається кількістю відповідних критеріїв: легкий: 2–3 критерії; помірний: 4–5 критеріїв; важкий: 6 або більше критеріїв

Експерти розрізняють три основні типи залежності: (а) фізична залежність, яка проявляється в тому, що люди стають залежними від ПАР через певні фізіологічні процеси, викликані цими речовинами в організмі, (б) психічна або поведінкова залежність, коли у людей спостерігаються основні елементи адиктивної поведінки щодо певних видів діяльності [52].

Психологічна залежність визначається компульсивним бажанням або неконтрольованим бажанням споживати психоактивну речовину, що часто супроводжується прогресивним збільшенням дози для підтримки бажаного психотропного ефекту. Припинення вживання психоактивних речовин зазвичай призводить до значного психологічного стресу, включаючи підвищену тривогу та емоційний дискомфорт. [27]. Психологічну залежність можна концептуалізувати

як хронічне компульсивне прагнення змінити свій психічний стан за допомогою певного стимулу, що супроводжується значним емоційним стресом, коли доступ до цього стимулу обмежений або недоступний [21].

Фізична залежність розвивається внаслідок тривалого вживання психотропних речовин і характеризується фізіологічним дистресом за їх відсутності, відомим як синдром відміни. Ці розлади можна полегшити шляхом повторного введення тієї самої речовини, посилюючи цикл залежності. У випадках, коли встановлена фізична залежність, продовження вживання психоактивних речовин переходить у патологічний стан, що проявляється у вигляді таких розладів, як алкоголізм, наркоманія або токсикоманія [21].

Надалі в нашій роботі ми будемо розглядати виключно розлади пов'язані із вживання психоактивних речовин або ж хімічні залежності, такі як [26; 36]:

алкогольна залежність – це хронічний нервово-психічний розлад, що характеризується компульсивним вживанням алкоголю, що супроводжується як психологічною, так і фізіологічною залежністю від етанолу. Основними ознаками алкогольної залежності є порушення контролю над споживанням, синдром відміни після припинення, токсичне ураження внутрішніх органів, епізодичне або повне порушення пам'яті під час сп'яніння. Людина з алкогольною залежністю клінічно розпізнається як та, що хворіє на розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю (алкоголізмом), у стані, який прогресує при тривалому вживанні психоактивних речовин і призводить до значної когнітивної, поведінкової та фізіологічної дисфункції [36];

аркотична залежність – це хронічний рецидивуючий розлад мозку, що характеризується нав'язливим пошуком наркотиків і продовженням вживання психоактивних речовин, незважаючи на шкідливі наслідки. Це включає як психологічну залежність, що характеризується інтенсивним бажанням і втратою контролю над споживанням наркотиків, так і фізичну залежність, що проявляється через толерантність і симптоми відміни після припинення. Розлад пов'язаний із нейробіологічними змінами, зокрема в системах винагороди, мотивації та прийняття рішень у мозку, що призводить до дезадаптивних моделей

поведінки. Наркоманія негативно впливає на різні аспекти життя людини, включаючи фізичне та психічне здоров'я, соціальні стосунки та професійну діяльність. Це може спричинити серйозні медичні ускладнення, когнітивні порушення, правові проблеми та підвищений ризик передозування. Через свою складну етіологію, яка включає генетичні, екологічні та психологічні фактори, наркозалежність визнана багатофакторним захворюванням, яке потребує комплексного підходу до лікування, включаючи фармакологічне втручання, поведінкову терапію та психосоціальну підтримку [26].

Згідно із даними NIDA, біологічні (стать) і соціокультурні (гендер) фактори впливають на моделі вживання психоактивних речовин, розвиток залежності та результати лікування. Жінки та чоловіки демонструють чіткі відмінності в тому, як вони починають споживати, вживають та реагують на речовини, а також у своїй вразливості до розвитку залежності та рецидиву [60].

Ми виділили кілька ключових ідей, які порівнюють факти вживання психоактивних речовин чоловіками та жінками [60]. Чоловіки частіше, ніж жінки, вживають майже всі види заборонених наркотиків, і вживання заборонених наркотиків частіше призводить до відвідувань відділення невідкладної допомоги або смерті від передозування для чоловіків, ніж для жінок. У більшості вікових груп чоловіки мають вищий рівень вживання або залежності від заборонених наркотиків і алкоголю, ніж жінки. Проте жінки так само, як і чоловіки, схильні до розвитку розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Крім того, жінки можуть бути більш сприйнятливими до потягу і рецидиву, які є ключовими фазами циклу залежності.

Вивчають вплив біологічних факторів залежно від гендеру, можна виокремити наступне. Вищий рівень тестостерону у чоловіків може впливати на схильність до залежності та їх поведінкові реакції на речовини. Чоловіки можуть відчувати різні нейробиологічні реакції на речовини, наприклад посилене вивільнення дофаміну у відповідь на стимулятори, що може посилити залежність.

Натомість у жінок коливання рівня естрогену та прогестерону можуть вплинути на чутливість до наркотиків і вразливість до залежності. Наприклад, жінки можуть відчувати підвищену тягу до наркотиків під час певних менструальних фаз. Жінки часто метаболізують речовини по-різному, що призводить до більш інтенсивних ефектів і швидшого прогресування від початкового вживання до залежності (телескопічний ефект). Жінки більш сприйнятливі до певних наслідків для здоров'я, таких як серцево-судинні проблеми та пошкодження печінки, навіть при меншому рівні вживання психоактивних речовин порівняно з чоловіками.

Відмінності у психосоціальних та культурних факторах свідчать: соціальні норми та гендерні ролі часто заохочують чоловіків до ризикованої поведінки та вживання психоактивних речовин як спосіб відповідати традиційним чоловічим ідеалам. Чоловіки рідше звертаються за допомогою у разі емоційного чи психологічного стресу, що призводить до самолікування за допомогою речовин і підвищеного ризику розвитку залежності. Жінки частіше мають в анамнезі травми (наприклад, фізичне або сексуальне насильство), що є значним фактором ризику розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Жінки стикаються з більшою суспільною стигмою через вживання психоактивних речовин, що може стримувати їх від звернення за лікуванням. Жінки часто віддають перевагу обов'язкам догляду, що може затримати або ускладнити їхній доступ до лікування.

Загалом чоловіки частіше вживають алкоголь, у тому числі запоями. Однак молодь є винятком: дівчата віком від 12 до 20 років мають дещо вищий рівень зловживання алкоголем і запою, ніж їхні колеги-чоловіки.

Тривале вживання спиртних напоїв має більше шансів зашкодити здоров'ю жінки, ніж здоров'я чоловіка, навіть якщо жінка вживала менше алкоголю або протягом меншого періоду часу. Якщо порівнювати людей із розладами, пов'язаними зі вживанням алкоголю, то рівень смертності у жінок на 50–100 відсотків вищий, ніж у чоловіків, включаючи смертність від самогубств, нещасних випадків, пов'язаних із вживанням алкоголю, серцевих захворювань,

інсульту та захворювань печінки. Крім того, існують деякі ризики для здоров'я, характерні лише для жінок, які п'ють. Наприклад, надмірне вживання алкоголю пов'язане з підвищеним ризиком незахищеного сексу, що може призвести до вагітності або захворювання, і підвищеним ризиком стати жертвою насильства та сексуального насильства.

У статті підкреслюється важливість визнання та вирішення статевих і гендерних відмінностей у вживанні психоактивних речовин і залежності. Жінки та чоловіки стикаються з унікальними біологічними, психологічними та соціальними проблемами, які впливають на їхні моделі вживання психоактивних речовин, розвиток залежності та результати лікування [60].

Отже, адиктивна (залежна) поведінка визначається [10; 20; 29]:

- як залежність від діяльності, речовини чи іншої людини, наслідками якої є порушення адаптивної рівноваги та гармонії з навколишнім середовищем і соціальним контекстом;
- як надмірна зосередженість на конкретних об'єктах, індивідах, ідеях або видах діяльності, які досягають статусу надцінності для індивіда
- як засіб втечі із несприятливої реальності шляхом зміни стану свідомості, що досягається або вживанням психоактивних речовин, або залученням до ритуальної поведінки. Людина прагне уникнути реальності, яка сприймається як незадовільна, породжуючи дискомфортний внутрішній психологічний стан, який прагне полегшити;
- як окрема, самоорганізована система діяльності;
- як хронічний і рецидивуючий розлад психіки, подібний за своєю природою до інших хронічних захворювань;
- як вид девіантної, дезадаптивної, повторюваної поведінки, яка прогресивно погіршується;
- як спосіб життя, зосереджений на гонитві за задоволенням;
- як постійне бажання шукати та вживати психоактивні речовини;

- як примусове виконання конкретних дій, які не мають чіткої раціональної мотивації, часто суперечать власним інтересам індивіда та інтересам інших у його оточенні або ж підпорядкування особистих інтересів об'єкту залежності;
- зменшення або порушення здатності регулювати адиктивну поведінку;
- як втрата автономії та свободи у прийнятті поведінкових рішень;
- як наслідок змінених функцій нейромедіаторів у мезо-кортико-лімбічній системі.
- як гіперфіксована, переоцінена звичка;
- як неефективний метод соціально-психологічного пристосування (адаптації);
- як неадаптивна стратегія копіngu [10; 20; 29].

особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин

Задля розуміння соціально-психологічної адаптації у осіб із залежною поведінкою ми вважаємо за потрібне розглянути фактори розвитку адиктивної поведінки, а також психосоціальну характеристику адиктивної особистості.

На розвиток адиктивної поведінки впливають численні групи факторів, жоден із яких окремо не може вважатися визначальним. Ці фактори умовно поділяють на три основні категорії [21; 27]:

соціальні фактори – охоплюють вплив навколишнього середовища та культури; це зовнішні детермінанти, які існують незалежно від індивіда і функціонують як об'єктивно наявні умови, на які людина має мінімальний вплив або взагалі не має прямого впливу. Вони включають доступність та поширення зловживання

психоактивними речовинами, відсутність привабливих соціо-культурних традицій, значні відмінності в соціально-економічному статусі, високий рівень міграції та нестабільність суспільства. Крім того, було визначено ключові соціально-психологічні детермінанти, такі як підвищений рівень колективної тривоги, ослаблені системи соціальної підтримки, особливо в сімейних структурах та інших значущих соціальних групах, прославлення та ідеалізація девіантної поведінки в масовій культурі та недостатня доступність залучення місць для відпочинку. Соціальні фактори формуються несприятливими соціально-економічними та політичними умовами, які характеризують ширший суспільний контекст, тим самим справляючи значний вплив на моделі поведінки, включаючи схильність до адиктивної поведінки.

Індивідуально-психологічні фактори, що стосуються властивостей особистості, когнітивних, емоційних і вольових процесів, які сприяють виникненню і прогресуванню адиктивної поведінки. Дані психологічні та поведінкові властивості включають недостатню саморегуляцію, підвищену імпульсивність, виражену агресивність і ворожість. Особи, які виявляють схильність до залежності, часто демонструють знижену здатність до стійкої цілеспрямованої поведінки, погіршену здатність передбачати наслідки своїх дій та емоційну нестабільність, що позначається незрілістю. Крім того, низька або спотворена самооцінка, часто в поєднанні із зовнішнім локусом контролю, сприяє неадаптивному прийняттю рішень. Інші важливі фактори ризику включають суперечливі соціальні очікування, знижену толерантність до стресу, схильність до ризику та прагнення до сенсацій, нерозвинену моральну основу та нехтування встановленими соціальними нормами. Ці фактори впливають на схильність людини до залежності, формуючи її прийняття рішень, емоційну регуляцію, контроль імпульсів і механізми подолання;

3. Індивідуально-біологічні фактори, до яких відносяться генетична схильність до психічних розладів та важких соматичних захворювань, нейрофізіологічні механізми, перенесені нейроінфекції в ранньому дитинстві, органічні ураження головного мозку, особливості біохімічних процесів, а також

природа та «агресивність» психоактивної речовини. Індивідуальна варіабельність рівнів толерантності разом із порушеннями механізмів детоксикації організму сприяє порушенню регуляції нейробіологічних систем, залучених до мотивації та контролю поведінки, тим самим впливаючи на прогресування та тяжкість розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Ці фізіологічні зміни можуть посилити залежність, змінюючи обробку винагороди, посилюючи нав'язливу поведінку пошуку речовин і зменшуючи здатність людини регулювати споживання. Хоча ці біологічні умови безпосередньо не викликають адиктивну поведінку, вони служать факторами схильності, які впливають на індивідуально-психологічні та соціально-психологічні адаптивні механізми, тим самим підвищуючи вразливість до залежності [21; 27].

Основною рисою адиктивної особистості є виражена залежність від зовнішнього впливу. Класифікація особи як суб'єкта залежного типу особистості базується на конкретних психологічних маркерах, причому наявність щонайменше п'яти є достатньою для клінічної діагностики розладів, пов'язаних із залежністю. Ці показники включають: труднощі з прийняттям самостійних рішень без зовнішнього керівництва; схильність делегувати важливі життєві вибори іншим і надмірну потребу в соціальному схваленні; наявність підвищеного страху бути відкинутим, що призводить до конформізму навіть у ситуаціях, людина визнає помилкові судження або дії інших; порушення ініціативи, помітні труднощі в самостійному виконанні завдань або діяльності без зовнішнього керівництва чи підтримки, покірну поведінку, схильність добровільно виконувати принизливі або небажані завдання, часто керована надмірною потребою отримати схвалення, прихильність або емоційну підтримку з боку інших; підвищену мотивацію докласти значних зусиль, щоб запобігти або пом'якшити почуття самотності чи соціальної ізоляції; емоційну дисрегуляцію, переживання глибокого почуття порожнечі, безпорадності або емоційної дестабілізації після розриву тісних міжособистісних стосунків; постійний і ірраціональний страх бути покинутим або відкинутим іншими значимими людьми; схильність до зовнішньої оцінки; схильність мовчазно погоджуватися

на критику або несхвалення з боку інших, що часто супроводжується нездатністю відстоювати особисті кордони чи захищати власну самооцінку. Ці риси в сукупності відображають модель залежності, яка характеризується надмірною залежністю від інших за емоційну підтримку та підтримку в прийнятті рішень, а також зниження почуття власної ефективності та незалежності [2; 43; 45; 56].

Особи з хімічною залежністю часто виявляють ряд психологічних рис, включаючи підвищену агресивність, схильність до самокартання і наявність внутрішніх конфліктів. Ці риси часто посилюються зовнішніми соціальними факторами, такими як стигматизація та негативне ставлення суспільства до поведінки, яка сприймається як аморальна або девіантна. Таке суспільне неприйняття може сприяти інтерналізації людиною негативного самосприйняття, що призводить до самовідторгнення та зниження почуття власної гідності. Взаємодія між зовнішньою стигматизацією та внутрішніми психологічними процесами посилює цикл негативної самооцінки та неадаптивних механізмів подолання [2; 43; 45; 56].

Міжособистісні стосунки часто становлять значну непередбачуваність і складність для людей із схильністю до залежності, вимагаючи значних емоційних інвестицій, когнітивних зусиль і психологічних ресурсів. Поведінку, що викликає залежність, і риси особистості можна ідентифікувати через ряд спостережуваних моделей у різних сферах, зокрема в поведінковій, афективній, мотиваційній та інтелектуальній сферах під час соціальних взаємодій.

Поведінкова модель адиктивної особистості характеризується: униканням вирішення проблем – тенденція ухилятися від безпосереднього вирішення конфліктів або викликів; нестабільністю відносин – труднощі з підтриманням стабільних і послідовних відносин з іншими; дезадаптивними реакціями на фрустрацію, повторюваними та неефективними реакціями на невдачі чи труднощі; завищеними очікуваннями від себе (надмірні вимоги та високі права, які часто поєднуються з відсутністю самосвідомості чи критичної оцінки своїх можливостей); екстерналізацією звинувачень – схильність приписувати відповідальність іншим, а не займатися саморефлексією; егоцентризмом, який

підриває емпатію та взаємність у стосунках; агресивною та невпевненою поведінкою, проявами ворожості або захисної позиції, які часто кореняться в глибинній невпевненості; соціальною тривожністю, появою соціофобних тенденцій, що призводять до уникнення соціальних взаємодій; жорсткими нормами та перфекціонізмом, дотриманням надмірно суворих стандартів і нереалістичним прагненням до бездоганності; відсутністю терпимості та толерантності до затримок або недосконалостей, що перешкоджає досягненню емоційної стабільності чи стосунків [2].

Особливості афективної сфери у психологічному профілі адикта характеризуються емоційною дисрегуляцією, що позначається підвищеною емоційною лабільністю та зниженою фрустраційною толерантністю; схильністю до швидкого виникнення тривожних і депресивних станів у поєднанні з нестабільною або мінливою самооцінкою. Когнітивне упередження є очевидним, коли негативні події непропорційно посилюються, тоді як позитивний досвід мінімізується або недооцінюється. Це викривлене сприйняття загострює і без того занижену самооцінку людини. Крім того, існує помітний опір зовнішньому зворотному зв'язку, який зміцнює захисну та замкнуту структуру особистості, перешкоджаючи міжособистісній відкритості та адаптивному функціонуванню. З наукової точки зору, цей профіль узгоджується з особливостями, які зазвичай асоціюються з певними розладами особистості або синдромами дисрегуляції настрою, де дезадаптивні когнітивні та емоційні моделі сприяють погіршенню самосприйняття та соціального функціонування [2; 43; 56]. Виникнення стресових життєвих подій у поєднанні з неадекватними механізмами подолання в осіб із адиктивною поведінкою породжують психологічну напругу, що може згодом спонукати людину до вживання психоактивних речовин як засобу полегшення симптомів тривоги та депресії, які виникають внаслідок травматичного досвіду [30].

У мотиваційній сфері відбувається гальмування або блокування фундаментальних потреб, зокрема потреби в безпеці, самоствердженні, автономії, приналежності до референтної групи. Ця перешкода для задоволення

основних психологічних потреб може призвести до дезадаптивної поведінки або емоційного стресу [2; 43; 56].

В інтелектуальній сфері наявність когнітивних викривлень посилює дисгармонію особистості. Ці спотворення характеризуються «афективною логікою», моделлю мислення, в якій домінує емоційне міркування, а не об'єктивний аналіз. Це включає нереалістичні або надмірні очікування від інших і формування «емоційних блоків», які стосуються невирішених або пригнічених емоційних переживань, які перешкоджають адаптивному функціонуванню. Така когнітивна та афективна дисрегуляція ще більше закріплює психологічну нестабільність і міжособистісні труднощі [2].

Стигматизація та інтенсивний соціальний тиск на осіб з залежною поведінкою, змушують таких людей відповідати суспільним очікуванням і прийняти соціально встановлені ролі. Цей процес адаптації передбачає створення фасаду зовнішньої комунікабельності, що характеризується очевидною легкістю у встановленні міжособистісних зв'язків. Однак цей зовнішній прояв соціальної компетентності часто маскує глибоке почуття відчуженості, оскільки індивід бере на себе роль «свого серед чужих», зберігаючи поверхневу залученість, залишаючись емоційно відстороненим. Така поведінка відображає захисну адаптацію до соціальної стигматизації, коли особа створює «зовнішній фасад», щоб пом'якшити соціальне відторгнення. Цей дисонанс між зовнішнім конформізмом і внутрішнім відстороненням може посилити психологічний дистрес і закріпити неадаптивні механізми подолання [2; 50; 57].

Крім того, залежна особистість відзначається схильністю до маніпулювання та брехливості, перекладання провини за особисті невдачі на інших. Така поведінка служить захисним механізмом, спрямованим на приховування відчуття неадекватності або неповноцінності часом у поєднанні з глибинним побоюванням щодо відповідальності. «Комплекс неповноцінності» виникає через нездатність особистості узгоджуватися з суспільними очікуваннями та нормами [2; 49; 50].

Підсумовуючи, описані моделі відображають комбінацію емоційного уникнення, маніпулятивних тенденцій, прагненням говорити неправду, нестабільної самооцінки та почуттям неповноцінності, які вкорінені в боротьбі індивіда за узгодження своєї поведінки з суспільними стандартами.

У осіб із залежністю на психофізіологічному рівні порушуються адаптаційні механізми. Початковим проявом цих порушень є переживання психологічного дискомфорту, що може виникати через ряд внутрішніх і зовнішніх факторів. Адикти, як правило, виявляють знижену здатність терпіти розчарування та толерантність до фрустрації. Намагаючись відновити психологічну рівновагу, вони часто вдаються до адиктивної поведінки, шукаючи штучної зміни свого психічного стану для досягнення суб'єктивного емоційного полегшення. Це створює ілюзію вирішення основної проблеми. Отже, ця дезадаптивна стратегія подолання стає вкоріненою в поведінці індивіда, розвиваючись у стабільну модель взаємодії з оточенням.

Таким чином, соціально-психологічна адаптація у осіб із залежною поведінкою міцно пов'язана із факторами розвитку адиктивної поведінки, такими як соціальні, індивідуально-психологічні, індивідуально-біологічні та особливостями психосоціальної характеристики адиктивної поведінки, що проявляються у таких сферах її життя як поведінкова, адиктивна (емоційна), мотиваційна, інтелектуальна, а також міжособистісних стосунках.

Разом із узалежненням основне у поведінці адиктивної особистості – прагнення відійти від реальності, наявність неадекватних копінг-стратегій задля зняття психологічної напруги, нестабільна неадекватна самооцінка, проблеми із встановленням стосунків, фрустрація, агресивність, ворожість, страх відповідальності, егоцентризм, соціальна тривожність, почуття самотності, невміння відстоювати особисті кордони, залежність від схвалення з боку суспільства, знижене почуття власної гідності, загострене почуття провини з бажанням його перекласти на інших, маніпулятивність, брехливість, та перфекціонізм.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН

2.1. Загальна характеристика емпіричного дослідження

На першому етапі емпіричного дослідження, а саме пошуковому, ми опрацювали та проаналізували літературні та інтернет-джерела щодо особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин, розглянули відмінності у їх проявів залежно від гендеру, віку та видів психічних розладів пов'язаних із ПАР (таких як алкоголь та наркотичні засоби), розкрили сутності понять адаптація, соціально-психологічна адаптація, адикція, адиктивна поведінка, залежність, розлади пов'язані із вживанням ПАР, психічна, фізична, алкогольна та наркотична залежності. В ході теоретичного аналізу було підібрано методики та психологічні опитувальники, за допомогою яких відбувалось вивчення та дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від ПАР.

На другому етапі ми організували та провели емпіричне дослідження, що включало в себе розробку онлайн-опитувальників для підібраних психодіагностичних методик, разом із необхідними бланками та інструкціями, опрацювання отриманого емпіричного матеріалу та власне психодіагностику. Емпірична частина дослідження реалізовувалася із застосуванням таких методик:

Методика дослідження соціально-психологічної адаптації» (К.Роджерса – Р. Даймонда) [18];

Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)» [4];

Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків (DUDIT)» [32];

Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса – А. Даркі) [19];
етодика «Шкала самооцінки» (М. Розенберга) [35].

Завершальний етап дослідження передбачав комплексну роботу з отриманими даними. На цьому етапі було проведено їхню обробку, здійснено математичний і статистичний аналіз результатів із використанням відповідних методів кількісної та якісної обробки інформації. Отримані показники були узагальнені, проаналізовані та інтерпретовані відповідно до поставлених цілей і завдань дослідження. Підсумком цього етапу стало формування обґрунтованих висновків і визначення основних тенденцій та закономірностей, виявлених у процесі психодіагностики.

Вибірка дослідження складається із 62 пацієнтів, що проходять лікування (детоксикацію та реабілітацію) розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у ТОВ «Наркологічна клініка Луцьк», вул. Володимирська 72. Вік респондентів – від 17 до 52 років.

Методика дослідження соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерса – Р. Даймонда) [18]. Цей інструмент призначений для оцінки соціально-психологічної адаптації та визначення пов'язаних з нею рис особистості за допомогою структурованої анкети.

Методика містить 101 твердження, сформульоване в третій особі однини та позбавлене займенників, щоб пом'якшити вплив «прямої ідентифікації». Таке формулювання питань має на меті зменшити ймовірність того, що респонденти несвідомо пов'язуватимуть твердження зі своїми особистими рисами, тим самим зводячи до мінімуму соціально бажані упередження відповідей. Учасники оцінюють кожне твердження за 7-бальною шкалою, що коливається від 0 («твердження не відображає мого способу життя») до 6 («це твердження повністю відображає мій спосіб життя»), з проміжними балами, що фіксують різні рівні згоди чи невизначеності.

Анкета класифікує відповіді на три категорії: адаптація (37 тверджень), дезадаптація (37 тверджень) і нейтральна (26 тверджень). Така структура дозволяє розрахувати інтегральні показники адаптації. Крім того, інструмент

фіксує як позитивні, так і негативні аспекти цих показників, надаючи комплексну оцінку соціально-психологічної адаптації особистості.

Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)» – це широко використовуваний психодіагностичний інструмент, призначений для оцінки зловживанням алкоголем та наявних симптомів залежності [4]. Розроблений ВООЗ, AUDIT – це структурована анкета, яка допомагає ідентифікувати осіб із ризиком небезпечного або шкідливого вживання алкоголю, а також тих, хто може мати розлади, пов'язані з вживанням алкоголю.

AUDIT складається з 10 питань, які оцінюють три ключові сфери вживання алкоголю: запитання №1–3 – оцінюють частоту та кількість споживання алкоголю; запитання №4–6 – визначають симптоми залежності, як порушення контролю над вживанням; запитання №7–10 – оцінюють негативні наслідки вживання алкоголю, включаючи проблеми зі здоров'ям, соціальні та правові проблеми. Кожне запитання оцінюється за 5-бальною шкалою з варіантами відповідей від 0 до 4. Загальний бал коливається від 0 до 40.

Пороги оцінювання такі: від 0 до 7 балів – відсутня симптоматика, 8–15 – небезпечне або шкідливе вживання алкоголю, 16–19 – ймовірна алкогольна залежність, 20 і більше балів – висока ймовірність важкої алкогольної залежності.

Перевагами методики є: комплексна оцінка, що охоплює численні аспекти вживання алкоголю, включаючи моделі споживання, залежність і пов'язані з цим проблеми; раннє виявлення осіб із ризиком розвитку розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, до того, як виникнуть серйозні наслідки; стандартизоване оцінювання надає чіткі порогові значення для інтерпретації результатів, сприяючи послідовному та об'єктивному оцінюванню; універсальність, адже можна використовувати в різних популяціях і середовищах, включаючи клінічні, громадські та дослідницькі контексти.

Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків (DUDIT)» – це психодіагностичний інструмент, призначений для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків, оцінки вживання заборонених наркотиків, зловживання ліками, що відпускаються за рецептом, і пов'язаних проблем [32].

Розроблений як аналог тесту на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT), хоча DUDIT не так широко визнаний, як AUDIT, він дотримується подібного структурованого підходу для оцінки моделей вживання наркотиків, симптомів залежності та негативних наслідків зловживання наркотиками.

DUDIT складається з 11 питань та оцінює такі показники: вживання наркотиків у запитаннях №1–3; симптоми залежності – запитання №4–9; проблеми, пов'язані з наркотиками у запитаннях №10–11. Кожне запитання оцінюється за 5-бальною шкалою з варіантами відповідей від 0 до 4. Загальний бал коливається від 0 до 44, причому вищі бали вказують на більший ризик шкоди, пов'язаної з наркотиками.

Інтерпретація показників визначається за такими критеріями: від 0 до 5 балів – низький ризик або відсутність вживання наркотиків, від 6 до 24 балів – небезпечне або шкідливе вживання наркотиків, більше 25 – ймовірна залежність від наркотиків або психоактивних речовин.

DUDIT використовується для перевірки ризиків (визначає чи особистості загрожує небезпечне або шкідливе вживання наркотиків), діагностики розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, відстеження прогресу у вживанні наркотиків з часом, особливо у відповідь на психокорекційні та психотерапевтичні втручання.

Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса – А. Даркі). Методика розроблена Арнольдом Х. Бассом і Енн Даркі в 1957 році, є добре відомим психодіагностичним опитувальником, призначеним для вимірювання рівня агресивності та ворожості [19].

Агресивність визначають як інтегровану сукупність, яка відображає властивості особистості, її схильність до поведінки, яка може бути або адаптивною, або дезадаптивною, що залежить від взаємодії соціально-психологічних факторів [34].

Класичне визначення агресії, сформульоване А. Бассом, визначає агресію як поведінкову реакцію, яка призводить до заподіяння шкоди або травми іншому

організму [11]. Далі Басс розділив агресію на три основні виміри, щоб класифікувати агресивну поведінку:

- фізична та вербальна агресія (розрізняє використання фізичної сили (наприклад, нанесення тілесних ушкоджень, напад із застосуванням зброї) та словесні вирази, спрямовані на заподіяння психологічної чи емоційної шкоди);
- активна та пасивна агресія (активна агресія передбачає явні дії, спрямовані проти іншої особи, тоді як пасивна агресія характеризується непрямомою або прихованою поведінкою, такою як нехтування або навмисна бездіяльність);
- пряма та непряма агресія (пряма агресія передбачає явну поведінку, спрямовану на фізичне перешкоджання іншій людині досягти мети чи залучення до бажаної діяльності, тоді як непряма агресія передбачає обхід прямої конфронтації, часто через маніпуляції чи соціальний саботаж) [11].

Також виділяють аутоагресію (самозвинувачення, самознищення, самогубство), ворожість (заподіяння шкоди), інструментальну агресію (використання агресії для досягнення мети)[11].

Відповідно до К. Ізарда, ворожість являє собою багатогранну модель афективно-когнітивної орієнтації, яка об'єднує набір взаємопов'язаних емоційних станів (гнів, відроза, презирство), мотиваційних потягів і когнітивно-афективних схем [11]. Ця конструкція характеризується динамічною взаємодією афективних процесів і когнітивних уявлень, особливо тих, що включають думки, образи або наміри, пов'язані із заподіянням шкоди об'єкту ворожості. Таким чином, ворожість постає як складний психологічний феномен, який поєднує емоційну, мотиваційну та когнітивну сфери [11].

Опитувальник призначений для самооцінки різноманітних аспектів агресивної поведінки та ворожого ставлення, складається з 75 пунктів, розділених на 7 підшкал та надає повний профіль агресивних тенденцій людини, таких як фізична агресія, вербальна агресія, непряма агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, образа, аутоагресія або відчуття провини.

Досліджуваним пропонується оцінити твердження простими «Так» або «Ні», тобто підтвердити або спростувати чи властиве реципієнту дане питання.

методика «Шкала самооцінки» (М. Розенберга) оцінює глобальний рівень самооцінки, а також як позитивні, так і негативні почуття щодо себе, забезпечуючи надійний і обґрунтований показник самооцінки серед різних груп населення [35].

Самооцінка розуміється як суб'єктивне ставлення до власного «Я» і відносно постійне переконання про себе в позитивних чи негативних категоріях, це афективна оцінка рівня самозадоволення та власного функціонування. Ключем до концепції Розенберга є розуміння самооцінки як риси, тобто відносно незмінної конструкції, тому важливо розрізняти концепція загальної, глобальної самооцінки від специфічної самооцінки [53]. Розенберг виділяє виміри самооцінки, поділяючи її на високу, що означає позитивне ставлення до себе, і низьку, що означає негативне ставлення до себе [53].

Люди з високим рівнем самооцінки охоче беруться за різні діяльності, не бояться викликів, ризику чи невдачі, впевнені в собі і свою цінність, вважають себе спроможними та ефективними, вони мають внутрішнє відчуття локуса контролю. Висока самооцінка сприяє задоволенню життям, відчуттю щастя і пророкує психічне здоров'я і довге життя. Ймовірно, низька самооцінка викликає поганий настрій і тривогу, оскільки негативні емоції відчуються з більшою інтенсивністю, ніж позитивні [53].

Дана шкала складається з 10 пунктів із поєднанням позитивних і негативних тверджень. Респонденти оцінюють на скільки вони згодні з кожним твердженням за 4-бальною шкалою в діапазоні від «Повністю згоден» до «Зовсім не згоден». Бали за всіма 10 пунктами підсумовуються, що дає загальний бал від 0 до 40. Вищі бали вказують на вищий рівень самооцінки.

аналіз результатів емпіричного дослідження

Дослідження психологічних особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин.

Задля виявлення наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю було використано методику «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)» (див. додаток А).

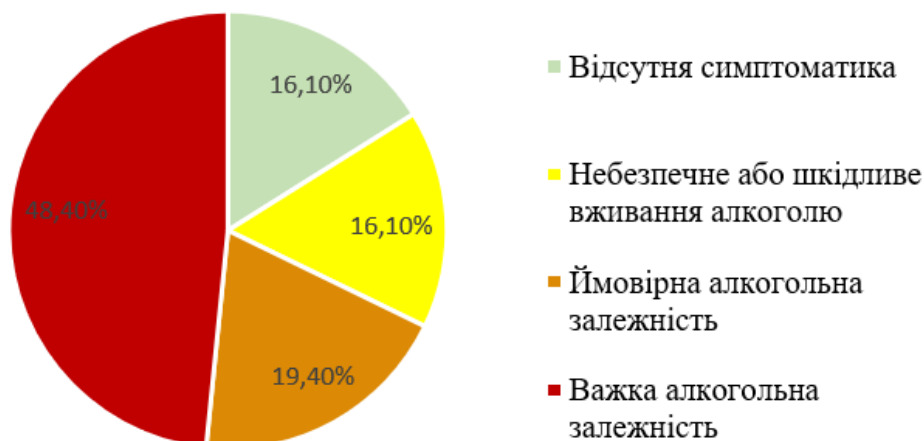


Рис. 2.1. Результати оцінки наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю у осіб із залежністю від психотропних речовин, %

На рис. 2.1. зображено відсоткове співвідношення оцінки наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю у осіб із залежністю від психотропних речовин (за результатами методики «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)»). У ході дослідження виявлено, що у 16,1% опитуваних відсутні симптоми розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, дані показники спостерігаються у осіб, що знаходяться у тривалій ремісії (більше 2 років); у 16,1% присутні симптоми, що вказують на небезпечне або шкідливе вживання алкоголю; у 19,2% опитуваних ймовірна алкогольна залежність; а у 48,4% наявна важка алкогольна залежність.

Алкогольна залежність – це стійкий нейропсихіатричний стан, що характеризується неконтрольованим бажанням вживати алкогольні напої, а також психічною та фізичною залежністю від етанолу. Ключовими ознаками є втрата контролю над поведінкою, пов'язаною з вживанням алкоголю, початок симптомів абстиненції після припинення вживання, токсичний вплив на внутрішні органи

та епізоди часткової або повної амнезії під час сп'яніння. Особи, у яких діагностовано цей стан, вважаються хворими на розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю – прогресуюче захворювання, яке розвивається внаслідок тривалого впливу психоактивних речовин і призводить до глибоких порушень когнітивних функцій, поведінки та функцій організму.

У своїй роботі ми використали «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків або психоактивних речовин (DUDIT)» (див. додаток Б).

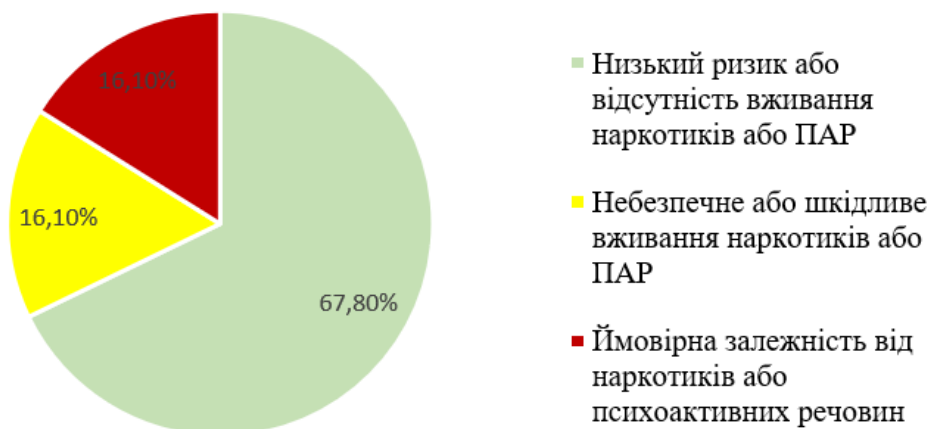


Рис. 2.2. Результати оцінки наявності розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків або психоактивних речовин у осіб із залежністю від психотропних речовин, %

Аналізуючи дані із рис. 2.2. (методика «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків або психоактивних речовин (DUDIT)») спостерігається співвідношення оцінки наявності розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків або психоактивних речовин у осіб із залежністю від психотропних речовин. Результати на рисунку свідчать, що 67,8% опитуваних мають низький ризик наркотичної залежності або не вживають ПАР, натомість кількість осіб із небезпечним або шкідливим вживанням та ймовірною залежністю від наркотиків або ПАР у двох групах становить по 16,1%.

Залежність від наркотичних або психоактивних речовин – це тривалий, рецидивуючий неврологічний розлад, що характеризується компульсивним прагненням та вживанням психоактивних препаратів, навіть за умови негативних наслідків. Він охоплює як психічну залежність, що проявляється в надмірній тязі

та зниженій здатності регулювати споживання, так і фізичну залежність, яка проявляється розвитком толерантності та симптомів відміни після припинення вживання. Цей стан пов'язаний зі структурними та функціональними змінами в мозку, особливо в системах, що регулюють винагороду, мотивацію та виконавчий контроль, сприяючи розвитку дисфункціональних моделей поведінки. Залежність негативно впливає на численні аспекти життя людини, погіршуючи емоційне та фізичне благополуччя, міжособистісну динаміку та професійні обов'язки. Це може призвести до серйозних ризиків для здоров'я, когнітивних порушень, юридичних проблем та підвищеної ймовірності передозування.

Для дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин важливим етапом є виявлення особистісних характеристик, що мають визначальний вплив на функціонування особистості. Одним із ключових чинників у цьому контексті виступає самооцінка. Її дослідження здійснювалося за допомогою методики «Шкала самооцінки» (М. Розенберга) (див. додаток В). Отримані результати дозволяють визначити рівень сформованості самооцінки та оцінити її вплив на загальне психологічне благополуччя й життєву активність респондентів.

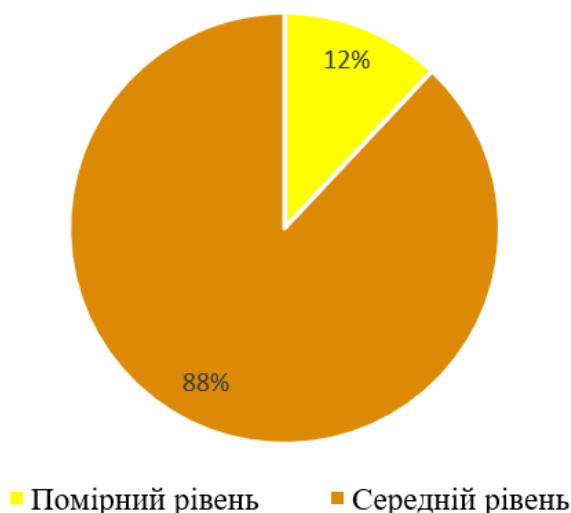


Рис. 2.3. Результати оцінки рівнів самооцінки особистості у осіб із залежністю від психотропних речовин, %

На рисунку 2.3 представлено відсотковий розподіл рівнів самооцінки серед осіб із залежністю від психоактивних речовин, отриманий за результатами

методики «Шкала самооінки» (М. Розенберга). Аналіз даних показав, що у 88% учасників виявлено середній рівень самооінки, тоді як у 12% респондентів – помірний рівень її прояву.

Низький рівень самооінки відображає помітно негативне самосприйняття. Люди в цьому діапазоні схильні відчувати себе гіршими за інших, часто страждають на комплекс неповноцінності. Також спостерігаються хронічні сумніви у собі, самокритика та емоційна вразливість, що може проявлятися як соціальна ізоляція, гіперчутливість до зовнішньої оцінки та небажання брати участь у незнайомих або складних ситуаціях. Цей рівень самооінки часто пов'язаний з підвищеним ризиком проблем психічного здоров'я, таких як депресія, тривога та дезадаптивні стратегії подолання.

Помірний рівень самооінки – це стан, що характеризується нестабільним або ситуативним відчуттям власної гідності. Хоча особи цієї категорії можуть не завжди сприймати себе в негативному світлі, їхня самооінка має тенденцію коливатися залежно від зовнішнього зворотного зв'язку та ситуативних результатів. Ця група може демонструвати ознаки невпевненості, підвищеної потреби в схваленні та труднощів із самоствердженням, особливо в оціночних або стресових ситуаціях. Хоча це не так сильно впливає на них, як на тих, хто має низьку самооінку, ці особи залишаються вразливими до стресу та сумнівів у собі і також схильні до дезадаптивних стратегій подолання.

Середній діапазон самооінки відображає збалансоване та загалом стабільне відчуття власної гідності. Особи цієї категорії, як правило, здатні до точної самооінки, визнаючи як сильні сторони, так і обмеження, та часто проявляють надмірну критичність до себе, особливо у стресових ситуаціях. Цей рівень самооінки пов'язаний з емоційною стійкістю, конструктивною реакцією на невдачі чи критику та здатністю до адаптивного міжособистісного функціонування. Ці люди, як правило, самомотивовані, відкриті до зворотного зв'язку та почуваються комфортно.

Високий рівень самооінки свідчить про сильну впевненість у собі, інтерналізовану самоцінність та позитивну самоконцепцію. Особи, які

отримують цей рівень, як правило, демонструють емоційну стабільність, напористість та проактивний підхід до життєвих викликів. Їхня самооцінка, як правило, є внутрішньою та менше залежить від зовнішнього підтвердження, що забезпечує постійну мотивацію та психологічну стійкість. Однак важливо відрізняти здорову високу самооцінку від завищеної або захисної самооцінки, яка, хоча й зовні схожа, може супроводжуватися ригідністю, запереченням особистих недоліків або нарцисичними рисами.

Другим фактором у вивченні та розумінні соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин ми вбачаємо наявність та прояви агресивності та його переживання особистістю. Визначення прояву агресивності у дослідженні відбувалося за допомогою методики «Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі» (див. додаток Д).

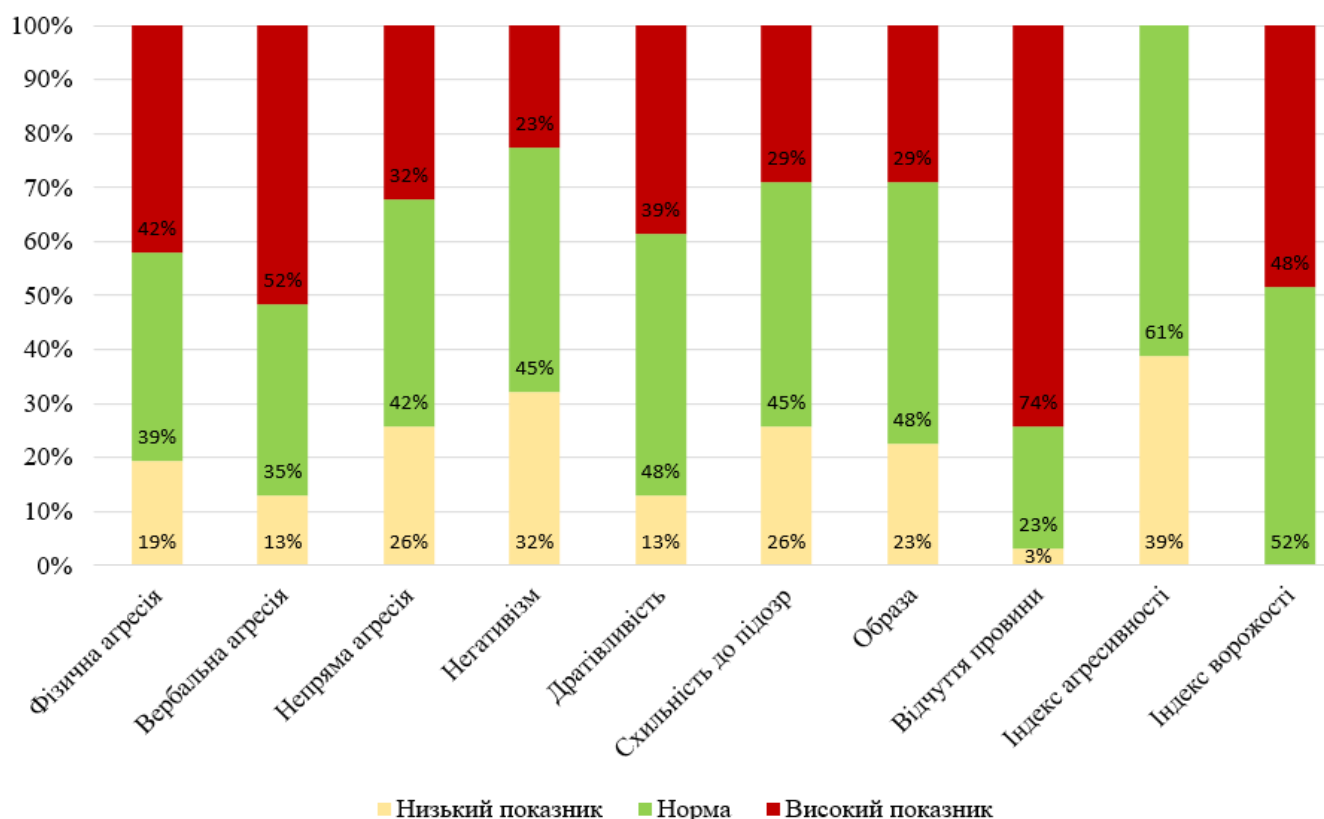


Рис. 2.4. Результати оцінки прояву показників агресивності особистості у осіб із залежністю від психотропних речовин, %

Аналізуючи отримані результати проведеного емпіричного дослідження методики «Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі» представлені на рисунку 2.4., ми спостерігаємо наступне.

За шкалою «Фізична агресія» 19% опитуваних проявляють низькі показники, у 39% виражається норма, а у 42% – високий показник. Фізична агресія – це схильність виражати гнів або ворожість за допомогою фізичної сили. Низький рівень фізичної агресії свідчить про мирний характер, емоційну стриманість та перевагу неконфліктним стратегіям вирішення конфліктів. Такі особи навряд чи реагуватимуть на розчарування або провокацію фізичною силою. Норма відображає епізодичне використання фізичної асертивності, зазвичай у ситуаціях, що сприймаються як загрозливі або несправедливі, але в межах соціально прийнятних меж. Цей рівень передбачає контрольований вияв агресії. Навпаки, високий рівень фізичної агресії свідчить про схильність до насильницької або конфронтаційної поведінки, низький контроль імпульсів та підвищену ймовірність вдавання до фізичних засобів для вирішення конфліктів.

У шкалі «Вербальна агресія» низькі показники має 13% опитуваних, норму – 35%, високі значення – 52%. Вербальна агресія оцінює ступінь, до якої людина виражає ворожість через мову, наприклад, образи, погрози або крики. Низький бал за цією шкалою свідчить про стриманий стиль спілкування, тактовне вираження невдоволення та загальну відразу до словесної конфронтації. Особи на нормативному рівні можуть іноді використовувати різку або критичну мову, коли їх провокують, але загалом зберігають ввічливість та контроль над мовленням. Високий бал означає часті або інтенсивні словесні спалахи, використання агресивного або провокативного спілкування та схильність до ескалації конфліктів за допомогою мовлення, а не до їх деескалації.

Шкала «Непряма агресія» вказує, що 26% респондентів отримали низький показник, 42% – норму, а 32% – отримали високі показники. Непряма агресія охоплює приховані або соціально маніпулятивні форми агресії, такі як поширення чуток, мовчазне ставлення (маніпуляція мовчанням або ігноруванням) або осуд та негативне обговорення особистості з іншими людьми, без прямого вираження свого невдоволення до неї. З низьким проявом непрямой агресії люди рідко вдаються до такої поведінки, натомість віддаючи перевагу відкритим та чесним взаємодіям. Вони демонструють малу схильність до

маніпуляцій або пасивно-агресивних реакцій. Нормативні прояви непрямой ворожості можуть включати випадкові непрямі стратегії в моменти міжособистісної напруженості, але не як домінуючий стиль поведінки. Високий рівень вказує на такі патерни непрямой ворожості, коли людина уникає відкритого конфлікту, але часто вдається до неприємних жартів, пригадування неприємних моментів, висміювання, газлайтингу та інше, часто керуючись невпевненістю або невірешним гнівом.

За шкалою «Негативізм» лише 23% опитуваних мають високі значення, інші 45% та 32% проявляють норму та низькі показники відповідно. Негативізм відображає опозицію до влади, правил або суспільних очікувань. Особи з низьким рівнем, як правило, схильні до співпраці, гнучкості та прийняття соціальних норм. Зазвичай вони демонструють конструктивне ставлення до керівництва та групових стандартів. Нормативний бал передбачає конструктивне ставлення, де опозиція може виникати в контексті особистої автономії або критичного мислення, але не є деструктивною звичною. Однак високий прояв негативізму пов'язаний з хронічною непокорю, опозиційною поведінкою та схильністю чинити опір контролю чи інструкціям, що може призвести до міжособистісних та інституційних конфліктів.

У шкалі «Дратівливість» бачимо, що 13% осіб проявляють низькі показники, 48% – норму, 39% – високі. Дратівливість вимірює легкість, з якою людина дратується або злиться через незначні провокації та ситуації. Низький рівень дратівливості свідчить про емоційну стабільність, терпіння та спокійну поведінку навіть у стресових ситуаціях. Нормативний діапазон охоплює типові коливання настрою, коли фрустрація переживається, але контролюється належним чином та без надмірних реакцій. Високий рівень відображає низький поріг гніву, часті перепади настрою та імпульсивні емоційні спалахи, які можуть порушити стосунки та перешкоджати соціальному функціонуванню.

Шкала «Схильність до підозр» вказує, що 45% респондентів виражають норму, інші 23% та 29% проявляють низькі та високі показники відповідно. Підозрілість оцінює ступінь недовіри або випереджувальної захисної поведінки

в соціальних взаємодіях. Низький бал означає довірливе, відкрите ставлення до інших, з мінімальним занепокоєнням щодо прихованих мотивів або зради. Особи із нормативними показниками можуть проявляти здоровий скептицизм та соціальну обережність, але загалом зберігають позитивні міжособистісні очікування. Високий бал підозрілості свідчить про постійну недовіру, гіперпильність та схильність інтерпретувати нейтральні дії як ворожі, що часто призводить до соціальної ізоляції або напружених стосунків.

За шкалою «Образа» 23% опитуваних проявляють низькі показники, у 48% виражається норма, а у 29% – високий показник. Низький рівень образи вказує на здатність прощати, емоційну гнучкість, відчуттям, що світ та соціум ставляться до особистості справедливо та із добрими намірами. Норма відображає типові людські реакції на розчарування або несправедливість, де почуття образи присутні, але не домінують в емоційному житті людини. Високий бал відображає постійне почуття образи, труднощі з відпусканням минулих образ та світогляд, сформований уявною несправедливістю або жорстоким ставленням.

У шкалі «Почуття провини» низькі показники має 3% опитуваних, норму – 23%, високі значення – 74%. Почуття провини являє собою інтерналізовану агресію, спрямовану на себе, та здатність до моральної саморефлексії. Низький рівень провини може свідчити про психологічну стійкість, але якщо він занадто низький, він може проявлятися відсутністю каяття або емпатії. Нормативний рівень свідчить про збалансовану моральну совість, де люди визнають свою провину та помилки, беруть на себе відповідальність без надмірного самозвинувачення. Високий рівень провини пов'язаний з надмірною самокритикою, хронічним самокартанням та потенційною вразливістю до депресивних симптомів, особливо в поєднанні з іншими формами інтерналізованої агресії.

Визначення загального рівня агресивності та ворожості відбувалось за інтегральними шкалами. Шкала «Індекс агресивності» вказує, що 39% опитуваних проявляють низький рівень, отже проявляють мінімальні агресивні тенденції, гнучку особистість з адаптивною соціальною поведінкою та емоційним контролем, водночас спостерігаються проблеми із вираженням злості

та агресії у ситуаціях, що сприймаються як загрозливі або несправедливі, але в межах соціально прийнятних меж, що може проявлятися у нездатності захистити та відстояти свої особисті кордони. За цією ж шкалою 61% осіб із загальної вибірки оцінили як, із нормальним проявом агресивності, що відображає збалансований психологічний профіль, де агресія є контекстуально доречною та не патологічною.

У шкалі «Індекс ворожості» ми спостерігаємо, що норму має 52% респондентів, натомість 48% проявляють високі значення. Індекс ворожості об'єднує шкали, пов'язані з когнітивними та афективними компонентами агресії, такими як підозра, образа та почуття провини. Нормативний рівень вказує на загалом позитивне ставлення до інших, відображає епізодичні негативні думки чи почуття щодо інших, але не домінує в соціальній взаємодії. Присутня схильність до негативної оцінки зовнішніх суб'єктів, включаючи осіб, об'єкти та події, але не є стійкою та тривалою. Високий індекс ворожості вказує на хронічний гнів, захисну позицію та антагоністичний світогляд, що може перешкоджати довірі, співпраці та емоційній близькості у стосунках. Відображає поширену та стійку орієнтацію на негативну оцінку, недовіру, підозрілість та презиство, яка формує сприйняття, ставлення та реакцію людини на навколишнє середовище.

Соціально-психологічна адаптація є основним об'єктом нашого дослідження, а також дає змогу повноцінно поглянути на особливості виникнення та протікання розладів пов'язаних із вживання психотропних речовин для її дослідження ми використали методику «Дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда» (див. додаток Е).

На рис. 2.5. зображено особливості прояву показників соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин, за результатами методики «Дослідження соціально-психологічної адаптації К.Роджерса – Р. Даймонда».

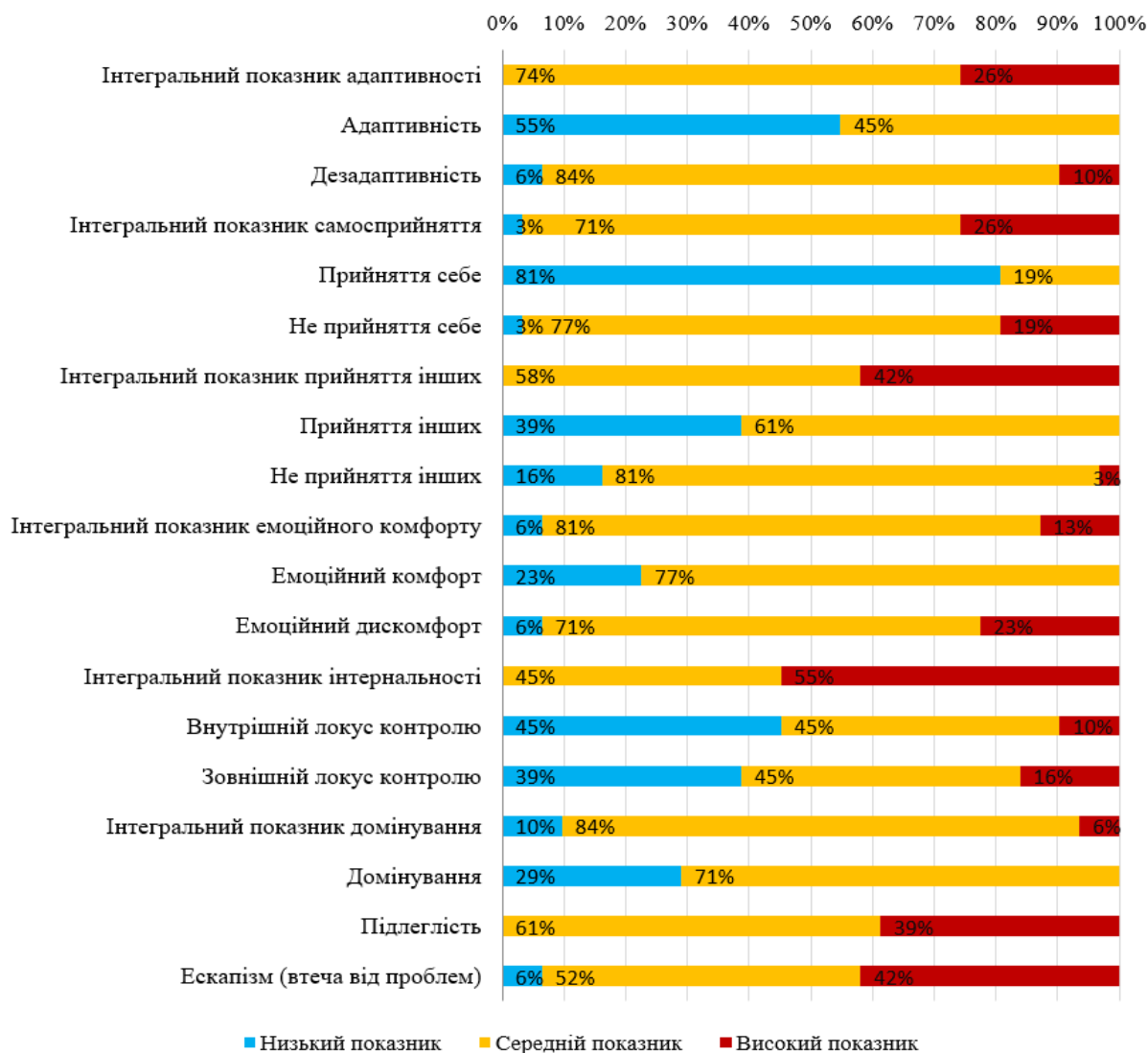


Рис. 2.5. Результати оцінки прояву показників соціально-психологічної адаптації особистості у осіб із залежністю від психотропних речовин, %

За шкалою «Інтегральний показник адаптивності» 74% респондентів демонструють середні значення, тоді як 26% показують високий рівень, і низьких балів не зафіксовано. Це свідчить про те, що більшість осіб із залежністю мають помірний рівень соціальної адаптивності, що дозволяє їм адаптуватися до змінного середовища з певними зусиллями. Наявність високої адаптивності у чверті вибірки може відображати або функціональні компенсаторні механізми, або соціально набуту адаптивну поведінку. Однак повна відсутність низької адаптивності не обов'язково означає сильні навички адаптації, оскільки

компенсаторна надмірна адаптація може маскувати глибші емоційні або міжособистісні труднощі.

Шкала «Адаптивність» показує 55% респондентів на низькому рівні та 45% на середньому рівні. Низький рівень адаптивності передбачає ригідність, труднощі з реагуванням на соціальні вимоги та погану адаптацію до мінливих або стресових умов. Це відображає поширену закономірність у осіб із залежністю, де соціальна поведінка може формуватися більше звичними реакціями або уникненням, ніж гнучким подоланням. Відсутність високої адаптивності свідчить про системні обмеження в поведінковій адаптації.

Натомість шкала «Деадаптивність» показує, що 84% респондентів мають бали в нормативному діапазоні, 10% мають високий рівень, і лише 6% демонструють низький рівень деадаптивності. Поширеність нормативної деадаптивності може свідчити про те, що хоча екстремальна поведінкова дисфункція є рідкістю, більшість людей все ще демонструють помірний рівень психологічних та поведінкових труднощів у соціальній інтеграції. Високий рівень деадаптивності, хоча й менш поширений, свідчить про значні проблеми з дотриманням соціальних очікувань і може відповідати антисоціальним тенденціям або емоційній нестабільності.

За шкалою «Інтегрального індексу самосприйняття» 71% опитуваних потрапляють у середній діапазон, 26% – на високий рівень, і лише 3% мають низький рівень. Це свідчить про те, що більшість респондентів мають відносно стабільний, але не надмірно позитивний образ себе. Наявність підвищеного самосприйняття у понад чверті осіб може відображати захисну надмірну компенсацію або спотворену самооцінку, часто пов'язану зі вживанням психоактивних речовин, де реальність переосмислюється для збереження відчуття контролю або ідентичності.

За шкалою «Самоприйняття» 81% осіб демонструють низький рівень самоприйняття, тоді як 19% знаходяться в межах нормативного діапазону, і високих показників немає. Таке сильне домінування низького самоприйняття свідчить про критичне ставлення до себе, часте невдоволення особистісними

рисами та вразливість до внутрішніх конфліктів, які часто пов'язані із залежністю та низькою самооцінкою.

Шкала «Неприйняття себе» показує, що 77% респондентів знаходяться в середньому діапазоні, 19% на високому рівні та лише 3% на низькому рівні. Ці результати свідчать про те, що хоча більшість людей переживають певний рівень внутрішнього самовідчуження, значна частина страждає від глибоко вкоріненого неприйняття себе, що може увічнювати цикл залежності від речовин через саморуйнівні тенденції.

За шкалою «Інтегральний показник прийняття інших» 58% вибірки демонструють низькі бали, а 42% потрапляють у середній діапазон, при цьому високих рівнів не спостерігається. Це свідчить про те, що більшість респондентів мають труднощі у формуванні довірливих стосунків, демонструють критичне ставлення до інших та можуть відчувати соціальну ізоляцію. Ці міжособистісні проблеми часто підживлюють або підтримують залежну поведінку як заміну соціального зв'язку.

Зокрема, за шкалою «Прийняття інших» 39% отримують низькі бали, а 61% знаходяться в середньому діапазоні. Відсутність високого рівня прийняття в поєднанні зі значним низьким балом свідчить про те, що міжособистісні труднощі можуть виникати через недовіру, ворожість або минулі травми у стосунках.

Шкала «Неприйняття інших» показує, що 81% осіб проявляють середній, трапляється рідко, домінування помірного рівня свідчить про постійну соціальну напруженість, емоційну дистанцію або міжособистісну амбівалентність.

Щодо емоційного функціонування, «Інтегральний показник емоційного комфорту» показує, що 81% опитуваних знаходяться в межах середнього діапазону, 13% мають високий рівень комфорту, а 6% демонструють низький рівень. Це може свідчити про парадоксальне відчуття емоційного оніміння або сприйняття стабільності, що у людей із залежністю може відображати емоційне пригнічення або заперечення, а не справжнє благополуччя.

Шкала «Емоційний комфорт» зокрема виявляє 23% респондентів з низькими балами та 77% із середніми. Це підкреслює, що значна меншість людей активно переживає емоційну нестабільність, перепади настрою або тривогу, тоді як більшість зберігає умовно стабільну емоційну рівновагу.

І навпаки, шкала «Емоційний дискомфорт» показує, що 71% осіб із середнім рівнем, 23% з високим та 6% з низьким. Високий емоційний дискомфорт, присутній майже у чверті респондентів, пов'язаний з хронічним стресом, емоційною дисрегуляцією та дистресом, які часто є ключовими елементами патології залежності.

«Інтегральний індекс інтернальності» вказує, що 45% опитуваних знаходяться на середньому рівні та 55% у високому діапазоні. Відсутність низьких балів інтернальності свідчить про мінімальні прояви набутої безпорадності, фаталізму та відсутності волі. Високий результат часто пов'язаний із поширеною вірою в зовнішній контроль над життєвими обставинами.

Шкала «Внутрішній локус контролю» показує рівний розподіл: 45% низький, 45% середній та 10% високий. Такий розподіл відображає непослідовність особистої відповідальності та мотивації до змін. Високий рівень інтернальності, хоча й рідкісний, може передбачати кращі результати лікування.

За шкалою «Зовнішній локус контролю» 39% осіб мають низький рівень, 45% – середній, а 16% – високий. Підвищена екстернальність вказує на залежність від зовнішніх факторів, таких як доля чи інші, що ще більше знижує ймовірність стійкого відновлення без зовнішнього контролю.

«Інтегральний показник домінування» показує високий відсоток опитуваних (84%) у нормативному діапазоні, з 10% низьким показником і лише 6% високим. Це свідчить про те, що більшість людей не домінують і не підкоряються надмірно в соціальних ситуаціях, хоча є меншість зі зниженою асертивністю.

Сама шкала «Домінування» показує 29% респондентів з низькими показниками та 71% середніми. Низький рівень домінування свідчить про

пасивність, соціальну ізоляцію або небажання керувати, що часто пов'язано з низькою самоефективністю або попередньою травмою.

Шкала «Підпорядкування» (позначена на графіку як «Підлеглість») показує, що 61% респондентів знаходяться на низькому рівні та 39% на високому. Такі результати свідчать про те, що більшість учасників чинять опір підпорядкуванню, можливо, як захисний механізм, тоді як значна частина відчуває почуття неповноцінності та безпорадності.

Зрештою, за шкалою «Ескапізм (втеча від проблем)» 6% вибірки показують низькі бали, 52% – середні, а 42% – високі. Високий рівень ескапізму є одним із найбільш виражених результатів, що підкреслює тенденцію уникати проблем через вживання психоактивних речовин, фантазії або відчуженість. Така поведінка є основним психологічним механізмом при залежності, підкріплюючи моделі уникнення та підриваючи адаптивне функціонування.

Отже, можна зробити висновок, що особи із залежністю від психоактивних речовин характеризуються низьким самоприйняттям, емоційним дискомфортом та схильністю уникати проблем, а не протистояти їм. Вони часто демонструють низьку адаптивність, недовіру до інших та труднощі у встановленні близьких стосунків. Також спостерігається знижене почуття особистого контролю та відповідальності, поряд з емоційним пригніченням та внутрішнім конфліктом. Ці риси відображають дезадаптивну модель подолання труднощів та соціальної взаємодії, що сприяє розвитку та збереженню залежної поведінки.

Згідно з результатами, представленими на рис. 2.1. та рис. 2.2., дані були узагальнені, а вибірка розділена на чотири основні групи за рівнем проявів розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (ПАР). При об'єднанні результатів, отриманих за допомогою методів оцінки алкогольної та наркотичної залежності, за результатами методик «AUDIT» та «DUDIT», можна спостерігати тенденції, показані на рис. 2.6.

Отримані дані із рисунку 2.6. свідчать про те, що 16% респондентів перебувають у стані тривалої ремісії, тобто мають стабільний контроль над своєю поведінкою та утримуються від вживання психоактивних речовин протягом

тривалого часу. Ця група демонструє найвищі показники адаптації та розвинені навички саморегуляції, що свідчить про ефективність реабілітаційних або профілактичних заходів.

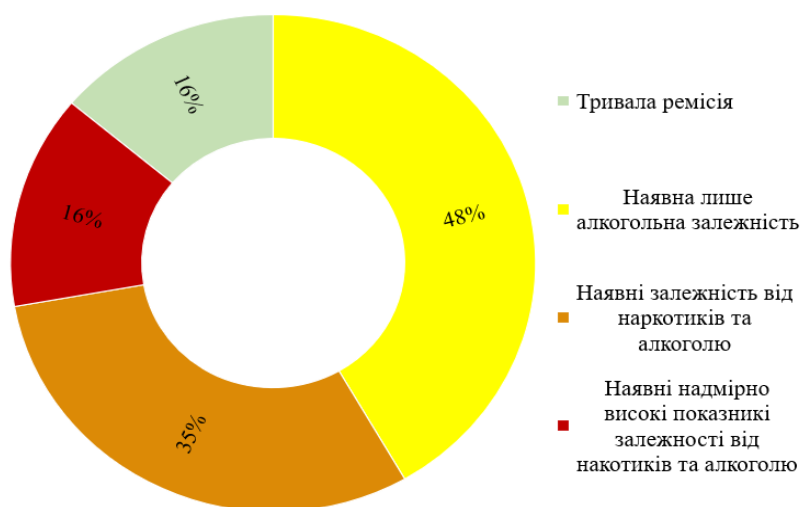


Рис. 2.6. Поділ вибірки на групи згідно проявів розладів пов'язаних із вживанням психоактивних речовин

Найбільшу частину вибірки, 48%, складають особи, які мають лише алкогольну залежність. Ця категорія характеризується зловживанням алкогольними напоями за відсутності ознак вживання наркотиків. Як правило, ці респонденти демонструють середній рівень усвідомлення власної проблеми, але мають труднощі з контролем кількості споживаного алкоголю та часті рецидиви. 35% вибірки мають комбіновану залежність – як від алкоголю, так і від наркотичних речовин. Ця група характеризується глибшими розладами емоційно-вольової сфери, підвищеною імпульсивністю та схильністю до ризикованої поведінки. Такі особи часто мають психологічну нестабільність, низький рівень стресостійкості та важкі проблеми із соціальною адаптацією.

Ще 16% респондентів демонструють надмірно високі показники залежності від наркотиків та алкоголю, що свідчить про важку форму поліспоживання. Ця група має найвищий рівень дезадаптації, потребує тривалої комплексної терапії та індивідуального підходу в процесі психологічної реабілітації. У подальшому дослідженні ми порівняли результати прояву розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, між середніми показниками шкал методик.

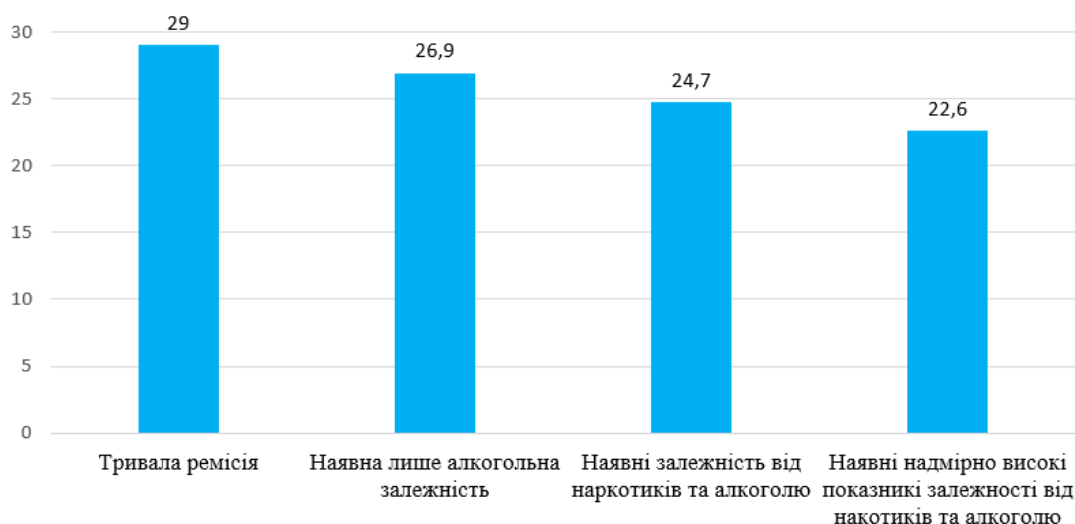


Рис. 2.7. Порівняльна характеристика показників самооцінки залежно від прояву розладів пов'язаних із вживанням ПАР

На рис. 2.7. представлено порівняльну характеристику середніх показників самооцінки в групах респондентів, що відрізняються рівнем проявів розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (ПАР), за результатами методик

Аналіз результатів свідчить про сильну тенденцію до зниження рівня самооцінки зі збільшенням тяжкості залежності. Найвищі показники самооцінки спостерігаються в групі осіб, які перебувають у тривалій ремісії – 29 балів. Це свідчить про більш стабільний емоційний стан, вищий рівень усвідомлення власних ресурсів, адекватну самооцінку та впевненість у власних здібностях. Такі респонденти, як правило, мають досвід успішної боротьби із залежністю, розвинену мотивацію до збереження тверезості та позитивне ставлення до себе. У групі, де виявлено лише алкогольну залежність, середній показник самооцінки становить 26,9 бала, що дещо нижче, але все ж таки відносно задовільний рівень. Особи цієї категорії схильні до періодичних коливань самооцінки, які можуть змінюватися залежно від життєвих обставин або стану сп'яніння. У них існує внутрішній конфлікт між усвідомленням проблеми та відсутністю віри у власні сили її подолання. Нижчі показники спостерігаються в групі респондентів із комбінованою залежністю від алкоголю та наркотиків – 24,7 балів. Такі особи

характеризуються вищим рівнем емоційної нестабільності, самокритичності, почуття провини, зниженням мотивації до особистісного розвитку. Їхня самооцінка часто нестабільна, залежить від зовнішніх оцінок та реакцій оточення. Найнижчий показник самооцінки зафіксовано в групі осіб, які мали надмірно високі показники наркотичної та алкогольної залежності – 22,6 балів. Це свідчить про глибокі особистісні деформації, внутрішню невпевненість, відчуття безпорадності, низьку віру в можливість змін, схильність до самознецінення, емоційного вигорання та уникання соціальних контактів, що ускладнює процес психокорекції та ресоціалізації.

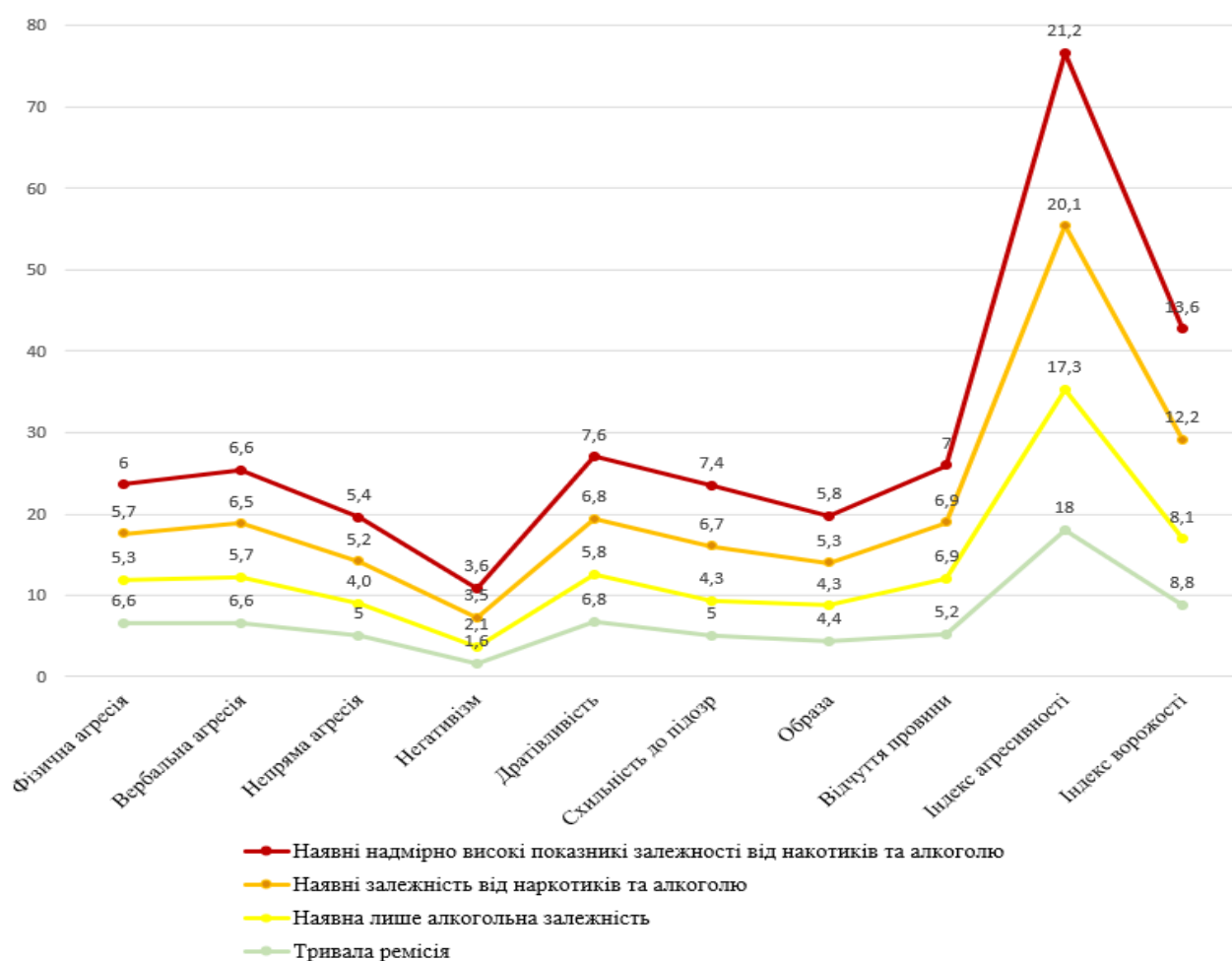


Рис. 2.8. Порівняльна характеристика показників агресивності залежно від прояву розладів пов'язаних з вживанням психоактивних речовин

На рис. 2.8. ми порівняли показники агресії за методикою «Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі», у вибіркових групах за проявами розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Згідно з результатами,

спостерігається чітка тенденція до зростання рівня агресії пропорційно тяжкості залежності. Особи з тривалою ремісією (позначені зеленим кольором) демонструють найнижчі показники за всіма шкалами агресії (знижений рівень вербальної та фізичної агресії, а також достатній контроль емоційних реакцій). Їхні середні бали коливаються від 4,4 до 8,8. Ця група характеризується емоційною стабільністю, високою стресостійкістю та розвиненими навичками саморегуляції.

Особи з тривалою ремісією демонструють найнижчі бали за всіма шкалами агресії, знижений рівень вербальної та фізичної агресії, а також достатній контроль емоційних реакцій (середні бали коливаються від 4,4 до 8,8). Ця група характеризується емоційною стабільністю, високою стресостійкістю та розвиненими навичками саморегуляції. У групі лише з алкогольною залежністю бали агресії помірні, але перевищують значення групи з ремісією. Найвищі значення спостерігаються для індексу агресії – 18 балів та індексу ворожості – 8,1 бала. Навіть за відсутності наркотичної залежності алкоголь сприяє зниженню самоконтролю, підвищенню дратівливості та вербальним проявам агресії. Особи з поєднаною алкогольною та наркотичною залежністю демонструють ще вищий рівень агресії майже за всіма показниками. Зокрема, спостерігаються високі значення фізичної агресії – 6,5 бала; дратівливості – 6,8; схильності до підозрілості – 6,7 та значно підвищений індекс агресивності – 20,1. Це свідчить про емоційну нестабільність, підвищену імпульсивність та схильність до конфліктної поведінки. Найвищі показники спостерігаються в групі, де виявлено надмірно високі показники наркотичної та алкогольної залежності. Ця категорія характеризується максимальними значеннями для всіх видів агресії: фізична агресія – 6,0, вербальна – 6,6, дратівливість – 7,6, схильність до підозрілості – 7,4, а індекс агресивності сягає 21,2 бала. Також спостерігається найвищий індекс ворожості – 13,6 – сильна напруженість, образу та внутрішня агресії можуть проявлятися як зовні, так і у формі саморуйнівної поведінки.

Таким чином, результати порівняльного аналізу свідчать про те, що рівень агресивності прямо пропорційний тяжкості проявів залежності від психоактивних речовин. Особи з комбінованою залежністю демонструють

сильну емоційну нестабільність, низький рівень контролю імпульсів та схильність до агресивних реакцій, що підкреслює необхідність цілеспрямованої психокорекційної роботи з розвитком навичок самоконтролю, конструктивного вираження емоцій та зниження внутрішньої напруги.

На рис. 2.9 представлено порівняльну характеристику показників соціально-психологічної адаптації за проявом розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (методика «Дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда»). Чотири групи вибірок порівнювалися за сімома основними елементами соціально-психологічної адаптації: емоційний комфорт, прийняття інших, адаптивність, інтернальність, самосприйняття, домінування та втеча від проблем.

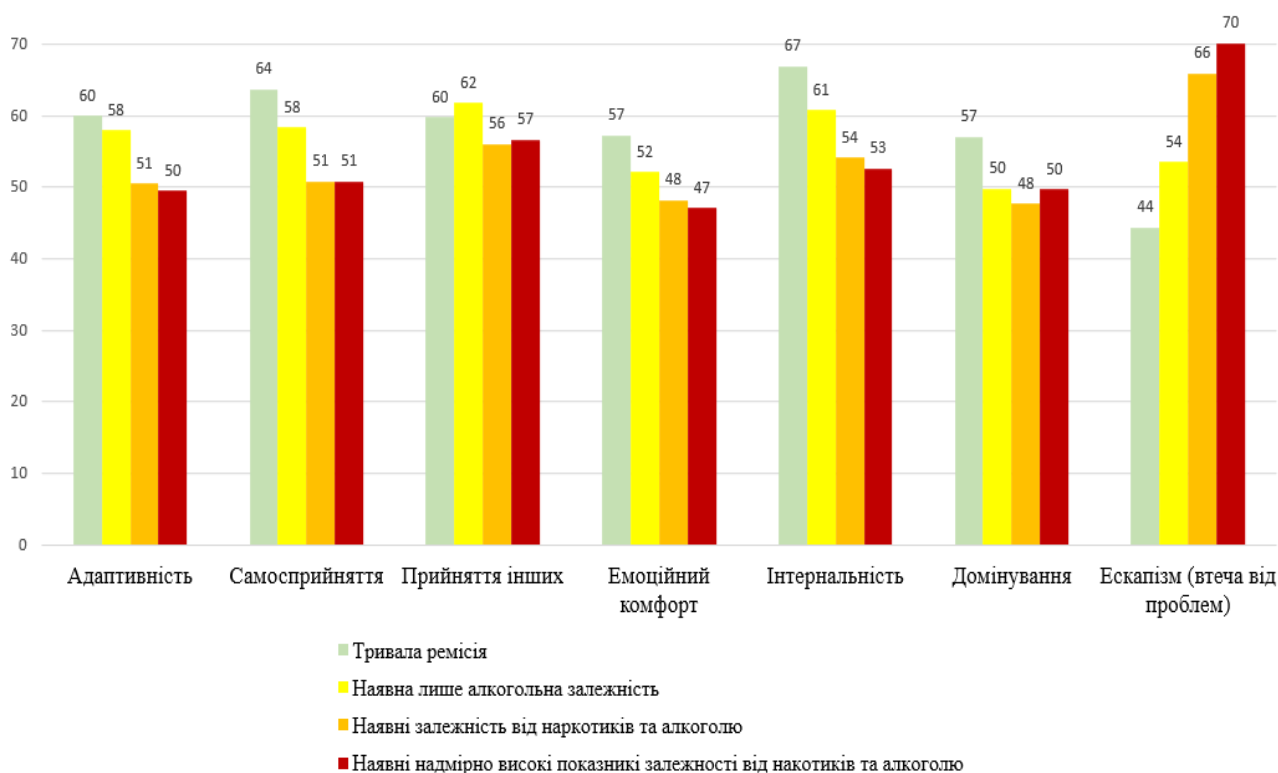


Рис. 2.9. Порівняльна характеристика показників соціально-психологічної адаптації залежно від прояву розладів пов'язаних з вживанням психоактивних речовин

Аналіз результатів показує чітку тенденцію до зниження всіх досліджуваних показників зі збільшенням рівня залежності. Особи, які перебувають у тривалій ремісії, демонструють найвищі показники за всіма

шкалами. Результати свідчать про достатню адаптивність, високий рівень самоприйняття та прийняття інших, розвинену здатність до конструктивної міжособистісної взаємодії та позитивне ставлення до себе.

Показники емоційного комфорту – 57 балів та інтернальності – 67 балів відображають внутрішню стабільність, впевненість у собі та переважно внутрішній локус контролю. Рівень домінантності – 57 – достатню самостійність та здатність брати на себе відповідальність за власні рішення. У групі, де виявлено лише алкогольну залежність, усі показники дещо знижені: адаптивність – 58, самоприйняття – 58, емоційний комфорт – 52, інтернальність – 61. Це свідчить про помірну емоційну нестабільність, коливання самооцінки та часткову залежність від зовнішніх обставин. Незважаючи на це, зберігається здатність до рефлексії над собою та прагнення стабілізувати психоемоційний стан. Респонденти з поєднаною наркотичною та алкогольною залежністю демонструють значно нижчі результати за всіма показниками: адаптивність – 51, самоприйняття – 51, емоційний комфорт – 48, інтернальність – 54. Це свідчить про труднощі в соціальній взаємодії, знижену самооцінку, підвищену тривожність та відчуття безпорадності. Їхній рівень домінування – 48 свідчить про схильність до уникнення відповідальності та зовнішньої залежності у прийнятті рішень. Найнижчі показники зафіксовано в групі з надмірно високими показниками наркотичної та алкогольної залежності. Рівні адаптивності – 50 балів, самоприйняття – 51 бал, емоційного комфорту – 47 балів та інтернальності – 53 бали свідчать про значну дезадаптацію, емоційну напругу та переважно зовнішній локус контролю. Це може проявлятися в перенесенні відповідальності на інших, зниженій стійкості до стресу та відчутті внутрішньої порожнечі. Незважаючи на часткове збереження домінування – 50 балів, воно має переважно компенсаторний характер і не відображає реальної впевненості в собі.

Таким чином, результати демонструють тенденцію: чим важча форма залежності, тим нижчі показники особистісної зрілості, адаптивності та внутрішньої гармонії. Це підкреслює необхідність комплексної психологічної

допомоги, спрямованої на відновлення позитивного образу себе, підвищення емоційного комфорту та розвиток відповідальності за власне життя.

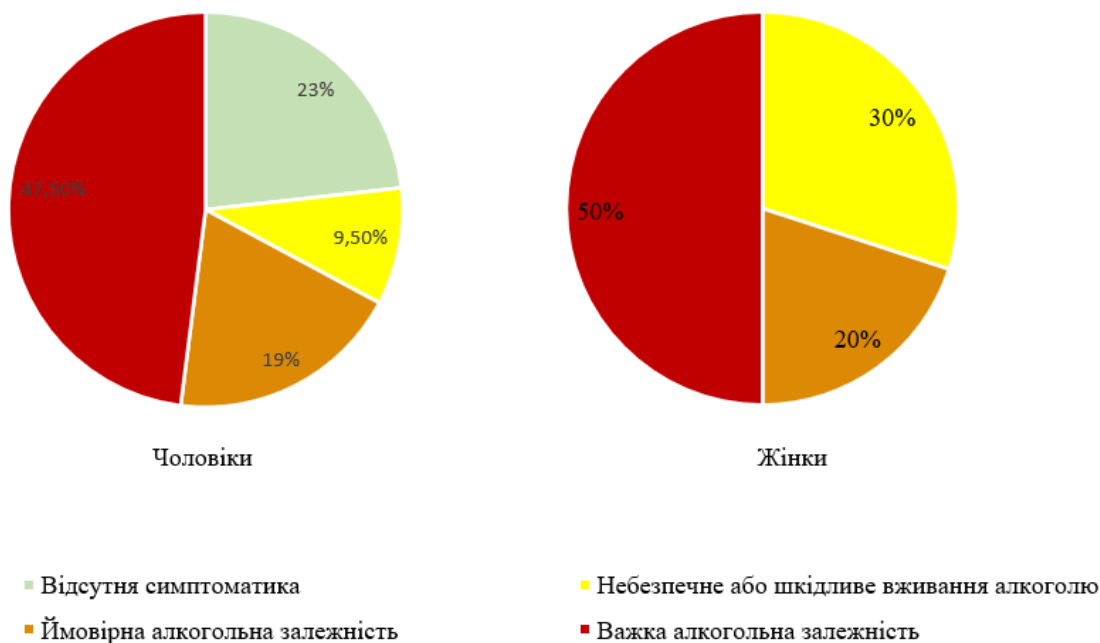


Рис. 2.10. Порівняльна характеристика оцінки прояву розладів пов'язаних з вживанням алкоголю у чоловіків та жінок, %

Аналізуючи дані на рис. 2.10., можна побачити суттєві відмінності та спільні риси у структурі розладів, пов'язаних з алкоголем, серед чоловіків та жінок (за результатами методики «AUDIT»). Серед чоловіків домінує тяжка алкогольна залежність – 48,5% мають найважчу форму розладу. У 23% чоловіків взагалі немає симптомів, 19% потрапляють до категорії ймовірної алкогольної залежності, а ще 9,5% – до категорії небезпечного або шкідливого вживання алкоголю. Ця структура показує, що хоча значна частина чоловіків вже має серйозні проблеми з вживанням алкоголю, серед них все ще є ті, хто не проявляє симптомів залежності.

Серед жінок ситуація виглядає інакше. Тяжка алкогольна залежність також займає найбільшу частку – 50%, структура більш рівномірна: 30% – знаходяться в категорії небезпечного або шкідливого вживання алкоголю, 20% – у категорії ймовірної алкогольної залежності. Водночас у жіночій вибірці немає

безсимптомної категорії, що може бути пов'язано з особливостями вибірки або методологією дослідження. Це означає, що всі жінки, включені до дослідження, мають ті чи інші прояви розладів, пов'язаних з алкоголем. Загалом можна сказати, що тяжка алкогольна залежність є домінуючою категорією для обох груп – майже половина чоловіків і рівно половина жінок потрапляють до цієї групи. Однак значна частина чоловіків залишається безсимптомною, тоді як у жінок такої групи немає. Жінки також набагато частіше, ніж чоловіки, потрапляють до категорії небезпечного або шкідливого вживання алкоголю: 30% проти 9,5%. Частка ймовірної алкогольної залежності є подібною в обох групах: 19% у чоловіків та 20% у жінок.

Загалом, результати свідчать про високу поширеність тяжкої алкогольної залежності серед обох статей, але водночас висвітлюють відмінності у структурі менших категорій, що може бути важливим для розробки профілактичних та реабілітаційних програм.

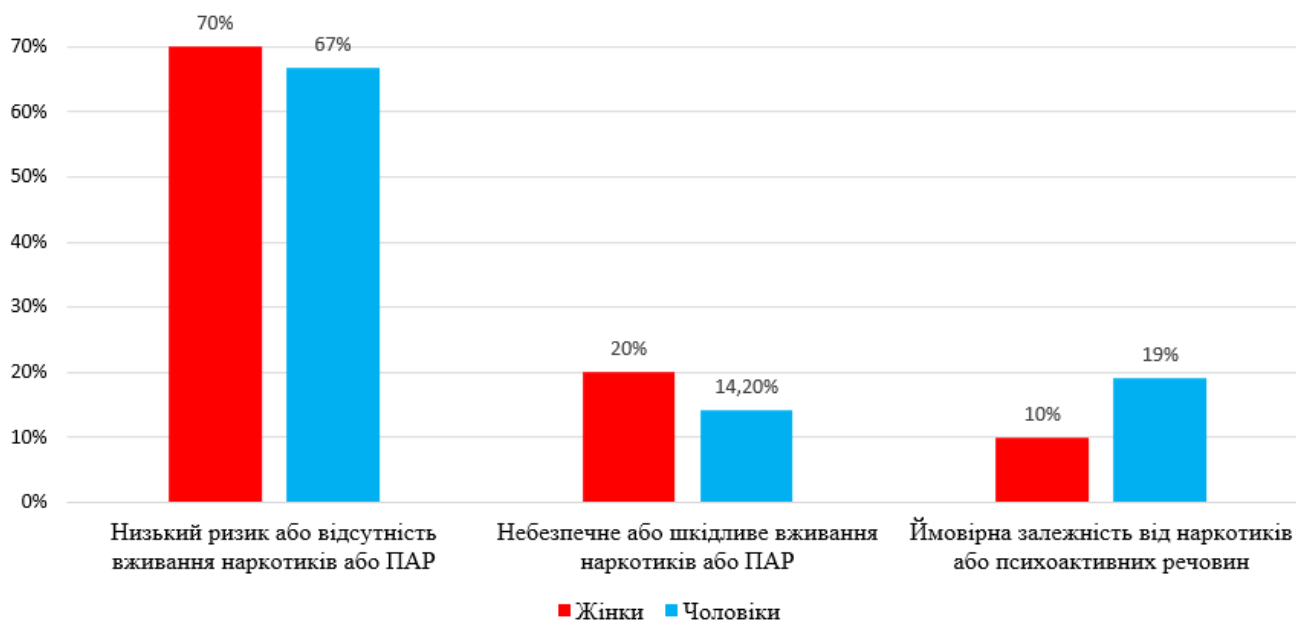


Рис. 2.11. Порівняльна характеристика оцінки прояву розладів пов'язаних з вживанням психоактивних речовин у чоловіків та жінок, %

Аналізуючи діаграму, представлену на рис. 2.11. (методика «DUDIT»), можна зробити низку висновків щодо проявів розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків або психоактивних речовин (ПАР) серед чоловіків та жінок. У загальній структурі спостерігається позитивна тенденція: більшість як чоловіків,

так і жінок мають низький ризик або не вживають інші наркотики чи психоактивні речовини. Цей показник становить 70% серед жінок та 67% серед чоловіків. Переважна частка осіб без залежності чи ризикованої поведінки.

Варто зазначити, що жінки демонструють таку позитивну динаміку дещо частіше, ніж чоловіки, тобто серед них більше тих, хто не має проблемного вживання НПР. Водночас зворотна тенденція спостерігається в категорії небезпечного або шкідливого вживання. Серед жінок до цієї групи потрапляє 20%, тоді як серед чоловіків – 14,2%. Це свідчить про те, що жінки частіше демонструють проблемне, але не залежне, вживання, можливо, у відповідь на емоційні або стресові фактори. Іншими словами, жінки частіше потрапляють у групу ризику на ранніх стадіях залежності. Найбільш тривожним показником є показник ймовірної залежності. Тут спостерігається значна гендерна різниця: 19% чоловіків і лише 10% жінок мають симптоми або високий ризик залежності. Це свідчить про те, що чоловіки частіше глибоко залучені в процес вживання наркотиків і частіше розвивають стійку залежність. Ці дані узгоджуються з поширеними психологічними та соціальними спостереженнями, згідно з якими чоловіки, як правило, мають нижчий рівень звернення за допомогою та вищу толерантність до ризикованої поведінки.

Таким чином, підсумовуючи результати, можна сказати, що більшість людей, незалежно від статі, не мають очевидних проблем з наркотиками чи їх вживанням, але існують значні гендерні відмінності в структурі ризику. Жінки частіше проявляють проблемне вживання без розвитку залежності, тоді як чоловіки частіше розвивають тяжкі форми залежності. Ці дані свідчать про необхідність диференційованих підходів до профілактики та лікування залежностей, враховуючи статеві особливості перебігу розладів та механізми їх розвитку.

Аналіз діаграми (рис. 2.12), що відображає порівняльну характеристику показників самооцінки у чоловіків та жінок (за результатами методики «Шкала самооцінки М. Розенберга»), свідчить про наявність певних гендерних відмінностей у структурі цього психологічного показника.

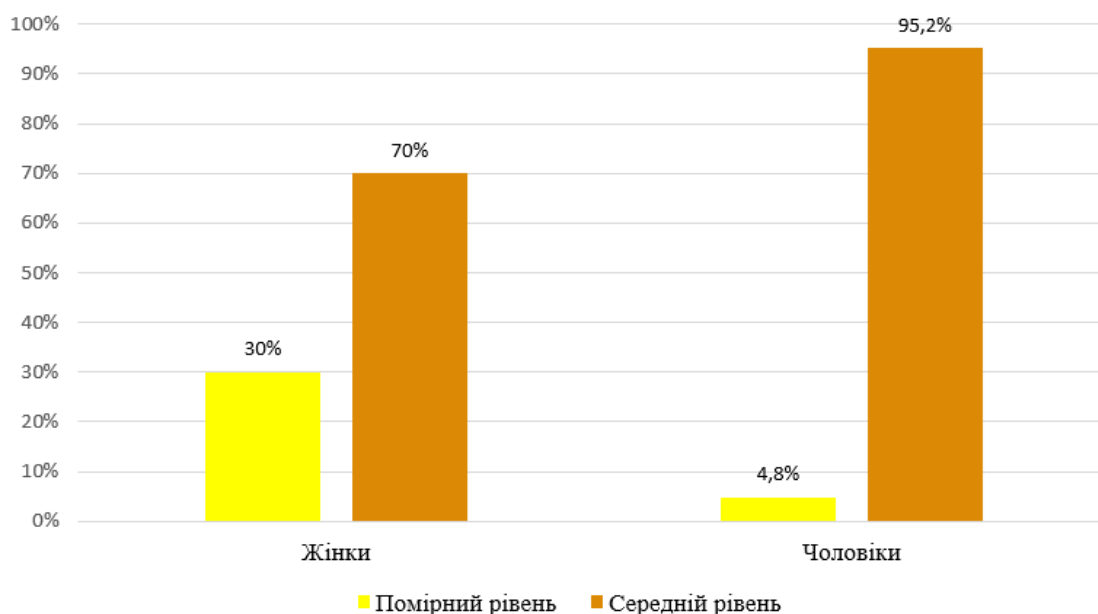


Рис. 2.12. Порівняльна характеристика показників прояву самооцінки у чоловіків та жінок, %

Серед жінок переважає середній рівень самооцінки, який спостерігається у 70% респондентів. Водночас 30% жінок мають помірний рівень, наявна внутрішня невпевненість, схильність до самокритики або залежності від зовнішньої оцінки. Такий розподіл свідчить про більшу мінливість у жіночій вибірці та можливі коливання емоційного стану, пов'язаного зі сприйняттям власної гідності. Серед чоловіків ситуація стабільніша: 95,2% респондентів мають середній рівень самооцінки, і лише 4,8% мають помірний. Спостерігаємо відносну однорідність чоловічої вибірки та більш стабільний образ себе. Цю тенденцію можна пояснити вищою впевненістю в собі, меншою емоційною вразливістю та більшою орієнтацією на зовнішні досягнення як критерій самооцінки.

Середній рівень самооцінки домінує в обох групах, але у чоловіків він виражений набагато чіткіше та майже не має відхилень. Жінки характеризуються більшою варіабельністю у сприйнятті власної цінності, що може бути пов'язано з емоційними факторами або соціальними очікуваннями. Чоловіки демонструють більш стабільну та впевнену самооцінку, тоді як жінки мають

ширший діапазон самосприйняття, що вимагає глибшого психологічного аналізу та індивідуального підходу у підтримці їхнього емоційного благополуччя.

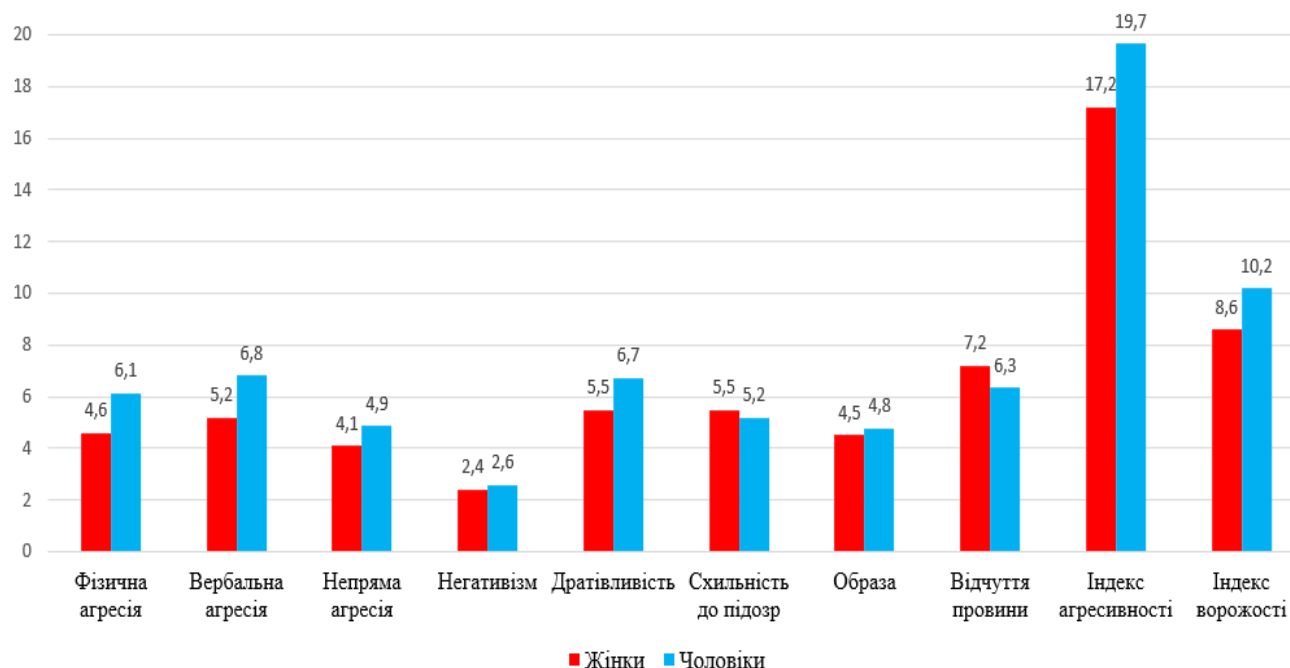


Рис. 2.13. Порівняльна характеристика показників прояву агресивності у чоловіків та жінок, %

На діаграмі (рис. 2.13.), що представлено порівняльну характеристику показників агресії у чоловіків та жінок за різними типами агресивної поведінки та інтегральний індекс агресії та ворожості – «Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі».

Результати показують, що чоловіки демонструють вищий рівень агресії майже за всіма показниками. Найбільші відмінності спостерігаються у фізичній та вербальній агресії – чоловіки набагато частіше проявляють відкриті та активні форми агресії, що характеризуються прямим вираженням негативних емоцій назовні. Вищі показники у чоловіків також спостерігаються в непрямій агресії, дратівливості, негативізмі та образі, що вказує на більшу схильність до зовнішніх та поведінкових проявів агресії.

Жінки, навпаки, демонструють дещо інший тип реакції – у них вищі показники схильності до підозри та почуття провини. Це може свідчити про сильнішу емоційну рефлексію, схильність до внутрішнього переживання

негативних емоцій та самокритики. Тому агресія у жінок є більш внутрішньою, емоційно забарвленою, ніж відкритою та поведінковою.

Інтегральні показники також підтверджують перевагу чоловіків за рівнем агресивності: їхній індекс агресії – 19,7 та індекс ворожості – 10,2 вищі, ніж у жінок (17,2 та 8,6 відповідно). Це свідчить про загальну тенденцію до більшого прояву агресивних рис у чоловіків, тоді як жінки демонструють схильність до емоційної саморегуляції та внутрішнього контролю агресивних імпульсів.

Загалом, діаграма показує, що чоловіки частіше реалізують агресію зовні, тоді як жінки переживають її внутрішньо, що відображає відмінності в соціально-психологічних механізмах вираження емоцій обох статей.

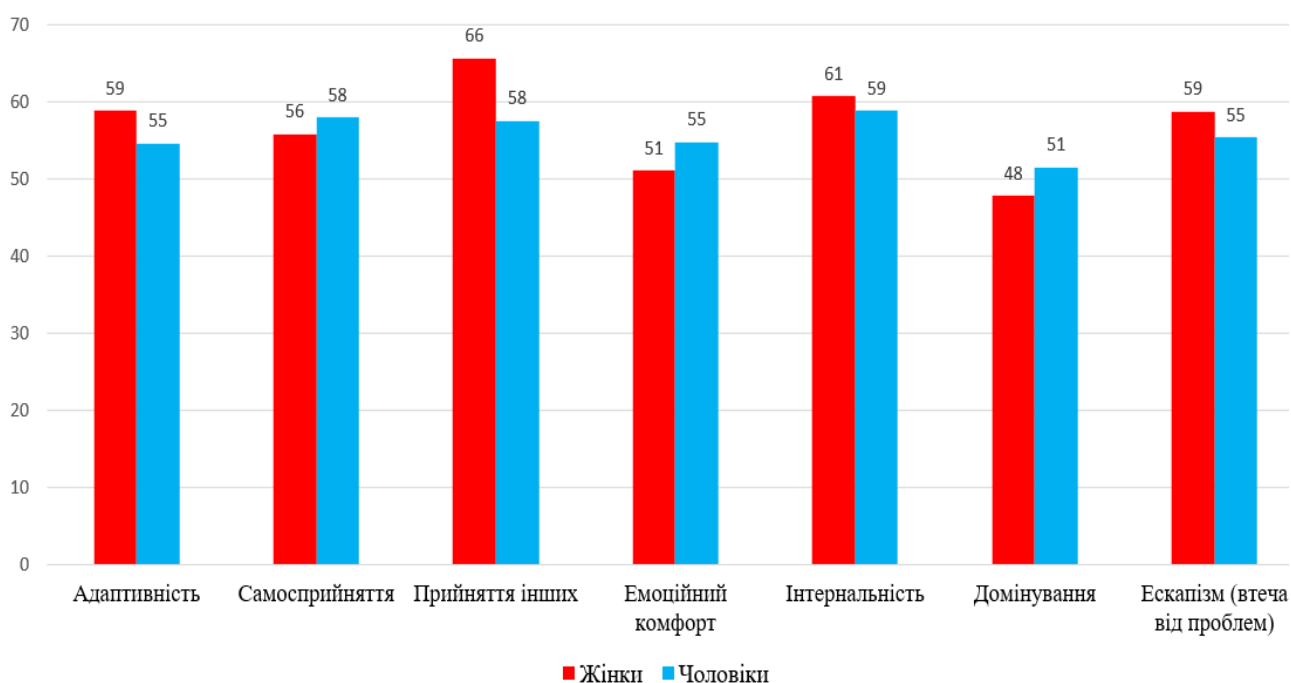


Рис. 2.14. Порівняльна характеристика показників прояву соціально-психологічної адаптації у чоловіків та жінок

На діаграмі наведено порівняльну характеристику показників прояву соціально-психологічної адаптації у чоловіків та жінок, за результатами методики «Дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р.Даймонда».

Показники свідчать про відносно схожий рівень соціально-психологічної адаптації обох статей, хоча в деяких аспектах є чіткі відмінності. Жінки показали

найвищі результати за шкалою прийняття інших – 66 балів, що перевищує показник чоловіків, який становить 58 балів. Тобто у жінок наявна більша відкритість міжособистісній взаємодії, толерантність, здатність до емпатії та позитивне ставлення до навколишнього середовища.

Жінки також мають дещо вищі бали за адаптивністю – 59 проти 55 у чоловіків, що свідчить про кращу гнучкість, здатність адаптуватися до змін та ефективніше долати труднощі. Вищі бали жінок за показником інтернальності, який становить 61 бал проти 59 у чоловіків, свідчать про їхню схильність брати на себе відповідальність за власні дії та рішення, а також більше покладатися на внутрішній контроль, ніж на зовнішні обставини.

Чоловіки, у свою чергу, мають вищі бали за емоційний комфорт – 55 балів порівняно з 51 у жінок, а також за домінування – 51 бал проти 48 у жінок. Спостерігається стабільніший емоційний стан чоловіків, менша схильність до емоційних коливань та більша впевненість у собі, а також сильна орієнтацію на лідерство, самоствердження та контроль у стосунках з іншими.

Щодо втечі, тобто схильності уникати труднощів, жінки мають дещо вищі бали – 59 балів проти 55 у чоловіків. Це може вказувати на більшу емоційну вразливість або використання механізмів психологічного захисту для зниження внутрішньої напруги.

Підсумовуючи результати, можна зробити висновок, що жінки демонструють більш розвинену соціальну чутливість, здатність приймати інших, гнучкість у спілкуванні, високу адаптивність та внутрішній контроль. Чоловіки характеризуються вищим рівнем емоційної стабільності, впевненості в собі та прагнення до домінування.

Обидві групи демонструють досить високий рівень соціально-психологічної адаптивності, але з різним акцентом: у жінок вона має більше гуманістично-комунікативний характер, тоді як у чоловіків – раціонально-поведінковий.

Статистичне дослідження задля встановлення залежності (наявності та сили) між отриманими емпіричними даними, ми проводили за допомогою

кореляційного аналізу, класифікуючи отримані результати за Є. Івантером та О. Корсовим.

Таблиця 2.1

**Кореляційний аналіз позитивних зв'язків між отриманими
емпіричними даними зі шкал методик**

Параметри	Розлади, пов'язані із вживанням алкоголю	Розлади, пов'язані із вживанням наркотиків
Розлади, пов'язані із вживанням алкоголю		
Розлади, пов'язані із вживанням наркотиків		
Фізична агресія		
Вербальна агресія		
Непряма агресія		
Негативізм		
Дратівливість		
Схильність до підозр		
Образа		
Відчуття провини		
Індекс агресивності		
Індекс ворожості		
Ескапізм (втеча від проблем)		

Примітка: * – при $p \leq 0,10$, ** – при $p \leq 0,05$.

У таблиці представлено результати кореляційного аналізу позитивних зв'язків між показниками шкал методик, що відображають психологічні особливості соціально-психологічної адаптації осіб із залежністю від психоактивних речовин (алкоголю та наркотиків). Отримані дані демонструють ступінь взаємозв'язку між окремими особистісними характеристиками та вираженістю залежної поведінки.

Кореляційний зв'язок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю:

- сильний кореляційний зв'язок спостерігається між вживанням алкоголю та показником ескапізму (втеча від проблем) (0,72), що свідчить про виражену тенденцію уникати труднощів шляхом звернення до алкоголю як засобу емоційного розвантаження;
- середній кореляційний зв'язок наявний між алкогольною залежністю та негативізмом (0,63), схильністю до підозр (0,52) та індексом ворожості (0,62). Отримані дані вказують на наявність ворожих, недовірливих і негативно забарвлених установок у міжособистісних стосунках;
- помірні кореляції спостерігаються між розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, та такими рисами, як дратівливість (0,36) і непряма агресія (0,24), що дає нам розуміння взаємозв'язку даного компонента та підвищеної напруженості і емоційної нестійкості;
- слабкий зв'язок виявлено між: алкогольною залежністю та агресивністю (0,17) – позитивна кореляція, що вказує на несуттєвий рівень їхнього впливу.

Кореляційний зв'язок розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків:

- сильні кореляційні зв'язки спостерігаються між наркотичною залежністю та негативізмом (0,73) – високою вираженістю опозиційності, відмовою від соціальних норм і тенденцією до протестної поведінки;
- середні зв'язки спостерігаються між наркотичною залежністю та такими параметрами, як схильність до підозр (0,72), індекс ворожості (0,61), ескапізм (0,61). Це підкреслює взаємозалежність між девіантною поведінкою та тенденцією уникати реальності через психоактивні речовини, а також паталогічною недовірою;
- помірні позитивні зв'язки зафіксовано між наркотичною залежністю та непрямою агресією (0,34) та дратівливістю (0,35), що свідчить про схильність до емоційних спалахів, нестабільності та внутрішнього напруження;

- слабкі зв'язки виявлено між наркотичною залежністю та агресивністю (0,24);
- дуже слабкі або відсутні зв'язки спостерігаються між наркотичною залежністю та фізичною (0,07) та вербальною агресією (0,18).

Таблиця 2.1

**Кореляційний аналіз негативних зв'язків між отриманими
емпіричними даними зі шкал методик**

Параметри	Розлади, пов'язані із вживанням алкоголю	Розлади, пов'язані із вживанням наркотиків
Самооцінка		
Фізична агресія		
Вербальна агресія		
Адаптивність		
Самосприйняття		
Прийняття інших		
Емоційний комфорт		
Інтернальність		
Домінування		

Примітка: * – при $p \leq 0,10$, ** – при $p \leq 0,05$.

У таблиці представлено результати кореляційного аналізу негативних зв'язків між показниками шкал методик.

Кореляційний зв'язок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю:

- негативні середні кореляції виявлено між алкогольною залежністю та самооцінкою (-0,54), адаптивністю (-0,68), самосприйняттям (-0,60), емоційним комфортом (-0,58), прийняттям інших (-0,26). Це відображає тенденцію до низької емоційної стабільності, труднощів у соціальній адаптації та порушення позитивного образу «Я»;

– слабкий зв'язок негативної кореляції, виявлено між алкогольною залежністю та вербальною агресією (-0,10).

Кореляційний зв'язок розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків:

– середні непрямі зв'язки помітні у показниках адаптивності (-0,57), самооцінка (-0,54). Це підкреслює взаємозалежність між низьким рівнем соціальної інтеграції та порушенням Я-образом, самокритичністю;

– помірні негативні зв'язки виявлено між наркотичною залежністю, прийняттям інших (-0,35) та емоційним комфортом (-0,37), що свідчить про схильність до емоційних спалахів, нестабільності та внутрішнього напруження як і особистісного так і по відношенню до інших.

Отримані результати свідчать, що в осіб із залежністю як від алкоголю, так і від наркотичних речовин домінують деструктивні соціально-психологічні риси: негативізм, недовіра, ворожість, низька адаптивність, емоційна нестійкість та тенденція до уникання труднощів. Водночас спостерігається зниження рівня самооцінки, самоприйняття та емоційного комфорту, що вказує на глибокі внутрішньоособистісні суперечності.

Таким чином, кореляційний аналіз підтверджує взаємозв'язок між соціально-психологічною дезадаптацією та вираженістю залежної поведінки, де провідну роль відіграють негативно-емоційні установки, низька толерантність до стресу та порушення саморегуляції.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ «ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН»

Програма психологічного тренінгу «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин»

Програма психологічного тренінгу «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин» розроблена нами у відповідь на актуальну потребу у підвищенні ефективності психосоціальної реабілітації осіб із залежністю. Незважаючи на широке впровадження медикаментозного лікування та психотерапевтичних підходів, залишається недостатньо опрацьованим аспект формування практичних навичок, які сприяють успішній соціальній інтеграції та адаптації таких осіб до життя у суспільстві.

Особливістю соціально-психологічної адаптації осіб із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) є складність відновлення соціальних навичок, відсутніх або порушених внаслідок тривалого перебування в умовах адиктивної поведінки. Враховуючи це, важливо не лише надавати психотерапевтичну допомогу, а й забезпечувати цілеспрямоване тренування конкретних соціальних умінь та розвиток адаптаційних ресурсів [33].

Впровадження даної програми дозволить значно підвищити рівень соціально-психологічної адаптації учасників, сприятиме їхній емоційній стабільності та зменшенню ризику рецидивів залежності. Практичне значення тренінгу полягає у його універсальності, можливості застосування у різних

реабілітаційних центрах, психологічних службах та соціальних установах, що забезпечить широкий охоплення цільової аудиторії та підвищить ефективність реабілітаційних заходів.

Таким чином, розробка і реалізація програми психологічного тренінгу є важливим кроком до створення комплексної системи допомоги особам із залежністю від ПАР, що сприятиме їх поверненню до соціально активного та продуктивного життя.

Мета: формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин.

Завдання:

сихоедукація та просвітницька діяльність осіб із залежністю щодо «Соціально-психологічної адаптації», «психологічних та соціальних особливостей особистості» та її впливу на психологічне здоров'я.

розвиток мотивації щодо зміни негативних психологічних, соціальних та поведінкових аспектів життя.

авчання навичок формування здорової самооцінки, позитивного Я-образу, розвиток здорового та стабільного почуття власної гідності, самоповаги шляхом розвитку самосвідомості, самоприйняття та позитивного самосприйняття.

робота із негативним самосприйняттям та внутрішнім критиком, зміна негативних когнітивних переконань.

авчання ефективних стратегій та інструментів для розуміння, управління та боротьби з надмірним почуттям провини, технікам розвитку самоспівчуття та зменшення самокритики.

формування навичок розпізнавання злості та агресії, визначення психологічних та фізіологічних тригерів та різницю між здоровим і деструктивним проявом злості.

формування навичок емоційного регулювання.

авчання технік тілесної рефлексії, розвиток навичок зосередженості та концентрації.

формувати здатність усвідомлювати й розуміти власні емоції, а також опанувати вміння керувати своїм емоційним станом.

ормування соціального інтелекту учасників шляхом розвитку їхньої здатності розуміти, орієнтуватися та ефективно реагувати на соціальні ситуації.

озвиток навичок ефективного неконфліктного спілкування, активного слухання «Я-висловлювань», взаємопідтримки та соціальної адаптації.

авчитись використовувати отримані знання для розвитку соціально-психологічної адаптації особистості.

Структура програми: передбачає проведення 8 занять тривалістю по 1,5 години кожне.

Учасники програми: учасниками є особи з залежністю від психоактивних речовин; тренінгова група налічує 10 осіб.

Місце проведення: м. Луцьк. Вул. Володимирська 72, ТОВ «Наркологічна клініка Луцьк».

Необхідне обладнання: бейджі, ручки, прості й кольорові олівці, аркуші формату А4, стікери, роздаткові матеріали, фарби та пензлі.

Програма психологічного тренінгу «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин» у розширеному вигляді представлена у Додатку Ж [15;19].

Таблиця 3.1

Тематичний план програми

№	Назва заняття	Структура заняття
1.	«Моя самооцінка»	<i>Мета:</i> Ознайомлення із поняттям «самооцінка» та його впливом на психологічне здоров'я та благополуччя людини, навчання навичкам формування здорової самооцінки, позитивного Я-образу, розвинути здорове та стабільне почуття власної гідності шляхом розвитку самосвідомості, самоприйняття та позитивного самосприйняття
		Вступне слово тренера
		Знайомство.
		Обговорення очікувань кожного учасника групи щодо результатів тренінгу
		Представлення основної мети програми «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин»

Продовж. табл.3.1

		Вправа «Прийняття правил»
--	--	---------------------------

		Міні лекція на тему: «Що таке самооцінка та її вплив на психологічне здоров'я та життя».
		Вправа «Моя візитна картка»
		Вправа «Образ впевненості»
		Вправа «Переклеювання ярликів»
		Вправа «Журнал позитивних якостей»
		Домашнє завдання
		Обговорення.
		Прощання
2.	«Самоповага, або що я вважаю у собі?»	<i>Мета:</i> Дослідити та зміцнити самооцінку, визначити та оцінити свою внутрішню цінність, особисті сильні сторони та цінності, сприяючи глибшому почуттю самоповаги та впевненості, практичне формування навичок здорової самооцінки та позитивного Я-образу
		Привітання
		Обговорення домашнього завдання
		Вправа «Ми з тобою схожі тим, що...»
		Міні лекція на тему: «Роль самоповаги у житті людини»
		Вправа «Адвокат та прокурор»
		Вправа «Я – великий майстер»
		Вправа «Я в майбутньому».
		Вправа «Я і мої кумири»
		Домашнє завдання
		Обговорення.
		Прощання
3.	«Як впоратись із надмірним почуттям провини?»	<i>Мета:</i> Навчитись ефективним стратегіям та інструментам для розуміння, управління та боротьби з надмірним почуттям провини, виховання емоційної стійкості, співчуття до себе
		Привітання
		Обговорення домашнього завдання
		Міні лекція на тему: «Роль почуття провини у її психологічний вплив на життя особистості»
		Вправа «Дискусія»
		Вправа «Почуття провини»
		Вправа «Я хороший, навіть якщо...»
		Вправа «Чорний квадрат»
		Домашнє завдання
		Обговорення.
		Прощання
4.	«Моя злість»	<i>Мета:</i> Розширити і поглибити суть понять «злість» та «агресія», розвиток умінь аналізувати стан злості, агресивності та обмежування проявів агресивної поведінки, навчитись розуміти, контролювати та трансформувати гнів і агресію в конструктивні емоції та поведінку, сприяючи емоційній регуляції, здоровішим стосункам і особистому благополуччю
		Привітання
		Обговорення домашнього завдання
		Міні лекція на тему: «Що таке злість, чим відрізняються злість та агресія, їх вплив на психологічне здоров'я та життя», Мозковий штурм.
		Вправа «Позитивно-негативно»
		Вправа «Зіпсований малюнок»

Продовж. табл.3.1

		Вправа «Усвідомлення кордонів»
--	--	--------------------------------

		Обговорення.
		Прощання
5.	«Скажи агресії «НІ!»»	<i>Мета:</i> Навчитись розуміти, контролювати та трансформувати агресію в конструктивні емоції та поведінку, сприяючи емоційній регуляції, здоровішим стосункам і особистому благополуччю, розвиток практичних навичок роботи із надмірними проявами злості та агресії, навичок тілесної та когнітивної рефлексії
		Привітання
		Обговорення домашнього завдання
		Мозковий штурм «Причини моєї агресії»
		Вправа «Тілесні техніки роботи із злістю та агресією»
		Вправа «Емоційний ланцюг»
		Вправа «Позитивне переоцінювання»
		Домашнє завдання
		Обговорення.
		Прощання
6.	«Соціальний інтелект»	<i>Мета:</i> Підвищення соціального інтелекту учасників шляхом розвитку їхньої здатності розуміти, орієнтуватися та ефективно реагувати на соціальні ситуації, сприяючи міцнішим стосункам, покращенню спілкування та більшій емоційній обізнаності
		Привітання
		Обговорення домашнього завдання
		Вправа «Нетрадиційне вітання»
		Групові вправа «Загадка»
		Міні лекція на тему: «Значення соціального інтелекту у житті».
		Вправа «Я-повідомлення»
		Вправа «Дискусія»
		Домашнє завдання
		Обговорення.
		Прощання
7.	«Ефективне неконфліктне спілкування»	<i>Мета:</i> Навчання навичкам та стратегіям, необхідними для ефективного неконфліктного спілкування, сприяння взаєморозумінню, співпраці та позитивним стосункам в особистому та професійному середовищі
		Привітання
		Обговорення домашнього завдання
		Вправа «Молекули»
		Міні лекція на тему: «Ефективне неконфліктне спілкування».
		Вправа «Активне слухання»
		Вправа «Компліменти»
		Вправа «Розповісти свою історію-проблему й попросити про допомогу»
		Обговорення.
		Прощання
8.	«Як знайти свій ресурс?»	<i>Мета:</i> Визначити та дослідити внутрішній ресурс особистості, навчитись справлятися із кризовими ситуаціями та знаходити вихід із них за допомогою власних зусиль, формування ресурсних станів.
		Привітання
		Міні лекція на тему: «Роль самоповаги у житті людини»
		Визначення власних ресурсів, тест BASIC Ph
		Техніка «Подушка безпеки»
		Обговорення. Прощання

цінка ефективності впровадженої психологічної програми «Формування

практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин»

Для оцінювання результативності впровадженої психологічної програми, спрямованої на формування практичних навичок соціально-психологічної порівняльний аналіз якісних та кількісних показників. Після завершення навчального етапу серед учасників програми проведено повторне діагностичне обстеження, результати якого вказують на виражену позитивну динаміку за більшістю досліджуваних параметрів.

З метою визначення прояву розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у учасників програми, аналогічно до попереднього етапу дослідження, застосовано «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)» та «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків або психоактивних речовин (DUDIT)». За отриманими результатами, відбувся поділ вибірки на групи, відповідно до прояву залежності.

Таблиця 3.2

Порівняльна характеристика прояву розладів пов'язаних із вживанням психоактивних речовин

Прояв розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин	Кількісні показники (%)	
	До формульовального експерименту	Після формульовального експерименту
Нетривала ремісія	-	20%
Наявна лише алкогольна залежність	50%	40%
Наявні залежність від наркотиків та алкоголю	30%	20%
Наявні надмірно високі показники залежності від наркотиків та алкоголю	20%	20%

У таблиці 3.2 представлено порівняльний аналіз отриманих результатів до та після формульовального експерименту. Дані свідчать про позитивну динаміку

змін після реалізації психологічної програми «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин». Зокрема, зафіксовано зменшення проявів розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Як видно з таблиці, після завершення програми 20% (2 із 10) респондентів досягли нетривалої ремісії, що свідчить про початок процесу стабілізації психоемоційного стану, формування навичок саморегуляції та усвідомлення власної відповідальності щодо тверезого способу життя.

Частка осіб із вираженою лише алкогольною залежністю знизилася з 50% до 40% (4 із 10 учасників програми), що може бути показником поступового зниження інтенсивності вживання та підвищення готовності до змін.

Аналогічна тенденція спостерігається і серед осіб із комбінованою залежністю від алкоголю та наркотиків – їх кількість зменшилася з 30% до 20% спрямованих на розвиток адаптивних копінг-стратегій, покращення емоційної регуляції та соціальної взаємодії.

Натомість, кількість учасників із надмірно високими показниками залежності залишилась такою ж – 20%, що свідчить про неефективність програми психологічного тренінгу для даної категорії осіб.

Загалом отримані результати демонструють позитивний вплив формувальної програми на динаміку змін серед осіб із залежністю: спостерігається тенденція до зменшення рівня залежності, підвищення здатності до саморегуляції та досягнення навіть короткотривалої ремісії. Це свідчить про поступове відновлення психологічної рівноваги та підвищення ефективності реабілітаційних впливів.

Оцінка ефективності формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації проводилась за допомогою методики «Дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда».

Таблиця 3.3

Порівняльна характеристика прояву компонентів соціально-психологічної адаптації

Компоненти соціально-психологічної адаптації	Кількісні показники (бали)	
	До формувального експерименту	Після формувального експерименту
Адаптивність	55,7	62,5
Самосприйняття	56,6	64,5
Прийняття інших	59,5	61,1
Емоційний комфорт	51,6	65,5
Інтернальність	59,5	52,1
Домінування	50,3	53,8
Ескапізм	18,9	11,4

Результати, подані у таблиці 3.3, відображають динаміку змін у розвитку основних компонентів соціально-психологічної адаптації осіб із залежністю від психоактивних речовин до та після впровадження психологічної програми «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин».

До формувального експерименту середнє значення за шкалою Після реалізації програми показник підвищився до 62,5 бала, що відповідає високому рівню адаптованості. Це свідчить про покращення здатності учасників пристосовуватись до соціального середовища, більш ефективно взаємодіяти з оточенням і долати труднощі соціальної інтеграції.

Самосприйняття». Середній показник зріс із 56,6 до 64,5 бала, тобто з середнього до високого рівня. Це свідчить про підвищення рівня самоприйняття, формування позитивнішого ставлення до себе, зростання віри у власні можливості та зменшення внутрішньої тривожності, що є важливим чинником у процесі реабілітації.

До програми показник «Прийняття інших» становив 59,5 бала, тобто знаходився на межі середнього рівня, тоді як після програми зріс до 61,1 бала (високий рівень). Отже, спостерігається покращення у міжособистісному сприйнятті, більшій толерантності, відкритості до соціальних контактів і зниженні недовіри до оточення.

Найбільш значущі зміни спостерігаються саме за показником «Емоційний комфорт»: від 51,6 бала (середній рівень) до 65,5 бала (високий рівень). Це свідчить про суттєве зниження внутрішньої напруги, тривожності, дратівливості, а також про відновлення емоційної рівноваги та стабільності.

Інтернальність (внутрішній контроль)». На початку дослідження показник складав 59,5 бала (середній рівень), після впровадження програми він знизився до 52,1 бала, залишаючись у межах середнього рівня. Незначне зниження може свідчити про перехід до більш збалансованого сприйняття контролю над власним життям – тобто зниження віри впливу зовнішніх факторів та прийняття власного контролю як частини соціальної взаємодії.

Показник «Домінування» підвищився з 50,3 до 53,8 бала, що також залишається в межах середнього рівня. Це відображає помірне посилення впевненості в собі, ініціативності та здатності брати відповідальність у соціальних взаємодіях без схильності до надмірного тиску на інших.

Ескапізм (схильність до уникнення труднощів)». Після реалізації програми цей показник знизився з 18,9 до 11,4 бала, що свідчить про суттєве зменшення тенденцій до психологічного відходу від реальності, уникання проблем і залежної поведінки. Така динаміка відображає ефективність формувальної програми у підвищенні відповідальності, самоконтролю та готовності до конструктивного вирішення життєвих ситуацій.

Узагальнюючи, результати показують стійку позитивну динаміку у більшості компонентів соціально-психологічної адаптації після впровадження програми. Найвираженіші покращення зафіксовані у показниках емоційного комфорту, самосприйняття та адаптивності, що свідчить про зростання внутрішньої стабільності, самоусвідомлення та гармонізацію соціальних

відносин. Загалом отримані дані підтверджують ефективність формувальної програми, спрямованої на розвиток практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин.

Профілактика розладів пов'язаних із вживанням психоактивних речовин

Первинна профілактика вживання психоактивних речовин включає: підвищення обізнаності та критичного мислення, формування знань про механізм дії ПАР, ризики для здоров'я, психіки та соціального життя. Акцент – не на залякуванні, а на розвитку здатності критично оцінювати інформацію, протидіяти тиску однолітків і медіа.

розвиток емоційної компетентності, навчання навичкам саморегуляції, розпізнавання й конструктивного вираження емоцій (через арттерапію, тілесно-орієнтовані практики, техніки усвідомленості). Це знижує потребу у «хімічному» способі зняття напруги.

формування навичок подолання стресу (копінг-стратегій). Навчати молодь методам зниження тривожності: дихальні техніки, фізична активність, планування часу, баланс відпочинку й навчання. Стресостійкість – головний фактор профілактики.

підтримка позитивної самооцінки й ідентичності. Люди з високим рівнем самоповаги рідше звертаються до ПАР як способу саморегуляції. Варто створювати умови для успіху, соціального визнання, участі в спільнотах.

залучення до здорових форм дозвілля. Альтернатива вживанню – участь у спорті, волонтерстві, творчих або навчальних гуртках. Це розширює коло спілкування й зміцнює соціальні зв'язки.

Вторинна профілактика (для груп ризику):

рання діагностика і консультування, виявлення перших ознак ризикованої поведінки (часте вживання алкоголю, ізоляція, емоційна нестабільність) через шкільних психологів, студентські служби або лікарів первинної ланки.

індивідуальна психологічна підтримка: когнітивно-поведінкові методи, мотиваційне інтерв'ювання, коучинг змін допомагають усвідомити власні установки та сформувати внутрішню мотивацію до здорової поведінки.

сихосоціалізація для сім'ї – сім'я має бути партнером у профілактиці. Психологи навчають батьків навичкам емоційної підтримки, конструктивного спілкування, розпізнавання тривожних сигналів.

групи підтримки та рівне-рівному навчання, молодіжні програми, де учасники діляться досвідом подолання стресу без ПАР, мають високий профілактичний ефект.

Третинна профілактика (для осіб, які вже мають досвід вживання):

комплексна реабілітація – поєднання медикаментозної підтримки, психотерапії (СВТ, мотиваційне інтерв'ювання), групових програм і соціальної ресоціалізації. Підтримка після реабілітації, програми «післяпрограми супроводу» (aftercare): групи взаємодопомоги, соціальний працівник-наставник, працевлаштування, допомога з житлом.

індивідуальна психотерапія – робота з особистими тригерами, травмами, самооцінкою. Терапевт допомагає людині вибудувати нову систему цінностей і відновити почуття контролю над життям.

залучення сім'ї та спільноти – ресоціалізація ефективна лише тоді, коли родина та соціальне оточення навчаються підтримувати тверезість і конструктивну взаємодію.

Профілактика порушень соціально-психологічної адаптації

розвиток соціальних навичок – тренінги асертивності, комунікації, розв'язання конфліктів і навичок співпраці сприяють гармонійній інтеграції в соціум.

підтримка соціальної включеності – важливо запобігати соціальній ізоляції: залучати людей до спільних справ, волонтерства, навчальних проєктів, місцевих ініціатив. Соціальні зв'язки зменшують ризик дезадаптації.

профілактика професійного вигорання – для студентів, медиків, психологів та інших допомагаючих професій варто впроваджувати програми розвитку емоційної стійкості, саморефлексії, навичок відновлення ресурсу.

робота з травматичним досвідом – невирішені психічні травми часто лежать в основі залежної поведінки та соціальної дезадаптації. Варто створювати доступ до психотерапевтичних послуг, кризових центрів, консультативних служб.

ідтримка під час кризових переходів – періоди змін (вступ до ВНЗ, початок роботи, демобілізація, втрата близьких) потребують цілеспрямованої психологічної допомоги. Своєчасне втручання знижує ризик втечі у вживання або соціальну ізоляцію.

Профілактика розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та проблем соціально-психологічної адаптації – це не лише інформування про шкоду, а створення умов для розвитку внутрішніх ресурсів людини: стресостійкості, емоційної зрілості, позитивних соціальних зв'язків і життєвих навичок. Ефективна профілактика базується на принципах комплексності, партнерства, довіри й системного супроводу.

ВИСНОВКИ

Проведене нами теоретико-емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин дало змогу встановити наступне:

1. В ході здійсненого теоретико-методологічного аналізу феномену було проаналізовано наукову літературу: з питань особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин, розглянуто відмінності у їх проявів залежно від гендеру, віку та видів психічних розладів пов'язаних із ПАР (таких як алкоголь та наркотичні засоби), розкрито сутності понять адаптація, соціально-психологічна адаптація, адикція, адиктивна поведінка, залежність, розлади пов'язані із вживанням ПАР, психічна, фізична, алкогольна та наркотична залежності.

Таким чином, соціально-психологічна адаптація у осіб із залежною поведінкою міцно пов'язана із факторами розвитку адиктивної поведінки, такими як соціальні, індивідуально-психологічні, індивідуально-біологічні та особливостями психосоціальної характеристики адиктивної поведінки, що проявляються у таких сферах її життя як поведінкова, адиктивна (емоційна), мотиваційна, інтелектуальна, а також міжособистісних стосунках.

Разом із узалежненням основне у поведінці адиктивної особистості – прагнення відійти від реальності, наявність неадекватних копінг-стратегій задля зняття психологічної напруги, нестабільна неадекватна самооцінка, проблеми із встановленням стосунків, фрустрація, агресивність, ворожість, страх відповідальності, егоцентризм, соціальна тривожність, почуття самотності, невміння відстоювати особисті кордони, залежність від схвалення з боку суспільства, знижене почуття власної гідності, загострене почуття провини з бажанням його перекласти на інших, маніпулятивність, брехливість, та перфекціонізм.

2. Підібрано психодіагностичний інструментарій, методики діагностики виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та

наркотиків, дослідження соціально-психологічної адаптації, самооцінки, оцінки рівня та форм вираження агресії, дратівливості, негативізму, почуття провини, образи, схильності до підозр та ворожості («Методика дослідження соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерса – Р. Даймонда), «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)», «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків (DUDIT)», «Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса – А. Даркі), Методика «Шкала самооцінки» (М. Розенберга).

3. Задля виявлення наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю було використано методику «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)». У ході дослідження виявлено, що у 16,1% опитуваних присутні симптоми, що вказують на небезпечне або шкідливе вживання алкоголю; у 19,2% опитуваних ймовірна алкогольна залежність; а у 48,4% наявна важка алкогольна залежність. Алкогольна залежність – це стійкий нейропсихіатричний стан, що характеризується неконтрольованим бажанням вживати алкогольні напої, а також психічною та фізичною залежністю від етанолу.

У своїй роботі ми використали «Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків або психоактивних речовин (DUDIT)». Кількість осіб із небезпечним або шкідливим вживанням та ймовірною залежністю від наркотиків або ПАР у двох групах становить по 16,1%. Залежність від наркотичних або психоактивних речовин – це тривалий, рецидивуючий неврологічний розлад, що характеризується компульсивним прагненням та вживанням психоактивних препаратів, навіть за умови негативних наслідків.

Для дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин важливим етапом є виявлення особистісних характеристик, що мають визначальний вплив на функціонування особистості. Одним із ключових чинників у цьому контексті виступає самооцінка. Її дослідження здійснювалося за допомогою методики «Шкала самооцінки» (М. Розенберга). Аналіз даних показав, що у 88% учасників

виявлено середній рівень самооцінки, тоді як у 12% респондентів – помірний рівень її прояву. Тобто, результати більшості респондентів відображають збалансоване та загалом стабільне відчуття власної гідності. Особи цієї категорії, як правило, здатні до точної самооцінки, визнаючи як сильні сторони, так і обмеження, та часто проявляють надмірну критичність до себе, особливо у стресових ситуаціях; можуть демонструвати ознаки невпевненості, підвищеної потреби в схваленні та труднощів із самоствердженням, особливо в оціночних або стресових ситуаціях. Хоча це не так сильно впливає на них, як на тих, хто має низьку самооцінку, ці особи залишаються вразливими до стресу та сумнівів у собі і також схильні до дезадаптивних стратегій подолання.

Другим фактором у вивченні та розуміння соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин ми вбачаємо наявність та прояви агресивності та його переживанні особистістю. Визначення прояву агресивності у дослідженні відбувалося за допомогою методики «Опитувальник рівня агресивності А. Басса – А. Даркі». Більшість респондентів демонструють соціально прийнятний рівень агресії та здатні контролювати свої імпульси, значна частина вибірки виявляє схильність до вербальної та фізичної агресії, дратівливості та інтерналізованої провини. Поширеність вербальної (52%) та фізичної (42%) агресії свідчить про те, що багато респондентів можуть мати труднощі з конструктивною емоційною регуляцією та часто виражати гнів через імпульсивну або конфронтаційну поведінку. Тим часом високі показники непрямої агресії (32%) та дратівливості (39%) відображають наявність пасивно-агресивних реакцій та емоційної нестабільності в міжособистісному спілкуванні. Відносно висока частка учасників також демонструє підозру (29%), образу (29%) та негативізм (23%), що вказує на захисні установки та знижену довіру до інших. Особливо високий відсоток респондентів з почуттям провини (74%) свідчить про те, що агресія часто спрямована всередину, проявляючись як самокритика, самозвинувачення та емоційна напруга, що може підвищувати вразливість до депресивних переживань. Загалом, хоча більшість респондентів зберігають контроль над поведінкою та демонструють адаптивне соціальне функціонування,

поєднання зовнішньої та внутрішньої агресії формує змішаний емоційний профіль, що характеризується пригніченим гнівом, внутрішнім дискомфортом та напруженими міжособистісними стосунками.

Соціально-психологічна адаптація є основним об'єктом нашого дослідження, а також дає змогу повноцінно поглянути на особливості виникнення та протікання розладів пов'язаних із вживання психотропних речовин для її дослідження ми використали методiku «Дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда». Згідно отриманих результатів, особи із залежністю від психоактивних речовин характеризуються низьким самоприйняттям, емоційним дискомфортом та схильністю уникати проблем, а не протистояти їм. Вони часто демонструють низьку адаптивність, недовіру до інших та труднощі у встановленні близьких стосунків. Також спостерігається знижене почуття особистого контролю та відповідальності, поряд з емоційним пригніченням та внутрішнім конфліктом. Ці риси відображають дезадаптивну модель подолання труднощів та соціальної взаємодії, що сприяє розвитку та збереженню залежної поведінки.

Порівняння отриманих результатів між чоловіками та жінками, дало змогу виявити наступне:

- Результати свідчать про високу поширеність тяжкої алкогольної залежності серед обох статей, але водночас висвітлюють відмінності у структурі менших проявів залежності; більшість людей, незалежно від статі, не мають очевидних проблем з наркотиками чи їх вживанням, але існують значні гендерні відмінності в структурі ризику. Жінки частіше проявляють проблемне вживання без розвитку залежності, тоді як чоловіки частіше розвивають тяжкі форми залежності.

- Середній рівень самооцінки домінує в обох групах, але у чоловіків він виражений набагато чіткіше та майже не має відхилень. Жінки характеризуються більшою варіабельністю у сприйнятті власної цінності, що може бути пов'язано з емоційними факторами або соціальними очікуваннями. Чоловіки демонструють більш стабільну та впевнену самооцінку, тоді як жінки

мають ширший діапазон самосприйняття, що вимагає глибшого психологічного аналізу та індивідуального підходу у підтримці їхнього емоційного благополуччя.

– Результати показують, що чоловіки демонструють вищий рівень агресії майже за всіма показниками. Найбільші відмінності спостерігаються у фізичній та вербальній агресії – чоловіки набагато частіше проявляють відкриті та активні форми агресії, що характеризуються прямим вираженням негативних емоцій назовні. Вищі показники у чоловіків також спостерігаються в непрямій агресії, дратівливості, негативізмі та образі, що вказує на більшу схильність до зовнішніх та поведінкових проявів агресії. Жінки, навпаки, демонструють дещо інший тип реакції – у них вищі показники схильності до підозри та почуття провини. Це може свідчити про сильнішу емоційну рефлексію, схильність до внутрішнього переживання негативних емоцій та самокритики. Тому агресія у жінок є більш внутрішньою, емоційно забарвленою, ніж відкритою та поведінковою.

– Підсумовуючи результати, можна зробити висновок, що жінки демонструють більш розвинену соціальну чутливість, здатність приймати інших, гнучкість у спілкуванні, високу адаптивність та внутрішній контроль. Чоловіки характеризуються вищим рівнем емоційної стабільності, впевненості в собі та прагнення до домінування. Обидві групи демонструють досить високий рівень соціально-психологічної адаптивності, але з різним акцентом: у жінок вона має більше гуманістично-комунікативний характер, тоді як у чоловіків – раціонально-поведінковий.

4. Кореляційний аналіз підтверджує взаємозв'язок між соціально-психологічною дезадаптацією та вираженістю залежної поведінки, де провідну роль відіграють негативно-емоційні установки, низька толерантність до стресу та порушення саморегуляції. Отримані результати свідчать, що в осіб із залежністю як від алкоголю, так і від наркотичних речовин домінують деструктивні соціально-психологічні риси: негативізм, недовіра, ворожість, низька адаптивність, емоційна нестійкість та тенденція до уникання труднощів.

Водночас спостерігається зниження рівня самооцінки, самоприйняття та емоційного комфорту, що вказує на глибокі внутрішньо-особистісні суперечності.

озроблено та апробовано програму психологічного тренінгу «Формування практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин». Узагальнюючи, результати показують стійку позитивну динаміку у більшості компонентів соціально-психологічної адаптації після впровадження програми. Найвираженіші покращення зафіксовані у показниках емоційного комфорту, самосприйняття та адаптивності, що свідчить про зростання внутрішньої стабільності, самоусвідомлення та гармонізацію соціальних відносин. Загалом отримані дані підтверджують ефективність формувальної програми, спрямованої на розвиток практичних навичок соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психоактивних речовин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- гаєв Н., Кокун О., Пішко І., Лозінська Н., Остапчук В., Ткаченко В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ. НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 234
- гулова О. О. Психологічні особливості адиктивної особистості. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2013. Вип. 46(2). С. 14-21.
- диктологія: навч. посіб. для лікарів наркологів, психіатрів, заг. практики – сімейна медицина та лікарів-інтернів / за ред. проф. Л. М. Юр'євої, Л. Н. Юр'єва. 2-ге вид перероб. і доповн. Дніпро, 2018. 185 с.
- л
- к
- дажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2014. № 1. С. 234–242.
- митрієва С., Король Л., Максимець С., Бутузова Л., Дубравська Н., Мачушник О., Сидоренко Н. Особистість: практичні засади вивчення. навчально-методичний посібник. Житомир, 2011. С. 378
- нґайло Н. Психологічні особливості соціальної адаптації студентів першокурсників. *Молодь і ринок*. 2012. №3 (86). С.26-31.
- нґтєві домагання особистості: кол. монографія/ Титаренко Т.М., Лебединська І.В., Алікіна Н.В. та ін. Київ: Педагогічна Думка, 2007. 453 с
- нґк С.М. Вплив емоційних факторів на соціально – психічну адаптацію підлітків. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. №3. С.56–58.
- нґбченко Н. М. Психологічні чинники розвитку у підлітків схильності до адиктивної поведінки. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра спеціальності «Психологія». Державний університет «Київський авіаційний інститут» Київ, 2024. 93 с.

т

ь

:

ачанова Ю. В. Агресивність та агресія як соціологічні категорії. *Наукові праці. Сер.: Соціологія*. Т. 146, Вип. 133, 2010. С. 50-54.

оробка Л. М. Соціально-психологічна адаптація спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту: теоретичні засади дослідження. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4. С. 76-82

агдисюк Л., Мельник А. Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк. Вежа-Друк, 2021. 100 с.

агдисюк Л., Федоренко Р. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк. Вежа-Друк, 2020. 332 с.

агдисюк Л., Федоренко Р. Основи психологічного консультування : навчальний посібник. Луцьк. Вежа-Друк, 2022. 360 с.

агдисюк Л., Федоренко Р. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк. Вежа-Друк, 2023. 292 с.

акаренко П. В. Психологічні особливості ворожості у професійному спілкуванні працівників ОВС. *Вісник Національного університету оборони України*. 3 (28), 2012. С. 212-215

єдичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: Метод. реком. Швець А.В., Хорошун Е.М., Коваль О.В., Лук'янчук І.А., Чайковский А.Р. К., 2016. 59 с.

етодичний посібник для фахівців, які впроваджують типову програму для кривдників: Збірник практичних матеріалів. Київ, 2020. 132с.

остова Т Д. Психологія адиктивної поведінки: методичний посібник для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності «Психологія». Одеса: Астропринт, 2022. 67с.

удрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.

ушкевич М. І. Поняття супроводу у сучасній психологічній науці. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. Київ, 2011. Т. XIII, серія 1. С. 287–294.

ушкевич М. І., Федоренко Р. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Психологія молодшої сім'ї : монографія. Луцьк. Вежа-Друк, 2018. 235 с.

анов М. С., Бочелюк В.Й., Сільченко Є.О. Соціально-психологічна адаптація особистості: дослідження феномену. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики*. Праць. Київ: ПВТП «LAT&K», 2021. Ч. II. 139 с.

одольська Е.А. Методологія наукових досліджень: термін. словник. Харків: НУА, 2016. 124 с

риходько Д. П. Особливості адиктивної поведінки та форми її прояву у осіб ранньої зрілості. Кваліфікаційна робота. Харків, 2023. 58 с.

ушкар В. А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів, 2010. 84 с.

афронова Л. М. Соціально-педагогічні умови профілактики адиктивної поведінки підлітків. Кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2023, 81 с.

емиченко В.А., Зубченко Н.М. Зовнішня і внутрішня детермінація виникнення залежності у підлітків. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія*. 2023. Вип. 1(22). С. 144-153

околовська Н. В. Адиктивна поведінка українців як спосіб адаптації до умов війни : Магістерська робота. Чернівці, 2022. 70 с.

оціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу: метод. рек. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. Психології / за наук. ред. Т. М. Титаренко. Київ: Міленіум, 2010. 84с

е

с

ґачишина О. Р. Соціально-психологічні особливості студентів – майбутніх фахівців з комп'ютерних технологій. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. Чернігів: ЧДПУ, 2005. №31. Т.3. С. 118-122.

рофимчук В. В. Теоретичний аналіз феномену «агресивність особистості».

в

и

з

Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». № 1 (13), 2018. С. 184-

країнський ін-т когнітивно-поведінкової терапії. Шкала самооцінки (Розенберга). *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії.*

естопап Є. О. Визначення засобів організації соціального супроводу сімей, члени яких мають алкогольну залежність : Кваліфікаційна робота. Суми, 2020. 65 с.

мига Б., Магдисюк Л. Особливості соціально-психологічної адаптації у осіб із залежністю від психотропних речовин. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості.* Луцьк. Вежа-Друк, 2025. С.

– 2023

, 46, 2009. P. 309–313

Łaguna, M. Samoocena i jej pomiar. Skala samooceny SES M. Rosenberga. Warszawa:

. A. Petra Vondráčková. Addictive behaviour on the internet. Thesis. Brno, 2012, 142

róz B., Dąbrowska M. Hierarchy of values, Self-esteem and life satisfaction In the

. Issue 9. P. 178–185

a T. A., Morozovaa L. B., Kochnevaa E. M., Zharovaa D. V., Skitnevskayaa L. V., Kostinab O. A. The Problem of Socio-Psychological Adjustment of Personality in the Scientists' Studies. *International journal of environmental & science education* 2016,