

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Особистісні особливості алкозалежних учасників груп 12
кроків**

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 212
спеціальності 053 Психологія

освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Ласкава Олена Євгенівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

К. ПСИХОЛ. Н., ДОЦ.

(наукова ступінь, вчене звання)

Крайніков Едуард Владиславович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д. психол. н., с. н. с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ.....	9
1.1. Феномен адикції.....	9
1.2. Алкоголь як психоактивна речовина.....	17
1.3. Особливості адиктивної особистості.....	23
Висновки до 1-го розділу.....	32
Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АЛКОЗАЛЕЖНИХ УЧАСНИКІВ ГРУП КРОКІВ.....	35
2.1. Підходи до дослідження адиктивних особистостей.....	35
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження.....	40
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних.....	42
Висновки до 2-го розділу.....	63
РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЕДУКАЦІЇ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ.....	65
3.1. Підходи до психологічної роботи з алкозалежними особами.....	65
3.2. Програма психоедукації.....	72
Висновки до 3-го розділу.....	77
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

Аналіз наукових праць [6; 7; 5; 2], сучасної соціальної ситуації визначає **актуальність** проблеми поширення адиктивної поведінки. Дослідження алкогольної залежності в Україні є актуальними з кількох причин:

Здоров'я населення: Алкогольна залежність негативно впливає на здоров'я людей, спричиняючи безліч хронічних захворювань, включно з цирозом печінки, панкреатитом, серцево-судинними захворюваннями і раком. Дослідження в цій галузі можуть допомогти визначити причини виникнення залежності та розробити методи запобігання і лікування.

Вживання алкоголю – масове явище, пов'язане з такими соціальними категоріями, як традиції та звичаї, з одного боку, і громадська думка і мода, з іншого. Також споживання алкоголю пов'язане з психологічною особливістю особистості, відношенню до алкоголю як до “ліків”, зігріваючим напоям і т.п. [16, с.24]

Соціальні наслідки: Алкогольна залежність також веде до соціальних проблем, таких як насильство, руйнування сімей, безробіття і злочинність. Дослідження дадуть змогу розробити заходи для зниження негативного впливу алкоголізму на суспільство.

Економічні наслідки: Алкогольна залежність обходиться дорого як для держави, так і для індивідів. Витрати на лікування, втрату працездатності та зниження продуктивності праці збільшують економічне навантаження на країну. Дослідження в цій галузі можуть сприяти розробці стратегій, спрямованих на зниження економічних втрат.

Політика і законодавство: Результати досліджень алкогольної залежності можуть слугувати основою для розроблення ефективних

законодавчих заходів і політичних стратегій у сфері контролю за алкоголем і запобігання алкоголізму.

Міжнародне співробітництво: Україна, як і багато інших країн, стикається з проблемою алкогольної залежності. Дослідження в цій галузі можуть сприяти міжнародному співробітництву та обміну досвідом у боротьбі з алкоголізмом.

Загалом, актуальність досліджень алкогольної залежності в Україні зумовлена необхідністю розв'язання проблеми на множинних рівнях: здоров'я населення, соціальні та економічні наслідки, а також розробка політичних і законодавчих заходів:

Освіта та профілактика: Проведення досліджень алкогольної залежності допоможе розробити ефективні програми освіти та профілактики для різних вікових груп. Це включає інформування підлітків та молоді про ризики алкогольного споживання, а також проведення заходів, спрямованих на формування здорового способу життя та відмову від вживання алкоголю.

Психологічна підтримка та реабілітація: Дослідження алкогольної залежності допоможуть поліпшити систему психологічної підтримки та реабілітації для людей, які страждають від алкоголізму. Це може включати створення центрів для допомоги в боротьбі з алкоголізмом, навчання фахівців у даній галузі та надання доступу до ресурсів і послуг, спрямованих на відновлення здоров'я і соціальної адаптації.

Інновації в лікуванні: Дослідження алкогольної залежності також можуть сприяти розробці нових та інноваційних підходів до лікування алкоголізму. Це може включати застосування передових технологій і методів, таких як телемедицина, віртуальна реальність, а також розробка нових фармацевтичних препаратів і терапій.

Зниження стигми: Дослідження алкогольної залежності можуть допомогти знизити стигму, пов'язану з алкоголізмом, шляхом поширення

інформації про хворобу та її причини. Це може підвищити рівень соціальної підтримки для людей, які страждають від алкоголізму, і сприяти успішному процесу реабілітації.

Підвищення суспільного усвідомлення: Дослідження в даній галузі можуть сприяти формуванню культури відповідального ставлення до алкоголю і підвищенню суспільного усвідомлення про проблему алкогольної залежності. Це, своєю чергою, допоможе мобілізувати суспільство для протидії алкоголізму та його наслідкам на різних рівнях.

Насамкінець, дослідження алкогольної залежності в Україні є актуальними та важливими для забезпечення здоров'я населення, соціального благополуччя та економічного розвитку країни. Результати таких досліджень можуть сприяти розробці багатоаспектних стратегій, спрямованих на боротьбу з алкоголізмом та його наслідками, включно з профілактичними заходами, підтримкою та реабілітацією людей, які страждають на алкогольну залежність, а також формуванням політики та законодавства в цій галузі. Разом з цим, дослідження можуть сприяти міжнародному співробітництву, обміну досвідом і знаннями про проблему алкогольної залежності та шляхи її вирішення на глобальному рівні.

За останні десять років безліч дослідників вивчали соціально-психологічні аспекти життя хворих на алкоголізм, ось деякі відомі дослідники та їхні роботи, які варто відзначити:

Е.В Крайніков, Є.М Прокопович проаналізували особливості адиктивної особистості[28]

Мудрик А. Б. визначав сам термін “девіантна поведінка” та близькі до нього поняття, які використовуються в науці: “поведінка, що відхиляється від норми”, “проблемна поведінка”, “ризикована”, “ненормальна” тощо.[2]

Nora D. Volkow, M.D. – директор Національного інституту зловживання наркотиками (NIDA) у США. Вона вивчає механізми

виникнення залежності та її вплив на соціальні та психологічні аспекти життя людей. Разом із колегами вона опублікувала безліч статей на цю тему.

Мозгова Г.П. акцентує увагу на соціальних і психологічних факторах розвитку алкоголізму та адиктивної поведінки.

Thomas F. Vabor, Ph.D., M.P.H. – професор психології в Університеті Коннектикут і експерт із проблем алкоголю та наркотиків. Він вивчає соціально-психологічні аспекти алкоголізму та адиктивної поведінки, включно з роллю соціальних норм, сім'ї та навколишнього середовища.

Kathleen M. Carroll, Ph.D. – професор психіатрії в Університеті Єль. Її дослідження зосереджені на розробці та оцінці психосоціальних підходів до лікування алкогольної та наркотичної залежності.

John F. Kelly, Ph.D. – професор психіатрії в Гарвардській медичній школі та засновник і директор Массачусетського центру з вивчення адиктивної поведінки. Його роботи присвячені соціально-психологічним аспектам реабілітації людей з алкогольною залежністю та іншими формами адикції.

Існують українські автори, які також займаються вивченням соціально-психологічних аспектів життя хворих на алкоголізм:

Гавенко В.Л., Бітенський В.С. підіймали питання про те, що в Україні ще не створено підручника з психіатрії та наркології, рекомендованого для підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, що відповідає новим планам підготовки лікарів та новій типовій програмі з дисципліни “Психіатрія, наркологія”, яка ґрунтується на принципах Європейської кредитно-трансферної системи (ECT5).

Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю. висвітлюють питання про те, що основою виникнення і розвитку адиктивної поведінки є прагнення змінити психічний стан, який дискомфортний для індивіда. Дослідження стосується особливостей проявів адиктивної поведінки студентів.

Ханецька Т.І. – кандидат психологічних наук, доцент . Її дослідження стосуються питань алкогольної залежності, психології здоров'я та профілактики адиктивної поведінки та професійних деструкцій.

Дьоміна Г.А. – кандидат психологічних наук, доцент. Її роботи присвячені проблемі психокорекції uzалежнених форм поведінки.

Наявні на сьогодні роботи досить фрагментарні з точки зору системного підходу і розглядають соціально-психологічні чинники цієї проблеми в контексті завдання медичного, психологічного чи соціологічного підходів або зосереджуються на окремих соціально-психологічних моментах. Таким чином, існує протиріччя між потребою практики в науково обґрунтованих рекомендаціях щодо профілактики алкоголізму та соціально-психологічної адаптації та реабілітації алкоголіків та недостатньою науковою опрацьованістю цієї теми. Це протиріччя породжує таку дослідницьку проблему: які психологічні та соціально-психологічні механізми зміни способу життя алкоголіків?

Виходячи з проблеми, ми визначили тему дослідження: “особистості особливості алкозалежних учасників груп 12 кроків”.

Об'єкт дослідження – феномен алкозалежності.

Предмет дослідження – особистості особливості алкозалежних учасників груп 12 кроків.

Мета дослідження: дослідити особистості особливості алкозалежних учасників груп 12 кроків.

Виходячи з поставленої мети, до роботи сформульовано наступні **завдання:**

1. Проаналізувати наукову літературу з обраної тематики;
2. Організувати та провести емпіричне дослідження;
3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані дані;
4. Розробити та апробувати програму психологічної інтервенції на

базі програми 12 кроків.

Для досягнення поставлених завдань нами було застосовано такі **методи:**

1. Теоретичний- аналіз наукової літератури.

2. Ємпіричний- психодіагностичне дослідження: під час ємпіричного дослідження нами застосовувалися наступні методики:

- тест на алкоголізм Університету штату Мичиган (MAST);
- тест на локус контролю Роттера;
- п'ятифакторний опитувальник особистості 5 PFQ в адаптації А.Б. Хромова;
- методика “Ціннісні орієнтації” Рокича.
- опитувальник самовідношення (розроблено В.В. Століним С. Р. Пантелєєвим).

Також у ході дослідження застосовувалася соціально-анамнестична анкета, яка допомогла визначити ключові характеристики, які притаманні людям, які страждають на алкогольну залежність.

3. Математико-статистична обробка даних.

4. Психологічна інтервенція.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ

1.1. Феномен адикції

Адикція, або залежність, часто розглядається як форма патологічної поведінки. Це поведінка, яка відхиляється від соціально прийнятної або очікуваної і призводить до значної шкоди для індивіда. Різними авторами адикції відносяться до obsесивно-компульсивних розладів, розладів продуктивного спектру, зіставляються з сутінковим розладом свідомості і т. д. Поряд авторів вбачають як стійку (до 60%) коморбідність адиктивних розладів як між собою, так і з іншими психічними розладами (афективними, obsесивно-компульсивними і т.д.). В цілому, адикції умовно можна розділити на “хімічні” (субстанціональні) – визвані також фізичною залежністю поведінкові залежності (несубстанціональні, психологічні)[12].

Основою оцінки девіантної поведінки людини є аналіз її взаємодії з реальністю, тому що головний принцип норми – адаптивність – виходить із пристосування до чогось або когось, тобто до реального оточення індивіда. Взаємодія індивіда з реальністю має 5 ключових характеристик:[1]

Компульсивність: Адиктивна поведінка часто характеризується повторюваною і частою поведінкою, яка виходить з-під контролю. Індивід може відчувати непереборне бажання використовувати речовину або займатися поведінкою, навіть коли він розуміє її шкідливі наслідки.[9]

Компульсивність, як ключовий аспект адиктивної поведінки. Цей термін зазвичай описує дії, які здаються непереборними, неконтрольованими та часто повторюються, незважаючи на негативні наслідки.

Компульсивність у контексті адикції може проявлятися у вигляді непереборного бажання вживати речовини або займатися певною поведінкою, як-от азартні ігри, їжа або секс. Це може відбуватися, навіть коли індивід усвідомлює шкідливі наслідки своєї поведінки. З плином часу,

ця поведінка може стати автоматичною, з усвідомленням, що вона шкідлива, але водночас складною для зупинки.

Нейробіологічно, компульсивність часто пов'язують із дисфункцією в певних ділянках мозку, включно з базальними гангліями та префронтальною корою, що пов'язані з управлінням поведінкою, рішенням і плануванням. Дослідження показали, що ці ділянки мозку можуть бути змінені у людей з аддикцією, можливо, внаслідок тривалого вживання речовин або адиктивної поведінки.[11, с. 3].

Крім цього, компульсивність може також бути пов'язана зі станами, такими як тривога або депресія, і може бути способом впоратися з ними. Проте цей підхід до впорання зазвичай виявляється контрпродуктивним, оскільки адиктивна поведінка зрештою може посилити ці стани.

Розуміння компульсивності як аспекту адиктивної поведінки важливе для розроблення ефективних стратегій лікування, включно з когнітивно-поведінковою терапією, яка може допомогти людям вчитися керувати або змінювати свою поведінку.

Продовження попри негативні наслідки: Адиктивна поведінка зазвичай триває, незважаючи на серйозні негативні наслідки, як-от здоров'я, стосунки, робота чи освіта. Це свідчить про те, що адиктивна поведінка стала важливішою для індивіда, ніж його благополуччя.

Продовження поведінки попри негативні наслідки – це важливий аспект адиктивної поведінки. Індивідууми, які страждають від адикції, можуть продовжувати вживати речовини або займатися адиктивною поведінкою, навіть якщо вони усвідомлюють, що це спричиняє фізичну, психічну, соціальну або економічну шкоду.

Ця поведінка може бути пов'язана з кількома факторами, включно зі змінами в мозку, спричиненими тривалим вживанням речовин. Деякі з цих змін можуть включати зменшення чутливості до нагород, підвищення чутливості до покарання та збільшення реакції на стрес, що може

призвести до збільшення вживання речовини в спробі уникати неприємних почуттів або ситуацій.

Продовження поведінки попри негативні наслідки також може бути пов'язане із запереченням або спотворенням сприйняття. Наприклад, індивід може заперечувати серйозність своєї поведінки або її наслідків, звинувачувати інших за свої проблеми, або переоцінювати свою здатність контролювати свою поведінку.[5; 2]

Робота над цим аспектом адикції зазвичай є важливою частиною процесу відновлення. Когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ю та інші підходи до лікування можуть допомогти людям визнати і подолати цю рису адиктивної поведінки.

Толерантність та абстиненція: За адикції часто спостерігаються симптоми толерантності (вимагається дедалі більше речовини або поведінки для досягнення бажаного ефекту) та абстиненції (фізичний або психологічний дискомфортний стан під час припинення використання речовини або поведінки).[5]

Втрата контролю: Індивіди, які страждають від адикції, часто відчують втрату контролю над своєю поведінкою. Вони можуть витратити більше часу, ніж планували, на використання речовини або заняття поведінкою, або не можуть скоротити чи припинити цю поведінку, незважаючи на бажання це зробити.

Розуміння адикції як форми патологічної поведінки допомагає в діагностиці та лікуванні. Це також допомагає позначити адикцію як серйозну проблему громадської охорони здоров'я, що вимагає всеосяжних стратегій запобігання та втручання.

Толерантність і абстинентний синдром є двома ключовими характеристиками адиктивної поведінки, особливо в контексті залежності від речовин.

Толерантність – це стан, за якого після тривалого вживання речовини потрібна дедалі більша і більша її доза для досягнення початкового ефекту. Це відбувається через фізіологічну адаптацію організму до регулярного вживання речовини. Результатом толерантності часто стає збільшення споживання речовини, що посилює ризик розвитку негативних фізичних і психічних наслідків, включно з надлишком речовини та розвитком залежності.

Абстинентний синдром – це сукупність фізичних і психічних симптомів, які проявляються після різкого припинення або зниження вживання речовини, до якої організм розвинув залежність. Симптоми абстинентного синдрому можуть включати тривогу, дратівливість, порушення сну, депресію, а також серйозніші фізичні симптоми, як-от тряска, пітливість, головні болі, болі в м'язах і навіть напади.

Абстинентний синдром, або синдром відміни, зазвичай відбувається після припинення або зниження вживання речовини, до якої організм розвинув залежність. Симптоми можуть варіюватися залежно від типу речовини та ступеня залежності.

Вживання деяких речовин, як-от алкоголь, бензодіазепіни та опіати, може спричинити серйозні, а іноді й небезпечні для життя симптоми під час припинення вживання. Наприклад, під час припинення вживання алкоголю можуть виникнути симптоми, такі як тривога, пітливість, тремтіння, головний біль, порушення сну, нудота і блювота. У більш серйозних випадках може статися делерій – стан гострої психічної неуважності, що може супроводжуватися галюцинаціями та судомою.

Абстинентний синдром під час припинення вживання опіатів (наприклад, героїн або опіатні знеболювальні засоби) може включати симптоми, такі як м'язовий біль, порушення сну, діарея, нудота і блювота, тривога і сильне бажання вживання речовини.

Симптоми абстинентного синдрому під час припинення вживання стимуляторів, таких як кокаїн або метамфетамін, можуть включати втому, депресію, підвищений апетит і неспокійний сон або безсоння.

Важливо пам'ятати, що припинення вживання речовин без належного медичного спостереження може бути небезпечним, особливо за наявності серйозної залежності. Лікарі та професіонали в галузі залежності можуть запропонувати стратегії та лікування для управління симптомами абстинентного синдрому, що може включати в себе медикаментозне лікування та підтримку.

Толерантність і абстинентний синдром є важливими факторами, які можуть посилити адиктивну поведінку і зробити процес відновлення складнішим. Однак, ці стани можуть бути успішно керовані під час відповідного лікування, яке може включати в себе медикаментозне лікування для управління симптомами абстиненції, а також психотерапію і підтримку в процесі відновлення.

Звуження інтересів: Крім втрати контролю, звуження інтересів - це ще одна особливість адикції. Люди, які страждають від адикції, можуть втратити інтерес до всього, що раніше приносило їм задоволення, крім своєї адикції. Це може призвести до соціальної ізоляції та втрати важливих стосунків.

Для людей, які страждають від адикції, ця риса може означати, що більша частина часу і ресурсів іде на пошук, використання і відновлення після вживання речовини або заняття адиктивною діяльністю. Вони можуть втратити інтерес до хобі, соціальних подій, сімейного життя і навіть роботи або навчання. Це може призвести до серйозних наслідків, таких як погіршення стосунків, втрата роботи та ізоляція.

Звуження інтересів може посилити адиктивну поведінку. Відсутність альтернативних джерел задоволення може посилити потяг до речовини або адиктивної активності та зменшити мотивацію до відновлення.

Частиною процесу лікування адикції може бути робота над розширенням інтересів і залученням до діяльності, яка приносить задоволення, крім вживання речовин або заняття адиктивною діяльністю. Це може включати в себе розвиток нових навичок, заняття хобі, соціальні активності або волонтерську діяльність.

Повернення до адиктивної поведінки після періодів утримання: Періоди утримання, або ремісії, зазвичай є частиною шляху до відновлення від адикції. Однак багато людей відчують рецидиви, або повернення до адиктивної поведінки, що є ще однією характерною рисою цієї хвороби.

Рецидив – це загальна риса адиктивної поведінки. За даними багатьох досліджень, рецидиви протягом життя є нормою, а не винятком, для людей, які страждають від залежностей.

Рецидиви можуть статися через безліч чинників. Серед них можуть бути стрес, обставини, пов'язані з речовиною або адиктивною діяльністю (наприклад, місця, люди, події), негативні емоційні стани, як-от депресія або тривога, а також нестача навичок справляння зі стресом.

Рецидив, однак, не слід розглядати як невдачу у відновленні. Натомість його можна використати як момент навчання, щоб визначити, які чинники сприяли поверненню до адиктивної поведінки, і що можна зробити для запобігання повторенню ситуації в майбутньому. Наприклад, це може включати в себе навчання новим навичкам справлятися зі стресом, роботу над поліпшенням міжособистісних стосунків або зміну середовища, щоб уникнути тригерів адикції.

Дуже важливо підтримувати мотивацію до зміни та відновлення, навіть після рецидиву. Це може включати в себе підтримку від близьких, участь у групах самопомоги або роботу з терапевтом чи консультантом з питань залежності.

Адиктивна поведінка може включати в себе не тільки вживання речовин, а й поведінкові адикції, такі як азартні ігри, пристрасть до їжі,

комп'ютерні ігри та секс. Важливо пам'ятати, що адикція – це хвороба, яку можна лікувати, і існує безліч ефективних стратегій лікування, які допомагають людям оволодіти своєю адикцією і відновити здорове функціонування.

Попереджувальна поведінка: Це інший ключовий аспект адикції, який включає в себе кроки, що вживаються індивідом для отримання речовини або можливості зайнятися адиктивною поведінкою. Це може включати в себе маніпулятивну поведінку, обман, крадіжку або інші нелегальні дії.

Нехтування здоров'ям і безпекою: Індивідууми, які страждають від адикції, можуть нехтувати своїм фізичним здоров'ям, харчуванням, гігієною та безпекою, щоб підтримувати свою адикцію. Це може призвести до низки серйозних проблем зі здоров'ям, включно з хворобами серця, інфекціями, психічними захворюваннями і навіть смертю.

Заперечення – це ще одна загальна характеристика адикції. Багато людей, які страждають від адикції, заперечують, що у них є проблема, що робить лікування складнішим. Вони можуть мінімізувати свою поведінку, звинувачувати інших або стверджувати, що вони можуть контролювати свою адиктивну поведінку в будь-який час.

Заперечення є однією з ключових характеристик адиктивної поведінки. Це психологічний механізм, який використовується для подолання дискомфорту, викликаного усвідомленням шкоди або наслідків залежності.

Люди в стані заперечення можуть відмовлятися визнавати наявність проблеми з адикцією, зменшувати масштаб проблеми або звинувачувати в ній інших. Вони можуть стверджувати, що вони контролюють своє вживання речовини або заняття адиктивною діяльністю, незважаючи на очевидні докази зворотного.

Заперечення може слугувати захисним механізмом, що допомагає людям уникати болю або сорому, пов'язаного з визнанням проблеми. Однак воно також може перешкоджати відновленню, оскільки визнання проблеми та бажання змінитися є першими кроками до одужання.

У контексті лікування адикції професіонали із залежності працюють над подоланням заперечення, допомагаючи людям побачити й усвідомити вплив їхньої адиктивної поведінки на їхнє життя. Це може включати в себе мотиваційні інтерв'ю, конструктивні зворотні зв'язки, групову терапію та інші стратегії.

Десятиліття тому залежність була фармакологічним терміном, який мав на увазі використання препарату (ліки, легального або нелегального наркотику) в достатній кількості, щоб уникнути неприємних ефектів відміни. Поєднана зі станом такої залежності адиктивна поведінка (“наркотизм”) розцінювалося як девіантна і протиставлялася аддикції як хвороби. В даний час відбулося зміщення точки зору на сутність такого роду адиктивних розладів. “Наркотизм” став розглядатися поряд з іншими 11 поведінковими адиктивними розладами як єдиний феномен, спільного погляду на психопатологічну сутність якого, однак, не існує.

Адикція – це складна проблема, яка потребує комплексного підходу до лікування. Ефективні методи лікування можуть охоплювати медикаментозне лікування, психотерапію, групову терапію, освітні програми та підтримку з боку сім'ї та друзів.

1.2. Алкоголь як психоактивна речовина

Що розуміють під поняттям “алкоголь”? З точки зору хімічної термінології алкоголі (спирти) є великою групою органічних сполук, похідних вуглеводнів, що містять одну або більше гідроксильних (–ОН) груп. Етанол (етиловий спирт) є одним з представників цього класу сполук і головним психоактивним інгредієнтом алкогольних напоїв. Розширений термін “алкоголь” вживається також для позначення 71 алкогольних напоїв. Проте “алкогольні напої” містять ще так зване “сивушне масло” – цілу низку природних високомолекулярних спиртів (алкоголів) та велику кількість інших менш летючих за етанол компонентів (естери, альдегіди, тощо), що утворюються внаслідок бродіння цукрів під дією дріжджів та в процесі наступної перегонки спирту-сирцю.[1 с70].

Психоактивні речовини діляться на “легальні” і “нелегальні”. До легальних психоактивних речовин відносяться речовини, що не заборонені законом до вживання, зберігання і розповсюдження, проте це не залежить від ступеня їх шкідливого впливу на психіку і організм людини. Швидше, це пов'язано з тим, що продаж цих речовин приносить дохід, вживання їх історично обумовлене і оголошення їх “поза законом” складно сприймається суспільством. При цьому більшість легальних психоактивних речовин надають надзвичайно шкідливий ефект на організм людини і губить безліч життів [12].

До легальних психоактивних речовин відносять нікотин (тютюн, сигарети, цигарки, сигари), алкоголь (всі напої, що містять етиловий спирт), кофеїн (Міцну каву, чай). Кофеїн діє на центральну нервову систему збудливо, тому часте і рясне вживання міцного чаю і кави, не очищеного від кофеїну, шкідливо впливає на організм.

Нікотин дуже шкідливий для людини і його вживання ні в якому разі не є безпечним. Тим не менш, в різних країнах існує галузь, орієнтована на виробництво та торгівлю тютюновими виробами, оскільки попит на них у

населення все ще є. Найбільш розвинені країни суворо обмежують продаж тютюнових виробів і забороняють палити в усіх громадських місцях і на робочому місці, щоб людина, яка курить, при бажанні завдавала шкоди собі, а не шкодила іншим людям, поширюючи тютюновий дим.

Алкоголь також шкідливий для організму і психіки людини, хоча багато людей вживають його ритуально. Однак алкогольна залежність розвивається непомітно і досить швидко, тому найбільш розвинені суспільства прагнуть істотно обмежити вживання алкоголю, а більшість освічених людей його не вживають.

Легальні психоактивні речовини деякі люди відкрито вживають, і люди не несуть за це юридичної (кримінальної) відповідальності.

У ЗМІ рекламують легальні наркотики. Це робиться з метою отримання економічної вигоди, при цьому здоров'я людей не береться до уваги. Тому кожна особа, яка вживає легальні психоактивні речовини, несе за це персональну відповідальність. Вона несе відповідальність за своє здоров'я та наслідки вживання легальних наркотиків.

Вплив алкоголю на різних людей є різним. Він залежить від того, скільки прийнято і як швидко приймається алкоголь, від розмірів тіла людини, віку, статі, загального стану здоров'я, ваги і стану харчування, приймається чи алкоголь разом з їжею, або після важкого фізичного навантаження. Діти, молоді люди і жінки зазвичай більш схильні до впливу алкоголю, ніж дорослі чоловіки. Алкоголь викликає алкогольне сп'яніння. Зазвичай воно супроводжується ейфорією – благодушним підвищеним настроєм. Однак у багатьох людей існують інші форми сп'яніння наприклад – дисфорична форма, пов'язана з підвищеним збудженням і агресивністю, дистимічна форма, пов'язана з підвищеною сльозливістю, почуттям відчаю і т.д. Такі форми сп'яніння носять назву патологічних. При рясній алкоголізації у людини може відбуватися втрата фізичної координації, нечітке бачення, безладна мова, вона приймає неправильні

рішення, має виражені порушення пам'яті. Надмірне вживання протягом короткого періоду часу алкоголю може викликати головний біль, нудоту, блювоту, втрату свідомості і смерть [7, с.47].

Регулярне вживання алкоголю у великих кількостях протягом тривалого часу може призвести до втрати апетиту, дефіциту вітамінів, проблем зі шкірою, втрати сексуального потягу, порушень роботи печінки та мозку – це ознаки пов'язаної з алкоголем дегенерації тканин органів і судин.

В процесі хронічної алкоголізації людини підвищується толерантність (стійкість до алкоголю) і швидко формується залежність від нього. Надмірне прийняття алкоголю може призвести до втрати фізичної координації і навіть викликати зупинку дихання.

У сучасному суспільстві проблема алкоголізму вийшла в розряд першочергових. В останні роки показник захворюваності на алкоголізм значно зростає. За останніми даними соціологічних досліджень: кожен третій опитуваний відповів, що алкоголь є причиною неприємностей і бід в його родині. Важке пияцтво зазначено в 60% насильницьких злочинів, в 30% самогубств, в 80% пожеж і дорожніх пригод. Кожні 22 хвилини хтось позбавляється життя з вини п'яного водія [4].

Іншими словами, алкоголізм не можна вважати суто медичною проблемою. Ця хвороба вражає не лише окрему людину, а й суспільство в цілому, оскільки, з одного боку, є наслідком певних соціальних і соціально-психологічних відхилень, а з іншого – є причиною різноманітних проблем макро- і мікросоціального характеру.

Багато дослідників даної проблеми відзначають, що алкоголізм слід розглядати як один з показників морального, духовного і фізичного, тілесного здоров'я нації, обумовленого соціально-економічними, політичними, соціально-психологічними факторами [19].

Алкоголізація суспільства, велика кількість неповнолітніх

алкоголіків, жіночий алкоголізм роблять цю проблему предметом дослідження суспільствознавства. Для створення ефективної системи захисту суспільства від алкоголізму необхідні широкі соціологічні, демографічні, культурологічні, загально-соціально-психологічні дослідження. Зниження рівня життя населення, стреси, соціальна нестабільність негативно позначаються на ефективності медичних заходів боротьби з алкоголізмом. Якісні зміни і соціальний розвиток суспільства супроводжуються високим рівнем працездатності, соціальної активності, всебічних інтелектуальних здібностей окремих членів суспільства. Саме ці якості регресують у хворих на алкоголізм. Спосіб життя, в якому споживання алкогольних напоїв відіграє основну роль для людини, сприяє розвитку соціальної інертності особистості.

Без комплексного дослідження проблеми алкоголізму як системного явища неможливе ефективне вирішення проблеми алкоголізації суспільства. Очікується, що соціологія, психологія та соціальна психологія зроблять великий внесок завдяки комплексному підходу.

При цьому слід зазначити, що алкогольна залежність в сучасній науці досліджується переважно з медико-біологічної точки зору. Відзначається, що саме медичний аспект є найбільш вивченим, про що свідчить не тільки величезну кількість публікацій, але і глибина аналізу. Очевидні успіхи біологічної наркології дозволяють чіткіше виявляти нейробіологічні та генетичні основи патологічних процесів, що лежать в основі алкогольної залежності[7].

З точки зору соціології алкоголізм розглядається такими авторами, як Л. Н. Іваницька, М. І. Леднова, О. В. Пустова і ін. Предметом вивчення соціології є алкогольні традиції і ритуали сучасного суспільства, взаємозв'язок алковживання з рівнем життя населення, злочинністю, соціальною агресією і суспільно-політичною пасивністю населення, а також з іншими негативними соціальними феноменами[15, с.56] .

Вплив надмірного вживання спиртного на особистість алкоголіка, на його взаємини з оточуючими, соціальна дезадаптація осіб з алкогольною залежністю вимагають найретельнішого вивчення в рамках психології особистості та соціальної психології.

У зв'язку з цим відзначимо дослідження таких авторів, як Б. С. Братусь, В. Ю. Завьялов, С. В. Дворяк, Ц. П. Короленко, Е. А. Кошкіна, В. М. Гуртовенко, І. Д. Паронян, А. З. Шамота, К. Г. Сурнов і інш. Алкогольна залежність особистості не може не впливати на її ціннісні орієнтації, мотиваційну структуру, спілкування, систему взаємовідносин, відносини з оточуючими, позицію і статус у великих і малих соціальних групах і інші соціально-психологічні характеристики, що визначають спосіб життя даної особистості в суспільстві. Усі ці аспекти необхідно враховувати при

розробці програм з профілактики алкоголізму, а також реабілітації алкоголіків і допомоги в їх соціальній адаптації [3, с.68].

Алкогольна залежність може мати значний негативний вплив на окремих людей і суспільство в цілому. Деякі способи, якими алкогольна залежність може вплинути на суспільство, включають:

- Зростання рівня злочинності: залежність від алкоголю може призвести до зростання кримінальної поведінки, як-от алкогольного сп'яніння, домашнього насильства та громадських заворушень.
- Зниження продуктивності: люди, які борються з алкогольною залежністю, можуть мати труднощі з утриманням на роботі, що призводить до зниження продуктивності та збільшення фінансового тиску як на саму людину, так і на її родину.
- Збільшення витрат на охорону здоров'я: залежність від алкоголю може призвести до різноманітних проблем зі здоров'ям, у тому числі до захворювань печінки, панкреатиту та різних форм раку, що може стати значним навантаженням на ресурси охорони здоров'я.
- Соціальні та сімейні проблеми: алкогольна залежність може

погіршити стосунки та призвести до розриву сімейних та соціальних зв'язків.

- Підвищений ризик нещасних випадків: алкогольна залежність підвищує ризик нещасних випадків і травм, особливо аварій і падінь, які можуть призвести до серйозних травм або смерті.

Загалом, залежність від алкоголю може мати вплив на багато сфер, наприклад, особистий, соціальний та економічний рівень, наслідки алкогольної залежності можуть бути широкомасштабними та руйнівними.

Сьогодні важливу складову суспільства у боротьбі з алкоголізмом становлять дванадцяти-крокової групи, які мають свій статут, свої правила та вимоги.

1.3. Особливості адиктивної особистості

Алкоголізація населення є серйозною проблемою для сучасної цивілізації і швидко виходить з-під контролю. Алкоголізація насамперед пов'язана зі збільшенням виробництва алкоголю, толерантністю до сп'яніння, культурними традиціями вживання алкоголю, урбанізацією, інтенсифікацією сучасного життя і пов'язаними з цим явищами стресу і депресії – двома станами, які займають провідне місце серед психічних захворювань сучасної людини. Алкоголізм розвивається значною мірою внаслідок унікальних психологічних особливостей людини. [56]

Дослідження психологічних чинників, які впливають на розвиток алкогольної залежності у людини, проводились у багатьох напрямках: дослідження преморбідної особистості (Ю.П. Лісіцин, П.І. Сидоров), вивчення осіб, які пізніше стали “проблемно питущими” (В.Д. Москаленко, М.М. Ванюков), дослідження особистісних змін людей, які страждають на алкогольну залежність (W. Feuerlein, В.М. Блейхер, В.А Худик, К.Г. Сурнов).

Екстраверсія, імпульсивність, ригідність мислення і пов'язана з цим непродуктивність, нездатність справлятися з тривогою і напругою соціально прийнятними способами, тобто формування неефективних копінг-стратегій, особливо у вигляді відходу від проблем, є одними з психологічних рис людей, схильних до алкоголізму, які виділяють Ю.П. Лісіцин та П.І. Сидоров.

До факторів ризику адикції належить синдром дитячої гіперактивності, який характеризується коротким періодом концентрації уваги, імпульсивністю та збудливістю, а також низькою толерантністю до фрустрації. (В.Д. Москаленко, М.М. Ванюков). [58]

Пізніше дослідження проблемних алкоголіків показали, що вони демонструють низьку продуктивність, неконтрольовану імпульсивність і акцент на своїй маскулінності. (В.Д. Москаленко).

В результаті досліджень поведінки осіб, залежних від алкоголю, були встановлені наступні характеристики їхньої поведінки:

- слабкість “Его” з недостатньою ідентифікацією власної статевої приналежності, психопатичні риси, ворожість, негативна концепція власного “Я”, незріла імпульсивність, низький рівень толерантності до фрустрації;
- посилення збудливості, підвищена чутливість, схильність до іпохондрії, страх смерті;
- виражена полізалежність, що збільшує пасивність, загальну емоційну залежність;
- невротичні ознаки з проявом страху, депресії, істерії і схильності до іпохондрії;
- схильність до агресії,
- низький самоконтроль;
- схильність до брехні;
- схильність до розвитку “над-Я” під впливом психотерапевтичного лікування.

В.М. Блейхер, І.В. Крук виділяють 4 основних типи особистісних розладів у осіб, які страждають на алкоголізм.

I – Інтровертировано-нейротичний (неврозоподібний) тип, що характеризується високою невротичною тривожністю, вираженою інтровертированістю, ситуативно-депресивною самооцінкою зі схильністю до самозвинувачення, нестійкістю рівня претензій.

II – Екстравертовно-нейротичний (психопатоподібний) тип характеризується вираженою екстравертивністю, високим показником невротичної тривожності, психологічним захистом у вигляді раціоналізації. Особистісні зміни гасять стабільний аномальний характер.

III – Екстравертовано-анозогнозичний тип, характеризується малозмістовністю екстраверсії, безпечністю щодо сьогодення і майбутнього,

вкрай вираженою неадекватністю самооцінки, як механізмом психологічного захисту виступає самовиправдання.

IV – Апатично-інтровертивний тип є виразом грубої алкогольної деградації особистості і характеризується аспонтанністю в поєднанні з “порожньою” інтровертивністю, що свідчить про втрату соціальних контактів, про відхід від реальної дійсності, про повну відсутність інтересу до подій. [56, 60]

Слід підкреслити, що, незважаючи на кілька спроб дослідити типологію особистостей алкоголіків, не було встановлено жодного чіткого типу особистості, схильного до алкоголізму. Швидше за все, мова може йти про різноманітні типи особистості, які чітко не відділені один від одного.

Можна виокремити основні психологічні підвалини зловживання алкоголем:

1. Поглиненість спиртним:

В думках алкоголіка домінує випивка. Від світанку до ночі він думає про випивку, згадує години роботи магазину, знає, де знаходиться безпроблемний нічний магазин спиртних напоїв. Одержимість у найсуворішому медичному розумінні цього слова найкраще описує цю хворобу.

Коли людина одержима чимось, у неї з'являється непереборна потреба, і коли алкоголік заходить в магазин начебто випадково, ним керує така ж нав'язлива потреба, як і невротиком. [53]

2. Самообман:

Відома фраза алкоголіків: “Я можу кинути в будь-який момент!”. Але оскільки сьогодні особливий день і є вагомий привід випити, така можливість випаде не скоро. Виправданням може бути що завгодно, від візиту друга до Дня взяття Бастилії. Приводом може бути навіть простий привід випити разом. Свідомість алкоголіка інфантильна. Він нагадує дитину, яка краде цукерки, сподіваючись, що батьки цього не помітять. [49]

Можна стверджувати, що алкоголік є яскравим прикладом жертви самообману. Люди схильні до різних хвороб, в тому числі і до раку, і вони здатні з ними миритися. Але алкоголік у глибині душі усвідомлює, що все, що він робить, він робить собі на шкоду. Він – злочинець, а не жертва обставин чи хвороби. З цим алкоголік змиритися не може, тому алкоголік бреше всім – навіть самому собі.

Не випадково багато психотерапевтичних методик, таких як групове лікування в Анонімних Алкоголіках, починаються з визнання себе алкоголіком – людиною, яка повністю залежна від алкоголю.

3. Почуття провини:

Навіть найхитріший брехун не зможе заперечити, що алкоголь повільно, але впевнено руйнує його особистість і життя. Скарги і гнів дружини, дружні “поради” роботодавця, нічні кошмари, тремтячі руки і обвисле, зморшкувате обличчя. Питання “Що я роблю?!” з'являється з кожним “світлим” проміжком часу. На жаль, часто трапляється так, що для приглушення почуття провини використовується той самий алкоголь, який тільки погіршує ситуацію. [47]

4. Провали в пам'яті:

Сп'яну у алкоголіків бувають провали в пам'яті, які часто приписують почуття провини (за теорією, що людина забуває те, що не хоче пам'ятати). Однак насправді алкоголіки нічого не згадають, навіть якщо дуже захочуть; їхня амнезія не має нічого спільного з почуттям провини. Алкоголь насправді впливає на біохімічні процеси, які відбуваються в мозку і гарантують належну роботу пам'яті, складної прояви вищої нервової діяльності. Після “вдалого” застілля у неалкоголіків також бувають провали, хоча вони менш часті і неповні, але вони також менше п'ють.[33]

Провали лякають багатьох алкоголіків. Саме напади амнезії часто змушують багатьох питущих замислитися над тим, щоб кинути пити. Адже навіть у стані алкогольного сп'яніння людина знаходиться в свідомості і

повністю функціональна. Вона може здаватися цілком нормальною, здатною вести розмову, відповідати на запитання і навіть керувати автомобілем. А протверезівши ніколи не згадують, що вони щось забули. Однак вони згадують деякі недавні події, коли інші починають розповідати їм про те, що з ними сталося.[45]

Пам'ять часто грає з алкоголіком злий жарт – змушуючи його згадувати речі з попередніх запоїв, які він не міг пригадати в тверезому стані. Алкоголіки, наприклад, часто розповідають, що в стані сп'яніння вони ховають гроші або алкоголь, а коли протверезіють наступного ранку, то зовсім забувають, де і що вони сховали. І лише після чергового вживання алкоголю згадують. Це можна порівняти з феноменом навчання в певному стані.[53, с. 360-362]

5. Тривога і депресія:

За алкогольною ейфорією зазвичай слідує алкогольна депресія, оскільки за підйомом завжди йде падіння. У той же час, депресія і стан тривоги не завжди прив'язані до абстинентного синдрому. Якщо пити часто і багато, психологічні проблеми час від часу з'являтимуться в стані алкогольного сп'яніння. Формуються своєрідні “гойдалки”, коли людина переживає низку негативних емоцій (наприклад, жахливий день), п'є, щоб відчувати себе краще, потім знову п'є, щоб відчувати себе краще (через похмілля), і так далі, збільшуючи кількість спожитого алкоголю і зменшуючи час між дозами. Це класичний спосіб входу в запій. Однак лише одна людина з десяти може успішно виконати протилежне завдання – розірвати замкнене коло і вийти із запою самостійно. Вже на ранніх стадіях хвороби особистість алкоголіка починає змінюватися. Коло інтересів хворого стає більш обмеженим, зникають практично всі захоплення, не пов'язані з вживанням алкоголю. Будь-яка тема розмови з часом переростає в обговорення випивки, в тому числі, як нещодавно відпочивали з друзями і як планують пити наступного разу.[43]

Далі розглянемо стадії алкогольної залежності:

Перша стадія алкоголізму:

Алкоголізм – це хвороба, яка призводить до руйнування психології та особистості, а також тіла. Окрім самого алкоголіка, страждають його сім'я та близькі друзі, які, звісно, не мають відношення до алкоголю. Вже на ранніх стадіях хвороби починає змінюватися особистість алкоголіка. Коло інтересів хворого стає більш обмеженим, зникають практично всі захоплення, не пов'язані з вживанням алкоголю. Будь-яке свято чи товариське зібрання оцінюється лише можливістю там випити. Завершення робочого дня також сприймається не більше, ніж можливість випити в найближчому наметі або магазині.[35, с. 83-84]

Ставлення питущого до алкоголю на першій стадії алкоголізму:

На цьому етапі людина все ще сприймає ситуацію критично і намагається відкинути ці думки, але це дуже складно. Людина все ще може відчувати провину за свої вчинки, а критика з боку викликає роздратування. Як наслідок, алкоголік починає спілкуватися з тими, хто має таку ж або навіть більшу залежність, де він відчуває себе більш спокійніше і впевненіше. Процес зміни особистості людини помітно прискорюється і поглиблюється, якщо не почати лікування і не зробити жодних кроків. Одночасно посилюються психічна і тілесна залежність. Відбувається фундаментальна перебудова особистості алкоголіка.

Друга стадія алкоголізму:

На другій стадії починається поступове огрубіння душі. Емоційні реакції, тонкі відчуття і переживання, які виникають у людини при спілкуванні з оточуючим світом, роблять це спілкування різноманітним, емоційно насиченим і яскравим, поступово стираються. Це огрубіння душі поступово проявляється на другій стадії. Алкоголік намагається якомога частіше виходити з дому, щоб випити, проводячи все менше часу з

тверезими друзями і близькими. Для цього він шукає собі виправдання, принаймні в очах рідних і близьких людей. [5, с.116-134]

Всі алкоголіки мають природну схильність до брехливості, хитрості та спритності. Вперше це проявляється лише тоді, коли потрібно виправдати запізніле повернення з роботи або витрату грошей. Навіть якщо ця брехня часто швидко виявляється іншими, вона дозволяє підтримувати, принаймні, видимість нормальної поведінки. Алкоголік з часом перестає відчувати провину за свою брехню і перестає брехати по дрібницях. Він відкрито виносить з помешкання речі, які можна продати. Більшість часу алкоголік буде давати порожні обіцянки кинути пити і почати нове життя, щоб досягти своєї мети.

Третя стадія алкоголізму:

Зміни в особистості алкоголіка призводять до алкогольної деградації на третій стадії алкоголізму. Огрубіння особистості перетворюється в жорстокість, і це найчастіше проявляється у відносинах з членами сім'ї і навіть дітьми.[12, с.50]

Хворий втрачає почуття обов'язку і відповідальності, а також турботу про інших і власні інтереси. У цей же момент починає проявлятися крайня нестабільність настрою. На зміну позитивному настрою може раптово прийти прискіпливість і ворожість, безвідповідальність і благодушне ставлення до всіх. Пошук випивки витісняє всі інші життєві проблеми. Психіка алкоголіка з часом деградує все більше і більше. Інтенсивність агресивних, гнівних і лютих рис особистості зростає. У цей момент хворий може завдати фізичної шкоди членам сім'ї. Сім'я зазвичай розпадається, коли члени родини не в змозі терпіти поведінку алкоголіка. Поки до цього не дійшло, терапію потрібно починати якомога швидше.

Психологія алкоголіка в сім'ї, як це не парадоксально, має мало спільного з сім'єю. Сімейні цінності для нього не мають особливого сенсу, вони відсунуті на задній план, а на передньому – випивка. Незалежно від

того, хто п'є в сім'ї, страждають всі. Алкоголізм нерозривно пов'язаний зі скандалами, побоями, стресами, психологічними травмами у дітей, що також призводить до депресії. Статистика показує, що 87% дітей повторюють долю батьків-алкоголіків. Життя з залежним можна порівняти з гойдалками: політ вгору під час тверезих періодів і думки, що все нормалізувалося, і різке падіння вниз під час чергового запою.[4]

До того, як розвинувся алкоголізм, людина вживала алкоголь як швидкий і простий спосіб розслабитися, підняти настрій, впоратися зі стресом тощо. Однак чим більше людина п'є, тим складніше їй контролювати негативні емоції, справлятися з емоційними переживаннями, адекватно реагувати на стресові ситуації і відновлюватися після сильного навантаження без алкоголю. В результаті, коли виникає повноцінна алкогольна залежність, людина змушена звертатися до алкоголю ще й тому, що він слугує формою психологічної підтримки, інакше вона не зможе комфортно жити, не ризикуючи впасти в депресію або загрузнути в морі негативних емоцій.

Ця психологічна риса алкоголіка є первинною характеристикою алкоголізму. Тому вмовляти алкоголіка скоротити або зовсім припинити вживання алкоголю фразами на кшталт “подумай про своє здоров'я”, “візьми себе в руки” і т.д. абсолютно неефективно. Це все одно, що сказати людині зі зламанною ногою, щоб вона перестала кульгати. Психологічно переважна більшість алкоголіків не здатні припинити пити самостійно. Для цього їм потрібно багато часу і спеціалізована допомога.[1, с.34-36]

Психологія чоловіка-алкоголіка не менш цікава, адже у питущих часто є сім'ї. Він постійно маніпулює своїми близькими, діючи так, щоб або викликати співчуття і бажання допомогти, або розлютити їх. При цьому співчуття членів сім'ї дозволяє йому безкарно продовжувати жити своїм звичним життям, а сварки і “непорозуміння” в родині

“виправдовують” його потребу у вживанні алкоголю. У сім'ях, де дружина є алкоголіком, а чоловік – ні, виникає така ж ситуація.[23]

Тому психологічна допомога при алкоголізмі фокусується на зміні психіці алкоголіка таким чином, щоб він міг відчувати себе комфортно без вживання алкоголю, а не на тому, щоб змусити його кинути пити. Психологічна допомога має на меті навчити людину бути гнучким, сильним, стійким до стресів, відносно спокійно переносити негативні емоції, яких неможливо уникнути в звичайному житті. Розвиток таких навичок, як міжособистісне спілкування, прийняття відповідальності, в тому числі за своїх близьких, постановка і досягнення життєвих цілей, встановлення здорових сімейних зв'язків і т.д. – все це є цілями психологічної підтримки при алкоголізмі.

Лікування психологічної складової алкогольної залежності вимагає в середньому від 3 до 6 місяців послідовної роботи над собою, оскільки очевидно, що такі масштабні зміни не відбуваються швидко. Природно, що така робота буде успішною тільки в тому випадку, якщо вона проводиться спільно з фахівцями, наприклад, психологами або психотерапевтами. [26]

Дуже важливо не просто не піддаватися спокусі вживання, а й бути уважним до близьких і знайомих. Набагато раніше, ніж медичні порушення, проявляються соціальні та поведінкові відхилення. Коли залежність розвивається разом із серйозним соматичним розладом (“вживання зі шкідливими наслідками”), допомогти людині буде складно. У кращому випадку, звернення за медичною допомогою полегшить подолання труднощів. Дуже важливо вміти тактично розпитати і, можливо, запропонувати допомогу.

Висновки до I розділу

Отож, у межах I розділу цього магістерського проекту нами було зроблено висновок:

Історично алкоголізм був серйозною проблемою охорони здоров'я в Україні. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) споживання алкоголю в Україні є одним із найвищих у Європі, а країна має один із найвищих показників смертності від алкоголю в регіоні. У звіті зазначено, що український уряд вжив заходів для вирішення цієї проблеми, зокрема збільшив податки на алкоголь і впровадив більш суворі правила щодо реклами та продажу. Однак незрозуміло, наскільки ефективними були ці заходи у зниженні високого рівня споживання алкоголю та пов'язаних із цим проблем зі здоров'ям в Україні. Крім того, варто зазначити, що алкоголізм є складною проблемою, на яку можуть впливати різні фактори, такі як економічні, соціальні та культурні чинники, які можуть змінюватися з часом і залежати від регіону.

Алкоголь вагомий фактор дорожньо-транспортних пригод в Україні. Згідно з дослідженням, проведеним Міжнародним транспортним форумом у 2020 році, рівень смертності внаслідок алкогольного сп'яніння в ДТП в Україні був одним із найвищих у Європі: понад 40% усіх смертей у ДТП були спричинені керуванням у нетверезому стані. Кожні 22 хвилини хтось позбавляється життя з вини п'яного водія. Це важлива проблема громадського здоров'я та безпеки, оскільки аварії, пов'язані з алкоголем, можуть спричинити серйозні травми та смерть не лише людини, яка вживала алкоголь, але й інших людей на дорозі.

Окрім водіння в нетверезому стані, алкоголь також може стати причиною інших видів нещасних випадків, таких як нещасні випадки на роботі, падіння та пожежі. Важке пияцтво зазначено в 60% насильницьких злочинів, в 30% самогубств, в 80% пожеж. У сучасному суспільстві проблема алкоголізму вийшла в розряд першочергових, оскільки в останні

роки показник захворюваності на алкоголізм значно зростає: кожен третій опитуваний відповів, що алкоголь є причиною неприємностей і бід в його родині.

Це серйозна проблема, яка може мати згубний вплив на життя людей, які п'ють, а також на їхні сім'ї та громади. Тому втручання та заходи, спрямовані на зменшення споживання алкоголю та пов'язаних із цим нещасних випадків в Україні, є важливими для порятунку життів, покращення здоров'я та збереження добробуту населення.

Отож, алкоголізм не можна розглядати лише як вузько медичну проблему. Ця хвороба вражає не тільки окремі особистості, а й суспільство в цілому, будучи, з одного боку, наслідком певного соціального і соціально-психологічних девіацій а з іншого – причиною різноманітних проблем як макро-, так і мікросоціального характеру.

Багато дослідників даної проблеми відзначають, що алкоголізм слід розглядати як один з показників морального, духовного і фізичного, тілесного здоров'я нації, обумовленого соціально-економічними, політичними, соціально-психологічними факторами.

У межах дослідження з'ясовано що доволі ефективною групою самоботьби з алкоголем є дванадцяти-крокова група – це співдружність, що об'єднує людей, які діляться один з одним своїм досвідом, силами і надіями, щоб вирішити свою загальну проблему і допомогти іншим позбутися алкоголізму. Єдина умова для учасників дванадцяти-крокових груп – бажання кинути пити.

Вивчення мотиваційних особливостей особистості є однією з найважливіших передумов для розробки заходів лікування та профілактики алкогольної залежності. Найбільш важливими завданнями є формування стабільних тривалих ремісій, тісно пов'язаних з ліквідацією патологічного потягу до алкоголю. Для її підтвердження або спростування було використано такі методики: Скринінг-тест на алкоголь MAST,

Тест-опитувальник самовідношення (В. В. Столін, С. Р. Пантелєєв) і анамнестичну анкету.

Тому можна сказати, що респонденти, які страждають на алкогольну залежність, мають високий рівень ненависті до себе та неповаги до власних досягнень.

“12 кроків” – це керівництво для одужання від адиктивних, компульсивних та інших поведінкових розладів. Вони заохочують людей звертатися до вищих сил за керівництвом і силою для подолання залежності. Як форма реабілітації, програми “12 кроків” часто включаються в стаціонарні та амбулаторні лікувальні центри і групи підтримки.

Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ УЧАСНИКІВ ДВАНАДЦЯТИ-КРОКОВИХ ГРУП

2.1. Підходи до дослідження самосприйняття осіб з алкогольною залежністю

Вивчення психологічних особливостей людей, які страждають на алкогольну залежність допомагає скласти певний психологічний портрет хворого.

На основі отриманих даних будується точніша психотерапевтична допомога. Вивчення мотиваційних особливостей особистості є однією з найважливіших передумов для розробки заходів лікування та профілактики алкогольної залежності. Найбільш важливими завданнями є формування стабільних тривалих ремісій, тісно пов'язаних з ліквідацією патологічного потягу до алкоголю [6].

Слід зазначити, що в даний час відзначається явне відставання рівня аналізу соціально-психологічного аспекту алкогольної проблеми від потреб суспільства як з точки зору теоретико-методологічних досліджень, так і практичних рекомендацій щодо боротьби з цим негативним суспільним феноменом. Відсутні системні дослідження соціально-психологічних аспектів способу життя алкоголіків, які представляють, на нашу думку, специфічну велику соціальну групу, для якої характерні особлива ціннісна система, відносини і взаємини, а також специфічна “ілюзорно-компенсаторна діяльність” (Б.С.Братусь) [8].

Наявні на даний момент роботи досить фрагментарні з точки зору системного підходу та або розглядають соціально-психологічні чинники даної проблеми в рамках завдань медичного, загальнопсихологічного або соціологічного підходів, або фокусуються на окремих соціально-психологічних моментах. Звідси виникає суперечність між потребами практики в науково обґрунтованих рекомендаціях щодо профілактики алкоголізму та соціально-психологічної адаптації та

реабілітації алкоголіків і недостатньою науковою розробленістю даного питання.

Медико-соціальне значення проблеми визначається, перш за все значною поширеністю вживання алкоголю і його шкідливими наслідками для здоров'я населення. Ще не так давно здавалося неправомірним говорити про поширення цих явищ як епідемії [26, 27].

Зараз це очевидно не тільки для фахівців – занадто великі їх розміри, вони охоплюють нові верстви населення, які раніше мали до них щодо стійкий соціально-психологічний імунітет – підлітків і жінок. Алкоголізм відноситься до соціально значущих захворювань, оскільки зловживання алкоголем майже завжди призводить до різних і різноманітним наслідків, як для самого хворого, так і для суспільства, в якому хворому доводиться перебувати.

Алкоголізм є мультифакторним захворюванням, тобто визначається поєднанням різних чинників. Для мультифакторних захворювань був запропонований термін “схильність”. “Схильність відображає вроджену тенденцію до розвитку хвороби, тобто сприйнятливість або вразливість, генетичну схильність і всю комбінацію зовнішніх обставин, які забезпечують “більшу чи меншу ймовірність розвитку захворювання”. Схильність – це ймовірність захворювання, яка детермінована всією сукупністю зовнішніх і внутрішніх факторів” [1, 4].

Серед факторів, поєднання яких призводить до формування стійкої алкогольної залежності, виділяють біологічні, соціальні та психологічні фактори. До біологічних факторів алкоголізації дослідники відносять спадковість (на сьогоднішній день виділено десятки генів, пов'язаних з психологічною залежністю від алкоголю), залишкові ураження центральної нервової системи, расові відмінності в реакції на алкоголь, особливості метаболізму алкоголю в організмі і т.д.

Потрібно відзначити, що, незважаючи на численність генетичних

досліджень алкоголізації, деякі вчені вказують на методологічну небездоганність проведених досліджень, на підставі чого отримані дані можна підвернути під сумнів (D. Goodwin).

Особливе місце в дослідженні психологічних особливостей осіб, що страждають на алкоголізм, займають дослідження співзалежної поведінки (С.Н. Зайцев, Л.Г. Зоріна). Зайцев вважає, що співзалежність передуює алкоголізму і наркоманії та є одним з найбільш важливих пускових механізмів хвороби, її значимість серед інших факторів ризику становить близько 60%.

Він стверджує, якщо в родині хтось хворий на алкоголізм чи наркоманію, значить, у інших членів сім'ї обов'язково є співзалежність. На підставі цього, інші дослідники роблять висновок, що у дітей з алкогольних сімей ризик захворювання на алкоголізм вище, тому що вони отримали в батьківських сім'ях досвід співзалежної поведінки, яка сформувала певні особистісні особливості.

І, незважаючи на припинення безпосереднього спілкування дитини з батьком, що страждають на алкогольну залежність, вплив співзалежності робить негативний вплив на вже дорослих дітей, на їх здатність створити здорові партнерські відносини.

У виникненні і розвитку хронічного алкоголізму грають роль одразу біологічні, психологічні і соціальні чинники. При цьому особистісні особливості пацієнтів залишаються значущими на будь-якому етапі перебігу хвороби: в ініціальний період, на розгорнутому етапі або на періоді відносного благополуччя і виникають в результаті лікування або з будь-яких інших причин.

Це обумовлює необхідність ретельного вивчення особливостей особистості кожного хворого і визначення їх ролі в перебіг хвороби для того, щоб в одному випадку використовувати їх як підмога в реабілітаційному процесі, а в іншому проводити їх відповідну корекцію,

щоб уникнути невдачі в лікувально-відновлювальних заходах. Вкрай необхідне знання варіантів і структури особистісних відхилень, хворих на хронічний алкоголізм, їх прогностичну питому вагу, а також лікувальних і психокорекційних прийомів, здатних зменшити негативний вплив особистісних особливостей хворого на лікувальний процес. Закріплення стану ремісії, їх стабілізація, профілактика рецидивів, медична та психологічна реабілітація хворих із залежністю від алкоголю – найбільш актуальна проблема психології алкоголізму [2, с.55-57]. У даний час ефективність терапевтичних програм залишається досить низькою. Одним з основних факторів, що знижують, ефективність лікування хворих на хронічний алкоголізм є, неможливість реабілітації в повному обсязі, проведення етапності лікування, зокрема, – включення психологічного супроводу хворих.

Велике значення надається об'єктивним мікросоціальним факторам таким як сімейна схильність, що формує установку на споживання спиртного за допомогою сформованих алкогольних звичаїв. Так, діти з сімей з алкогольними традиціями більш схильні до ризику призвичаїтися до алкоголю. Сімейне оточення в значній мірі формує особистість, роблячи її більш-менш схильною до ризику розвитку алкоголізму.

Цьому можуть сприяти непослідовність у вихованні, відсутність емоційно насичених відносин в родині, несприятливі взаємини між батьками, конфлікти в родині, її низький культурний рівень, раннє залучення до спиртного, що підвищує ймовірність алкогольної залежності. Ще одним індикатором вживання спиртного є спілкування з людьми, які п'ють, особливо якщо група референтна для індивіда, а він схильний до конформної поведінки.

До об'єктивних макросоціальних факторів належать ставлення суспільства і панівної релігії до споживання спиртного, що формують межі дозволеного в прийомі алкоголю; алкогольна політика держави, що

встановлює закони, які контролюють доступність і рівень споживання алкоголю; традиції і звичаї вживання спиртних напоїв; етнічна приналежність та ін.

Поширення зловживання алкоголем може сприяти соціально-економічні негаразди, несприятливе оточення, що порушує почуття спільності людей, явна або прихована реклама напоїв, що містять алкоголь.

Виділення груп чинників біологічного, психологічного та соціального характеру, які впливають на розвиток пристрасті до алкоголю виправдовує позицію, згідно з якою окремо взятий фактор не повинен розглядатися як єдино значущий, який спричиняє залежність від алкоголю, а тільки в сукупності з іншими, враховуючи їх різноманіття [5, с.45-47].

Так, генетичні схильності є етіологічним фоном, на якому діють психологічні чинники, а особливості особистості підсилюють дію соціальних умов. Іншими словами, зовнішні впливи переломлюються через внутрішні умови, що може сприяти виникненню і розвитку алкогольної залежності, а може і зовсім не викликати таку, якщо у індивіда відсутня схильність до неї.

Як показав теоретичний аналіз літератури, велике значення має дослідження психологічних чинників, так як вони допомагають вибудувати ефективну комунікацію з хворим. Саме тому ми досліджуємо психологічні особливості осіб, які страждають на алкогольну залежність.

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Нагадаємо, що в нашому дослідженні взяли участь 60 осіб. Всі вони є членами Анонімних Алкоголіків. Серед них 30 жінок і 30 чоловіків. Всі вони мають стаж алкогольної залежності понад 10 років.

MAST – Мічиганський скринінговий тест на алкоголізм – наразі є найпоширенішим опитувальником у США, як свідчить аналіз наукових джерел. Цей метод загалом добре зарекомендував себе як інструмент для швидкої попередньої діагностики алкоголізму. Він також може бути використаний в експертному середовищі.

На першому етапі дослідження за допомогою анамнестичної анкети ми з'ясували загальну інформацію про кожного респондента та ступінь його сімейної схильності до вживання алкоголю.

Анкетування проводилося з метою виявлення психологічного портрету особи, що вживає алкоголь. Дослідження мало показати, яка саме вікова група, який склад сім'ї найбільш схильний до алкогольної залежності.

Проведене анкетування показало, що більшість респондентів має вищу освіту, та виховувалися у повноцінній сім'ї. 80% опитуваних стверджують, що мають дітей у шлюбі. Варто відмітити, що у групі представлена вікова категорія – 35-50 років. Більше 85% респондентів відмічали, що вони мають братів або сестер, тобто, зростали у багатодітній сім'ї.

Опитувані відмічали, що декілька разів міняли основне місце роботи. Також варто вказати на те, що більшість з них не зверталися раніше до подібних місць допомоги.

Отже, на основі проведеного опитування, не можна зробити висновок про домінування певних відкритих психологічних особливостей людей, які зловживають алкоголем, але варто звернути увагу на те, що люди, які звертаються до групи анонімних алкоголіків мають стаж залежності більше 10 років, та відносяться до вікової категорії 35-50 років. Варто також

відмітити цікавий факт, що усі респонденти зростали у повноцінній сім'ї, та мали брата чи сестру.

Наступний крок – приведення результатів тестування.

2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Наше дослідження розпочинається з результатів методики на алкоголізм Університету штату Мичиган (MAST). Він має показати, що ми справді маємо справу з людьми, які страждають на алкогольну залежність.

Нами були виявлені загальні тенденції серед респондентів, які представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати частотного аналізу серед респондентів за методикою на алкоголізм Університету штату Мичиган (MAST)

Шкала	Рівень	Процент %
Наявність алкоголізму	низький	25%
	середній	60%
	високий	15%

Також результати зображені у вигляді графіку, який допомагає наглядніше побачити розподіл результатів за кожним рівнем (рис.2.1).

Рівень алкоголізму

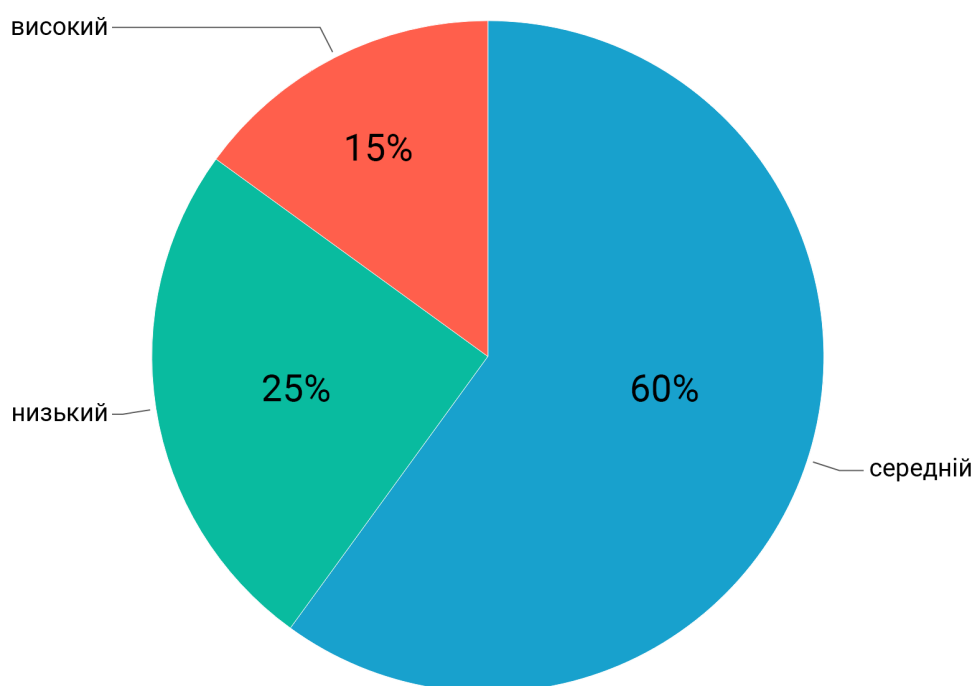


Рис. 2.1. Загальний рівень алкогольної залежності серед респондентів

Результати, які були отримані, вказують на те, що 60% респондентів мають середній рівень прояву алкогольної залежності, тобто, можна говорити про те, що вони мають проблеми з алкоголізмом. 15% людей мають високий рівень за даною методикою.

Перша група, яка буде аналізуватися – чоловіки. Відповідні дані представлені в таблиці 2.2. Нами був представлений частотний аналіз, який має показати розподіл опитуваних за певними рівнями – низький, середній, високий.

Таблиця 2.2.

Результати частотного аналізу серед чоловіків за методикою на алкоголізм Університету штату Мичиган (MAST)

Шкала	Рівень	Процент, %
Наявність алкоголізму	низький	20%
	середній	65%
	високий	15%

Також результати зображені у вигляді графіку, який допомагає наглядніше побачити розподіл результатів за кожним рівнем (рис.2.2).

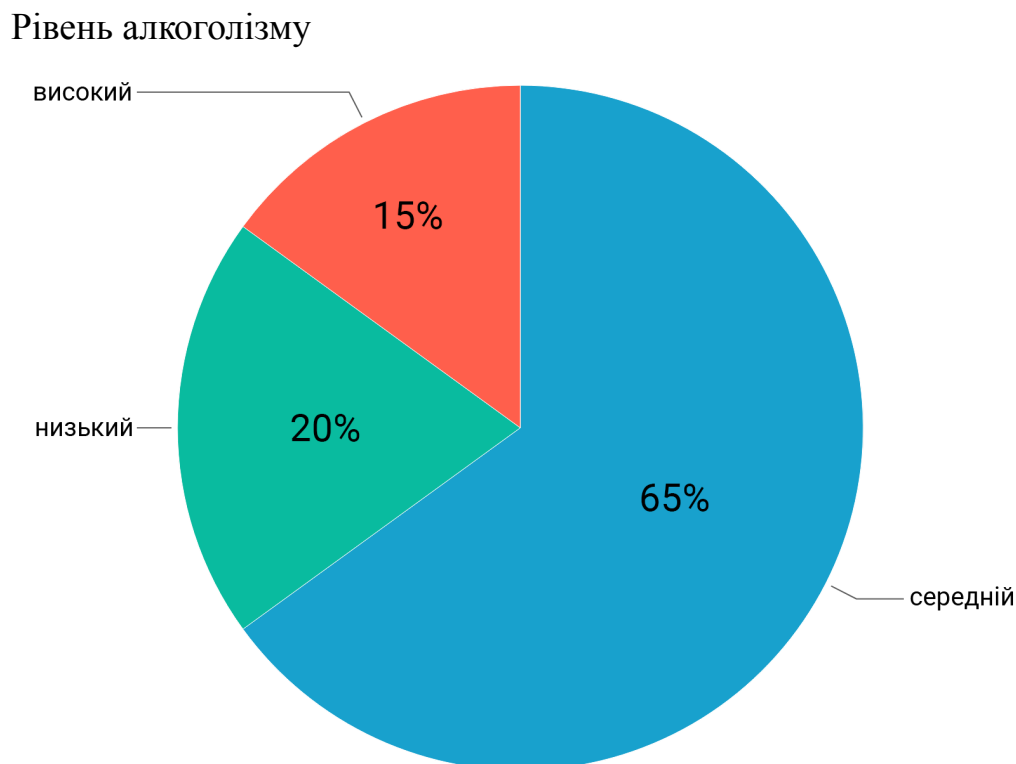


Рис. 2.2. Загальний рівень алкогольної залежності серед чоловіків

Отже, як ми бачимо на графіку, 65% респондентів мають середній рівень алкогольної залежності, тоді, як 15% – високий. Дані показують, що чоловіки, які приймають участь в дослідженні справді мають наявні проблеми зі вживанням алкоголю.

Також була проаналізована група жінок. Дані представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати частотного аналізу серед жінок за методикою на алкоголізм Університету штату Мічиган (MAST)

Шкала	Рівень	Процент, %
Наявність алкоголізму	низький	30%
	середній	55%
	високий	15%

Результати показали, що жінки мають нижчі показники, ніж чоловіки, і тільки у 55% жінок виявлено середній рівень, та у 15% – високий, якщо порівнювати з вибіркою чоловіків.

Отримані дані також будуть зображені у вигляді графіку (рис.2.3).

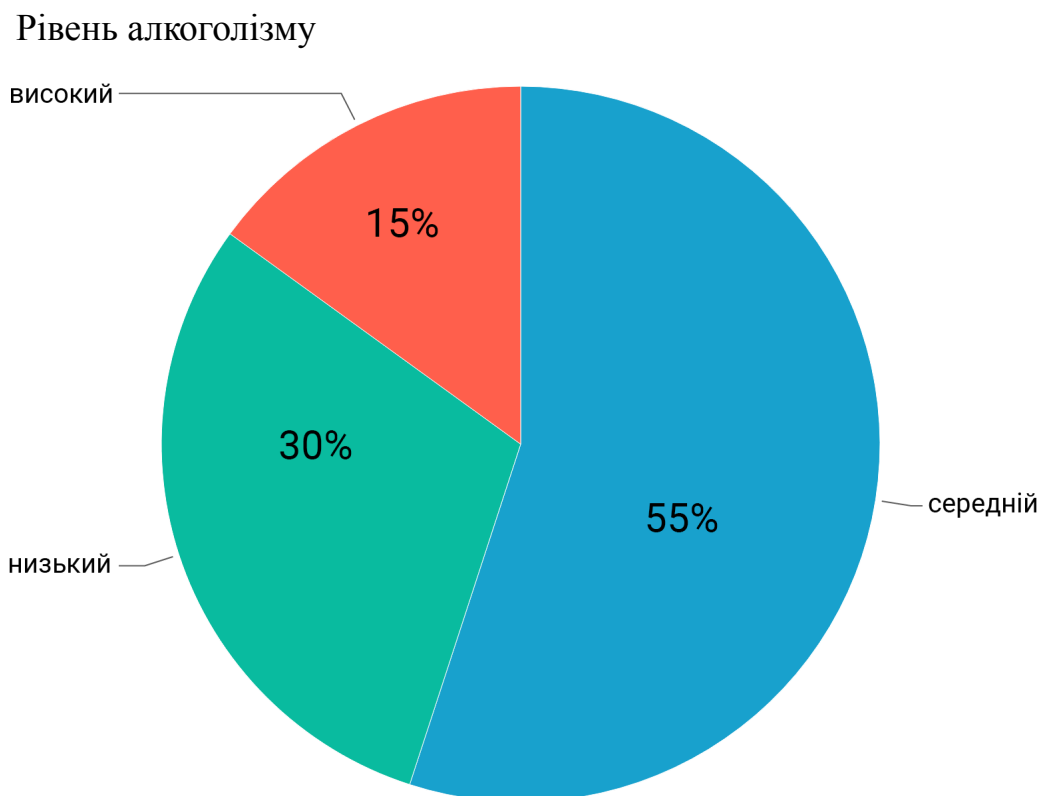


Рис. 2.3. Загальний рівень алкогольної залежності серед жінок

Отже, можна говорити про те, що у чоловіків більш виражений рівень алкогольної залежності, ніж у жінок.

Наступний крок – аналіз результатів, які були виявлені за опитувальником самовідношення (розроблено В.В. Століним С.Р. Пантелеєвим).

Таблиця 2.4.

Результати частотного аналізу серед респондентів за опитувальником самовідношення (розроблено В.В. Століним С. Р. Пантелеєвим)

Шкала	Рівень	Процент, %
Глобальне самовідношення	низький	10%
	середній	70%
	високий	20%
Самоповага	низький	45%
	середній	40%
	високий	15%
Аутосимпатія	низький	30%
	середній	50%
	високий	20%
Самоінтерес	низький	50%
	середній	30%
	високий	20%
Очікуване відношення від інших	низький	30%
	середній	55%
	високий	15%

Отримані результати за методикою показують, що у більшості респонденти не мають високого інтересу до себе, у них яскраво виражена аутосимпатія до себе, та у них занижений рівень самоповаги. Також варто відмітити, що серед респондентів спостерігається незначне очікування відношення від інших людей, що пояснюється тим, що ці люди вже змирилися з поганим ставленням до себе зі сторони інших людей. Також нами були проаналізовані окремо чоловіки та жінки за даною методикою.

Таблиця 2.5.

Результати частотного аналізу серед чоловіків за опитувальником самовідношення (розроблено В.В. Століним С.Р. Пантелеєвим)

Шкала	Рівень	Процент, %
Глобальне самовідношення	низький	20%
	середній	65%
	високий	15%
Самоповага	низький	45%
	середній	40%
	високий	15%
Аутосимпатія	низький	20%
	середній	65%
	високий	15%
Самоінтерес	низький	40%
	середній	30%
	високий	30%
Очікуване відношення від інших	низький	30%
	середній	55%
	високий	15%

Результати серед чоловіків показали, що у них виявлена значна аутосимпатія, вони не проявляють значний інтерес до себе, та не мають значної поваги до себе.

Таблиця 2.6.

Результати частотного аналізу серед жінок за опитувальником самовідношення (розроблено В.В. Століним С. Р. Пантелеєвим)

Шкала	Рівень	Процент, %
Глобальне самовідношення	низький	30%
	середній	55%
	високий	15%
Самоповага	низький	55%
	середній	35%
	високий	10%
Аутосимпатія	низький	30%
	середній	65%
	високий	5%
Самоінтерес	низький	40%
	середній	30%
	високий	30%
Очікуване відношення від інших	низький	40%
	середній	35%
	високий	25%

Результати серед жінок показали, що у них високі очікування к оточуючим, якщо порівнювати з результатами у чоловіків, у них нижчі результати за шкалами самоповаги та аутосимпатії. За отриманими даними можна стверджувати, що жінки більше відчують певну відразу до себе,

та мають нижчий показник самоповаги до себе.

Таблиця 2.7.

Результати розподілу за методикою на Локус контролю Дж. Роттера у чоловіків

Шкала	Рівень	Процент, %
Локус контроль	Екстернальність	45%
	Інтернальність	55%

Було виявлено, що серед чоловіків 55% респондентів мають інтернальний локус контролю, що означає, що вони приймають відповідальність за свої справи, готові шукати причини своєї поведінки в собі і визнають, що ніхто не зможе вирішити їхні проблеми за них.

Важливо дослідити групу жінок, щоб визначити, чи є локус контролю між цими двома групами подібним чи відмінним.

Таблиця 2.8.

Результати розподілу за методикою на Локус контролю Дж. Роттера у жінок

Шкала	Рівень	Процент, %
Локус контроль	Екстернальність	40%
	Інтернальність	60%

Результати показали, що серед респондентів жінок також переважає інтернальний локус контроль, але у значно більшому відсотку – 60%. Отримані дані підтверджують думку про те, що жінки більш схильні шукати корінь проблеми в собі та активніше займаються самоаналізом, щоб виявити вже наявні проблеми.

Варто зазначити, що результати дослідження вказують на те, що чоловіки більш схильні, ніж жінки, шукати проблему в навколишньому середовищі, намагатися покласти провину на конкретні події або знайти винних серед близьких друзів чи членів родини.

Крім того, ми проаналізували результати п'ятифакторного опитувальника особистості 5 PFQ в адаптації А.Б. Хромова.

Таблиця 2.9.

Результати частотного аналізу за методикою П'ятифакторний особистісний опитувальник МакКрає-Коста “Велика п'ятірка”

Шкала	Рівень	Процент, %
Екстраверсія	низький	35,2%
	середній	25,7%
	високий	39%
Прив'язаність	низький	9,5%
	середній	28,6%
	високий	61,9%
Самоконтроль	низький	50%
	середній	30%
	високий	20%
Емоційність	низький	23,8%
	середній	30,5%
	високий	52,4%
Практичність	низький	3,8%
	середній	28,9%
	високий	62,7%

35,2% респондентів мають низький рівень екстраверсії, а 25,7% - середній рівень, згідно з результатами аналізу. Високий рівень становить найбільшу частку. Можна сказати, що респонденти в цілому мають високий рівень екстраверсії.

За шкалою “прив'язаність” ми отримали такий розподіл: 9,5% респондентів мають низький рівень, 28,6% – середній рівень, 61,9% –

високий рівень. У результаті можна зробити висновок, що учасники дослідження мають високий рівень прив'язаності до людей, готові співпрацювати з іншими, поважають свого співрозмовника і готові до порозуміння з ним.

Шкала самоконтролю показала, що більшість людей не вміють контролювати свої дії та певні емоційні стани, що часто проявляється у зловживанні алкоголем.

За шкалою емоційності у вибірці переважають особи з високим рівнем емоційності, середній рівень демонструють 30,5% респондентів. Важливо зазначити, що трохи більше 20% людей мають низький рівень емоційності, що призводить до того, що вони не почуваються розслаблено, можуть мати ознаки стресу та постійні переживання через дрібниці.

Шкала практичності була останньою, яку ми розглянули. Вона демонструє, наскільки людина відкрита до спроб спробувати щось нове і наскільки готова творчо підходити до виконання певних справ. У методиці пропонуються протилежні поняття “експресивність та практичність”. Про лабільність, пластичність та цікавість людини до всього нового можна говорити, якщо вона має високі показники за цією шкалою. Досліджені показники показують, що серед респондентів переважає високий рівень.

Ми проаналізували результати п'ятифакторного тесту для всієї вибірки. Виявилось, що за всіма шкалами переважають високі значення всіх показників. Той факт, що жінок у вибірці значно більше, ніж чоловіків, можна пояснити високим рівнем емоційності та екстраверсії.

Чоловіки були першою групою, яку досліджували, і результати представлені в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10.

Результати частотного аналізу серед чоловіків за методикою П'ятифакторний особистісний опитувальник МакКрае-Коста “Велика п'ятірка”

Шкала	Рівень	Процент, %
Екстраверсія	низький	30%
	середній	50%
	високий	20%
Прив'язаність	низький	35%
	середній	55%
	високий	10%
Самоконтроль	низький	20%
	середній	60%
	високий	20%
Емоційність	низький	25%
	середній	55%
	високий	20%
Практичність	низький	10%
	середній	60%
	високий	30%

Усі показники на високому та середньому рівнях переважають серед респондентів, за вибіркою з 30 чоловіків. За своєю природою чоловіки більш схильні до самоконтролю, у чоловіків найбільше виражена практичність. Чоловіки мають менш виражені значення екстраверсії ніж жінки. Крім того, варто розглянути, як розподілилися результати у вибірці жінок (табл. 2.11.).

Таблиця 2.11.

Результати частотного аналізу серед жінок за методикою П'ятифакторний особистісний опитувальник МакКрае-Коста “Велика п'ятірка”

Шкала	Рівень	Процент, %
Екстраверсія	низький	20%
	середній	65%
	високий	15%
Прив'язаність	низький	20%
	середній	55%
	високий	25%
Самоконтроль	низький	40%
	середній	30%
	високий	30%
Емоційність	низький	30%
	середній	55%
	високий	15%
Практичність	низький	40%
	середній	30%
	високий	30%

Результати частотного аналізу показали, що показники прив'язаності та екстраверсії серед жінок мають найвищі бали. Це можна пояснити тим, що жінки є більш емоційними, ніж чоловіки, тому спілкування та потреба бути потрібними іншим мають для них вирішальне значення.

Чоловіки мають менш виражені значення, ніж жінки, за показниками екстраверсії.

Таблиця 2.12.

Результати частотного аналізу для усіх респондентів за методикою “Ціннісні орієнтації” Рокича

Шкала	Рівень	Процент, %
Власний престиж	низький	30%
	середній	60%
	високий	10%
Високе матеріальне положення	низький	20%
	середній	30%
	високий	50%
Креативність	низький	50%
	середній	40%
	високий	10%
Активні соціальні контакти	низький	30%
	середній	60%
	високий	10%
Розвиток себе	низький	30%
	середній	55%
	високий	15%
Досягнення	низький	20%
	середній	60%
	високий	20%
Духовне задоволення	низький	25%
	середній	55%
	високий	20%
Збереження власної індивідуальності	низький	10%
	середній	60%
	високий	30%

Результати свідчать про те, що для респондентів пріоритетними є фінансовий статус, саморозвиток, досягнення та збереження власної індивідуальності.

Крім того, високі оцінки отримала важливість особистого престижу, що свідчить про те, що ті, хто страждають алкоголізмом, налаштовані на особистісний ріст і готові до нового етапу в своєму житті.

Окремо були розглянуті показники чоловіків і жінок.

Таблиця 2.13.

Результати частотного аналізу серед чоловіків за методикою “Ціннісні орієнтації” Рокича

Шкала	Рівень	Процент, %
Власний престиж	низький	20%
	середній	70%
	високий	10%
Високе матеріальне положення	низький	10%
	середній	20%
	високий	70%
Креативність	низький	10%
	середній	40%
	високий	50%
Активні соціальні контакти	низький	30%
	середній	40%
	високий	30%
Розвиток себе	низький	20%
	середній	20%
	високий	60%
Досягнення	низький	10%
	середній	60%
	високий	30%
Духовне задоволення	низький	35%
	середній	55%
	високий	10%
Збереження власної індивідуальності	низький	10%
	середній	60%
	високий	30%

У чоловіків виявлені такі ключові цінності: збереження власної індивідуальності, саморозвиток, високий рівень життя, особистий престиж та досягнення. Це свідчить про те, що чоловіки сфокусовані на власному житті і прагнуть до самореалізації. Ці висновки можуть бути застосовані в

подальших психологічних дослідженнях, щоб допомогти обрати, на що спрямувати основні зусилля.

Також були проаналізовані дані для жінок (табл. 2.14).

Таблиця 2.14.

Результати частотного аналізу серед жінок за методикою “Ціннісні орієнтації” Рокича

Шкала	Рівень	Процент, %
Власний престиж	низький	30%
	середній	60%
	високий	10%
Високе матеріальне положення	низький	10%
	середній	10%
	високий	80%
Креативність	низький	20%
	середній	30%
	високий	50%
Активні соціальні контакти	низький	10%
	середній	40%
	високий	50%
Розвиток себе	низький	10%
	середній	30%
	високий	60%
Досягнення	низький	10%
	середній	60%
	високий	30%
Духовне задоволення	низький	10%
	середній	60%
	високий	30%
Збереження власної індивідуальності	низький	30%
	середній	50%
	високий	20%

Результати співпадають з результатами чоловіків, за винятком того, що жінки надають більшого значення соціальним зв'язкам і фінансовому статусу як факторам, що викликають занепокоєння.

Важливо також зазначити, що жінки більш творчі, ніж чоловіки, і, як наслідок, вони надають більшого значення креативності.

Для того, щоб проілюструвати різницю між двома групами в результатах тесту, ми додатково використали тест статистичної значущості Манна-Уїтні.

Цей тест застосовувався тому що у групі домінує ненормальний розподіл, який перевірявся тестом Колмогорова-Смірнова.

Статистична значущість дала змогу побачити, які саме показники дають змогу зробити про різну психологічну характеристику жінок та чоловіків, які приймали участь в дослідженні.

Статистична значущість дозволила нам виявити показники, які дають змогу робити висновки про різні психологічні риси жінок і чоловіків-учасників дослідження.

Таблиця 2.15.

Результати застосування критерія Манна-Уїтні для виявлення статистичної значущості у двох групах

Шкала	Стат. значущість
Екстернальність	0,02
Інтернальність	0,024
Екстраверсія	0,01
Прив'язаність	0,001
Самоконтроль	0,04
Емоційність	0,031
Практичність	0,014
Аутосимпатія	0,03
Очікуване відношення від інших	0,01
Активні соціальні контакти	0,027
Креативність	0,015
Високе матеріальне положення	0,04

Згідно з результатами статистичної значущості для груп, респонденти мають різноманітні цінності. Ці цінності включають такі речі, як фінансовий статус, соціальна активність та очікування щодо ставлення з боку інших людей. Важливо зазначити, що жінки мають вищі показники за цими критеріями.

Крім того, ми виявили відмінності в екстраверсії, рівні прив'язаності, екстернальності та аутосимпатії. Згідно з дослідженням, жінки частіше відчують аутосимпатичні почуття до себе, що призводить до того, що

вони більш самокритичні і частіше звинувачують себе у вживанні алкоголю.

Наступним етапом є проведення кореляційного аналізу, метою якого є виявлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками. Кореляційний аналіз було проведено на повній вибірці з 60 учасників.

Важливо пам'ятати, що в нашому опитуванні взяли участь 60 респондентів. Ми повинні провести тест Колмогорова-Смірнова, щоб вирішити, який коефіцієнт кореляції слід використовувати. Щоб довести нормальність розподілу, значення статистичної значущості має бути меншим за 0,05. У нашій ситуації було б більш прийнятним використовувати коефіцієнт Пірсона, оскільки більшість значень показали нормальний розподіл.

Таблиця 2.16.

Значення кореляції Пірсона між усіма методиками

	Алкогольна залежність	
	Кор. Пірсона	Зн.
Інтернальність	-0,673	0,002
Екстернальність	0,456	0,02
Глобальне самовідношення	-0,644	0,007
Самоповага	-0,568	0,03
Аутосимпатія	0,567	0,03
Розвиток себе	-0,462	0,011
Досягнення	-0,646	0,010
Власний престиж	-0,449	0,011

Результати кореляційного аналізу показали наступні тенденції: обернено-пропорційні зв'язки між інтернальністю, глобальним самовідношенням, самоповагою, саморозвитком і досягненнями, а також самооцінкою і ступенем алкогольної залежності. Крім того, були виявлені прямі пропорційні зв'язки між такими показниками, як рівень алкогольної залежності та рівень екстернальності, аутосимпатією.

Результати кореляційного аналізу показують, що учасникам дослідження – як чоловікам, так і жінкам при наявності алкогольної залежності властивий високий рівень екстернальності, тобто перекладання провини за свої проблеми на інших, негативне ставлення до себе та брак самоповаги, а також значний рівень аутосимпатії. Важливо зазначити, що такі цінності, як самовдосконалення, успіх та самоповага не є суттєво домінуючими серед респондентів.

В результаті дослідження можна стверджувати, що люди, які страждають на алкогольну залежність, мають значну неприязнь до себе та у них спостерігається почуття зневаги до власних досягнень.

Таблиця 2.17.

Результати проведення соціально-анамнестичного анкетування

	Питання	Результати
1	Стать	30 уч. – чол. 50%; 30 уч. – жін. 50%.
2	Вік	36 уч. – до 35 р. 61%; 24 уч. – після 35 р. 39%.
3	Освіта	20 уч. 34% – вища; 40 уч. 66% – середня.
4	Дитинство проходило в повній / неповній сім'ї.	50 уч. 83% – неповна сім'я, 10 уч. 17% – повна.
5	Наявність братів і сестер	30 уч. 50% – мають братів і сестер; 30 уч. 50% – не мають братів і сестер.
6	Народився і ріс в (місто / сільська місцевість)	40 уч. – 66% в місті; 20 уч. – 34% в сільській місцевості.
7	Соціально побутові умови проживання (варіанти прописати)	60 чол. 100% – нормальні.
8	Сімейний стан (кількість шлюбів)	30 уч. 50% – у шлюбі; 30 уч. 50% – не в шлюбі.
9	Наявність дітей в шлюбі і поза шлюбом	20 уч. 34% – є діти; 40 уч. 66% – немає дітей.
10	Професійний статус, стаж (чи часто міняв роботу)	14 уч. 23% – непрацюючі.; 46 уч. 77% – часто змінюють роботу.
11	Стаж вживання алкоголю	20 уч. 34% – до 5 років; 40 уч. 66% – більше 5 років.

Результати соціально-анамнестичного анкетування дозволяють зробити висновок, що АА – це чоловіки і жінки віком 35-50 років, серед яких 20 чоловік мають вищу освіту і 40 чоловік – середню. 50 осіб виросли в неповній сім'ї, тоді як 10 осіб – у повній. Сімейний стан респондентів

розподілився наступним чином: 30 учасників, або 50%, перебувають у шлюбі; 30 учасників, або 50%, не в шлюбі.

Висновки до II розділу

Отже, у 2 розділі були проаналізовані основні етапи проведеного дослідження, та були встановлені пріоритетні методи для майбутнього емпіричного дослідження, яке було проведено. У 2 розділі була охарактеризована вибірка, яка складається з 60 осіб АА.

MAST – Мічиганський скринінговий тест на алкоголізм – наразі є найпоширенішим опитувальником у США, як свідчить аналіз наукових джерел. Цей метод загалом добре зарекомендував себе як інструмент для швидкої попередньої діагностики алкоголізму. Він також може бути використаний в експертному середовищі.

Незважаючи на деяке викривлення результатів, ймовірно, через зміну внутрішнього образу хвороби та порушення когнітивних процесів, хворі на алкоголізм не здатні повністю приховати свою реакцію на пункти тесту.

На жаль, форми і методи психологічної роботи часто не дозволяють повною мірою прогнозувати (діагностувати) адиктивну поведінку громадян, а запропоновані психодіагностичні методики дадуть відповідь лише на питання наявності (відсутності) алкогольної або наркотичної залежності.

Однак одним з найстаріших і найточніших скринінгових тестів, який виявляє алкогольну залежність з точністю 98%, є Мічиганський скринінговий тест на алкогольну залежність (MAST), розроблений у 1971 році.

Питання, що використовуються в MAST, призначені для оцінки соціальних, професійних і сімейних проблем, пов'язаних з вживанням алкоголю. Сам тест призначений для швидкої оцінки зловживання алкоголем серед широких верств населення, незалежно від раси чи національності. Він пройшов широке тестування і показує відмінні результати в прогнозуванні алкоголізму.

В емпіричному дослідженні було використано наступні методики: тест на алкоголізм Університету штату Мичиган (MAST); опитувальник самовідношення (розроблено В.В. Століним С. Р. Пантелєєвим); тест на локус контролю Роттера; п'ятифакторний опитувальник особистості 5 PFQ в адаптації А.Б. Хромова; методика “Ціннісні орієнтації” Рокича; соціально-анамнестична анкета.

Статистичний аналіз складався з частотного та кореляційного аналізу. Для визначення різниці між чоловіками та жінками, проводилося порівняння груп між собою.

Результати вимірювальних методик були представлені в розділі 2. Нами було проаналізовано основні підходи для дослідження самосприймання осіб, які страждають на алкогольну залежність.

Згідно з результатами кореляційного аналізу, як для чоловіків, так і для жінок, залежних від алкоголю, характерний високий рівень екстернальності, тобто перекладання провини за свої проблеми на інших, негативне ставлення до себе та брак самоповаги, а також значний рівень аутосимпатії. Важливо зазначити, що такі цінності, як самовдосконалення, особистий успіх та престиж, не є суттєво домінуючими серед респондентів.

Результат проведеного аналізу свідчать про те, що люди з алкогольною залежністю, мали високе почуття зневаги до власних досягнень і значну неприязнь до себе.

За результатами проведення соціально-анамнестичного анкетування можна зробити висновок, що АА – це здебільшого чоловіки – 66%; і лише жінки – 34%, віком 35-50 років.

РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЕДУКАЦІЇ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

3.1. Підходи до психологічної роботи з алкозалежними особами

При лікуванні алкозалежних застосовуються групи психологічної підтримки, семінари, індивідуальна або групова терапія. Психологічна теорія, яка обґрунтовує використання конкретного підходу, повинна враховуватися при його застосуванні на практиці.

Групову терапію часто включають у комплексні плани лікування алкоголізму. Люди, які мають справу з алкоголізмом, можуть отримати допомогу від цієї стратегії і побачити, що вони борються не на самоті.

Групи підтримки: Багато людей, які борються з алкоголізмом, знаходять велику допомогу в організаціях підтримки, таких як Анонімні Алкоголіки (АА). Члени групи часто обговорюють свій досвід, перемоги та труднощі, створюючи сприятливе середовище.

Терапія когнітивно-поведінкова (КПТ): Учасники групових сесій КПТ вчаться виявляти та змінювати шкідливі ідеї та поведінку, які можуть сприяти вживанню алкоголю. Крім того, вони опановують нові техніки визначення пріоритетів і подолання стресу, що може допомогти їм уникнути рецидивів.

Мотиваційне інтерв'ю: Сприяючи формуванню суперечливого ставлення до вживання алкоголю та посилюючи бажання змінитися, ця стратегія намагається покращити мотивацію до змін.

Сімейна терапія: Алкоголізм впливає на всю сім'ю, а також на залежну людину. Сімейне консультування може запропонувати більш ефективні методи спілкування та вирішення конфліктів, а також допомогти кожному зрозуміти, як алкоголізм впливає на стосунки та сімейне життя.

Терапія, заснована на відновленні: Ця стратегія намагається заохотити людей до збалансованого, здорового способу життя. Вона може включати в себе навчання вирішенню проблем, технікам зняття стресу,

правильному харчуванню та фізичним вправам.

Групова терапія з використанням медитації та майндфулнес: Зростаюча кількість досліджень останніх років демонструє цінність усвідомленості та медитації в лікуванні залежностей, в тому числі алкоголізму. Вони здатні допомогти людям впоратися зі стресом та емоціями без вживання алкоголю.

Духовна терапія: Духовні або релігійні переконання можуть відігравати значну роль у процесі зцілення для деяких людей. Люди можуть знайти надію і силу у своїх переконаннях за допомогою груп, які зосереджуються на духовній стороні реабілітації.

Особистість людини, її готовність до змін, соціальне оточення і характеристики самої групи – все це може мати значний вплив на ефективність групової терапії. Для успішного одужання може також знадобитися поєднання групової терапії з індивідуальним лікуванням, медикаментозним лікуванням або іншими методами.

Глибинна психотерапія в лікуванні алкогольної залежності включає транзактний аналіз Е. Берна, психоаналіз З. Фрейда, індивідуальну психологію А. Адлера.

Згідно з теорією трансакційного аналізу Е. Берна [10,11,12], члени сім'ї, в якій є залежний від ПАР, беруть на себе певні ролі у сценарії “Рятівник-Жертва-Переслідувач”, заманюючи один одного в емоційні пастки. Такі ігри є токсичними і включають два ключові елементи: приховані цілі та можливість виграшу. Відмовитися від ролі і вийти з гри може бути досить складно.

У грі “Рятівник-жертва-переслідувач” роль “жертви” беруть на себе ті, хто перекладають відповідальність на інших (як правило, залежна людина); роль “рятівника” обирають ті, хто відчуває почуття вищості, піклуючись про інших, а також потребу в увазі, любові та вдячності з боку інших (як правило, співзалежний член сім'ї – дружина, мати, лікар); роль

“переслідувача” грають правоохоронні органи, або родичі.

Як наслідок, “рятівники” обирають “жертв” як партнерів, щоб задовольнити свою потребу в любові, а “жертви” прагнуть як близькості/залежності, так і відокремлення, в чому їм “допомагають” як “рятівники”, так і “переслідувачі”. Згідно з теорією трансакційного аналізу, шкідливі ігри можна зупинити, якщо допомогти гравцям зрозуміти “гру, в яку вони грають” і свою роль в ній.

Згідно з психоаналізом, в основі розвитку залежності лежать вади психосексуального дозрівання та внутрішньоособистісні конфлікти, набуті під час догенітальних фаз розвитку (оральної та анальної) [78,79].

Регресія до оральної стадії розвитку через алкоголізм допомагає людині уникнути наявних труднощів і знайти найкращі умови для функціонування. Алкоголь є інструментом (технікою), що прискорює алопластичну адаптацію.

Згідно з психоаналітичною теорією, стосунки алкоголіка з родичем є “фіксацією” на стадії “симбіозу” залежного існування. Для того, щоб допомогти залежному члену сім'ї перейти від симбіотичних зв'язків через стадію “відокремлення-індивідуалізації” до більшої психологічної зрілості, була розроблена психоаналітична психотерапія.

Вивчення глибинного комплексу неповноцінності та механізмів його подолання лежить в основі індивідуальної психології А. Адлера [3]. Усі люди, на думку Адлера, відчують себе неповноцінними з раннього віку, тому що вони народжуються маленькими і безпорадними істотами, і їм потрібно багато часу, щоб навчитися використовувати свої сили.

Увесь світ ніби стверджує, що дитина не може бути самостійною, коли вона росте і розвивається, і повинна покладатися на більш сильних і зрілих дорослих. Життя людини постійно переслідує почуття неповноцінності та неспроможності, що викликає сильне напруження і біль. Як наслідок, людина починає докладати зусиль, щоб його позбутися.

Згідно з теорією Адлера[3], психологічні процеси залежності – це марні спроби позбутися комплексу неповноцінності. Відчуття, що “я маю місце в суспільстві”, що “я бажаний, мене люблять і приймають, що я роблю внесок, який потрібен моєму суспільству (сім'ї, дитячому садку, школі, колективу, громаді), я є його частиною”, можна подолати, розвиваючи почуття спільності (також відоме як “почуття приналежності” або “соціальний інтерес”).

Методи, які використовують переважно розвиваючі особистість стратегії, можна розділити на дві групи: індивідуальна раціональна психотерапія, сімейна психотерапія [65,31,11].

Ці підходи, які зосереджені переважно на компенсаторних і нормативних процесах, вирізняються такими характеристиками: пацієнт розглядається як об'єкт впливу; метою впливу є збільшення можливостей особистості; терапія є досить тривалою і виснажливою; результати досягаються поступово, але є напрочуд стабільними; стосунки між пацієнтом і терапевтом будуються на засадах партнерства і співпраці.

Основним традиційним способом безпосереднього впливу лікаря на залежного пацієнта є індивідуальна раціональна психотерапія, яка повинна бути персоналізована для кожного з них.

Цілі індивідуальної психотерапії хворих на алкоголізм – донести до пацієнта інформацію про ризики, пов'язані з алкоголем, змінити його свідоме і несвідоме ставлення, щоб сприяти критиці своєї хвороби і прагненню до тверезого і здорового способу життя, а також навчити його зупиняти патологічний потяг до алкоголю в разі загострення під час ремісії.

У сімейній психотерапії [11] об'єктом впливу є сім'я хворого на алкоголізм в цілому, а не сам пацієнт. Різні підходи до сімейного консультування концентруються на викоріненні патологічних стереотипів, підвищенні соціальних навичок і, найголовніше, усуненні явища

співзалежності.

В основі сімейної психотерапії алкоголізму лежить ідея про те, що розвиток алкоголізму – це сімейна проблема.

Проблема сім'ї з залежним розглядається у системній сімейній психотерапії з точки зору невідповідності організаційної сімейної ієрархії. У такій сім'ї межі між поколіннями розмиті, а дисфункціональні вертикальні зв'язки (коаліції одного з подружжя з батьками або дітьми) віддають перевагу подружнім стосункам. Як наслідок, витіснений на маргінес член сім'ї намагається відновити свої позиції за допомогою алкоголю, “роблячи” партнера або інших членів сім'ї “безпорадними” перед своєю проблемою і “відновлюючи рівність”.

Встановлення послідовної ієрархії в сім'ї є відповіддю на проблему і основним завданням лікування. Крім того, завданнями сімейної терапії є допомога пацієнтові у виробленні здорового ставлення до тверезості, виявлення первинних подружніх конфліктів, зниження невротизації співзалежного родича, відновлення емоційної близькості і взаєморозуміння між подружжям, а також адаптація сім'ї до режиму тверезості.

Більшість методів симптоматичного лікування використовують маніпулятивні (сугестивні) методи управління. До них належать аутотренінг, методи трансу та гіпнозу [32,36]. Зазвичай техніки сугестивного впливу поєднуються з аспектами поведінкової психотерапії, ерготерапії та низкою допоміжних підходів (бібліотерапія, арт-терапія тощо). “Кодування” Довженка є сучасним удосконаленням сугестивного методу.

Алкогольну та тютюнову залежність можна успішно лікувати за допомогою гіпнотерапії (гіпнозу) – психотерапевтичного методу лікування, заснованого на впливі навіювання в гіпнотичному стані. При підкріпленні страху перед можливими неприємними і навіть важкими наслідками для пацієнта в разі порушення цієї заборони гіпносугестивне лікування використовує навіювання з метою заборони вживання алкоголю.

У цій ситуації пацієнт розглядається як об'єкт впливу. Основна мета впливу – змінити компульсивну (алкогольну) поведінку. Терапія часто нетривала, результат досягається дуже швидко, але не обов'язково стабільний. Патерналізм терапевта і прийняття ним на себе відповідальності за успішне завершення лікування є основою зв'язку між пацієнтом і терапевтом.

За визначенням А.Р. Довженка (1987), кодування – це сеанс антиалкогольного нав'ювання, що проводиться під час утримання людини від вживання алкоголю протягом декількох днів або тижнів. Суть методу Довженка полягає в гіпнотичному впливі на людину з нав'юванням конкретного періоду утримання і комплексу заборонних заходів, покликаних вселити пацієнтові страх перед неминучими серйозними розладами здоров'я в разі відновлення вживання алкоголю, поряд з повним зняттям потягу до алкоголю на весь період кодування.

Основна форма психотерапії – емоційно-стресова психотерапія, тобто, закладення в підсвідомість “коду”, що забороняє вживання алкоголю [42].

На жаль, реакція пацієнта на вищезгадані симптоматичні методи лікування обмежена в часі, і часто після завершення курсу терапії відбуваються зриви. Крім того, як побічний ефект різних маніпулятивних технік, у пацієнта часто виникає новий симптом, який часто гірший за той, що був нейтралізований.

Основним недоліком таких підходів у порівнянні з інтенсивними психотерапевтичними методами є прямий вплив на хворобливі прояви без активного залучення особистості пацієнта до процесу зцілення.

У лікуванні алкоголізму аутогенне тренування, іноді відоме як “аутотренінг”, часто використовується як активна техніка саморегуляції. За допомогою низки вправ аутотренінг спрямований на регулювання вегетативних порушень і зменшення емоційного стресу. Аутогенне

тренування також допомагає посилити реакцію відрази до алкоголю. Для виконання основних вправ проводяться як індивідуальні, так і групові заняття.

Групи само- та взаємодопомоги наркологічним та алкогольозалежним хворим. Найбільш відоме співтовариство “Анонімні алкоголіки” (АА). В основі його діяльності лежить програма “12 кроків”, розроблена в США в кінці 1930-х років.

Наприклад, Міннесотська модель довела свою ефективність протягом багатьох років використання в міжнародних спеціалізованих центрах лікування наркозалежності. Наразі її модифікують для використання в амбулаторних та стаціонарних умовах, беручи до уваги культурні та соціальні фактори пацієнтів. Програма “12 кроків” може бути використана для заохочення пацієнтів до усвідомлення своєї хвороби, необхідності тверезого способу життя, власного особистісного зростання та вирішення особистих і суспільних проблем, особливо тих, що стосуються їхніх сімей [49].

Отже, психотерапевтичні методики базуються на різних психологічних теоріях, які допомагають нам зрозуміти особистість алкоголіка, глибинні причини його проблеми, а також те, як актуалізувати його нормативно-компенсаторні процеси через розвиток його особистості та сімейних стосунків. Вони також ґрунтуються на вмілому застосуванні симптоматичних психотерапевтичних технік, які допомагають нам лікувати алкоголізм максимально ефективно.

3.2. Програма психоедукації

Після вивчення результатів психологічного тестування важливо зосередитися на розробці відповідних рекомендацій та психоосвітньої програми.

Окрім опису тих, хто бореться з алкоголізмом, метою нашої роботи є надання відповідної психоосвітньої програми, яка має допомогти у подоланні певних психологічних проблем.

Наша програма повинна допомогти алкоголікам зрозуміти першопричини їхніх проблем, а також шляхи їх вирішення. Усвідомлення і свідоме подолання кожної перешкоди на шляху реабілітації є основною метою.

Щоб допомогти залежним від алкоголю відновити повноцінне життя в майбутньому, ми створили ряд послідовних етапів.

У програмі психоедукації були розроблені 3 блоки:

Опрацювання власного ресурсу;

Робота з близьким, родичами;

Допомога іншим.

Кожен блок спрямований на вирішення певного кола питань. Перший блок – робота з власними ресурсами залежної людини; вона має знайти сили, які дозволять їй впоратися з теперішніми викликами та подолати їх, щоб жити далі. Перший блок має допомогти як сфокусуватися на своїх здібностях, так і відкрити в собі певний ресурс. На цьому етапі людина повинна зрозуміти, що все, що з нею відбувається, залежить тільки від неї.

На цьому етапі ми радимо створити конкретний образ своїх бажань на додаток до пошуку власного ресурсу. Залежний може побачити свою кінцеву мету і прописати конкретні дії, які приведуть до неї.

Другий блок – це робота з близькими алкоголіка, а це означає, що окрім допомоги собі, потрібно також допомагати тим, кому він завдав значної шкоди. Залежний повинен вміти визнавати свої помилки, шукати

миру і висловлювати жаль. На цьому етапі людина повинна докласти всіх зусиль, щоб помиритися з близькими і вибачитися перед ними.

Людина, яка проходить процес реабілітації, повинна усвідомити, що коли вона вчиться перестати бути співзалежною, жити в реаліях тверезості і перестати бути постійно жертвою, вона не єдина пристосовується до нових життєвих реалій.

Робота з сім'єю на цьому етапі має важливе значення. З точки зору системної сімейної психотерапії проблема сім'ї з залежним розглядається, як порушення організаційної сімейної ієрархії. У такій сім'ї межі між поколіннями розмиті, а дисфункціональні вертикальні зв'язки (коаліції одного з подружжя з батьками або дітьми) віддають перевагу подружнім відносинам. Як наслідок, витіснений на узбіччя член сім'ї намагається відновити свої позиції за допомогою алкоголю, “зробивши” партнера або інших членів сім'ї “безпорадними” перед своєю проблемою і “відновивши рівність”.

Встановлення послідовної ієрархії в сім'ї є відповіддю на проблему і основним завданням лікування. Крім того, завданнями сімейної терапії є допомога пацієнтові у виробленні здорового ставлення до тверезості, виявлення первинних подружніх конфліктів, зниження невротизації співзалежного родича, відновлення емоційної близькості і взаєморозуміння між подружжям, а також адаптація сім'ї до режиму тверезості.

Третій блок – допомога іншим. Учасник психоосвітньої програми повинен приносити користь не тільки собі, а й оточуючим, тобто демонструвати, що існують альтернативи зверненню до алкоголю та стратегії вирішення поточних проблем. Допомагаючи комусь впоратися з актуальною проблемою, можна зрозуміти і побачити себе під іншим кутом зору. На цьому етапі залежний перетворюється на вчителя. Оскільки він служить прикладом, Великим Вчителем, який повинен допомагати всім, хто цього потребує, він більше не зможе помилятися.

На першому етапі залежний повинен визнати, що його життя вийшло з-під контролю, визнати свою хворобу і неминучу потребу в професійній допомозі. Алкозалежні приходять до усвідомлення того, що вони готові кардинально змінити своє життя, подолати свою жахливу залежність і відчувати всі радощі нормального існування.

Далі залежний повинен визначити своє власне унікальне джерело, яке послужить йому справжнім спасінням і дасть йому зцілення та потужну силу. Сила любові, сила підтримки сім'ї, сила майстерності та вміння лікарів або сила довіри до Бога – ось кілька прикладів таких сил.

Залежний готовий повністю дотримуватися засад, принципів та ідеалів обраного ним шляху в усіх без винятку сферах свого життя. Він також готовий повністю довіритися здатності цього шляху зцілити його.

Залежному необхідно безстрашно, максимально об'єктивно і глибоко оцінити своє життя і самого себе з високоморальної сторони.

Крім того, залежний повинен визнати, що його життя до цього моменту було помилкою, і що він готовий до нового початку і нормального життя. Тобто людина, хвора на алкоголізм, за допомогою психіатричного лікування повинна усвідомити, що життя, яке вона вела раніше, було нереальним, що вона повинна йти далі, і що вона повинна навчитися боротися з помилковими потягами. На цьому етапі не потрібно відкидати минуле, натомість слід сконцентруватися на майбутньому і усвідомити, що тільки вона сама має силу змінити свої обставини.

Залежний повинен заявити, що він або вона повністю готові до життя, яке він або вона обрал, щоб допомогти йому або їй подолати власні недоліки. Щоб протистояти всім труднощам, які можуть виникнути в майбутньому, людина повинна розвивати внутрішню силу. Наступні кілька етапів будуть складними, але слід усвідомлювати необхідність вживати всіх необхідних заходів обережності і дотримуватися жорстких правил.

Важливо зосередитися як на прагненнях, так і на конкретних діях, які

необхідно здійснити для досягнення бажаного результату. Людина повинна вміти контролювати власні емоції та налаштовувати себе на успіх. Зараз людина може придумати певні мотивуючі слова, які стануть в нагоді у критичних ситуаціях. Такі слова, як “Все буде добре, у мене все вийде” або “Я можу зробити все і навіть більше” – це приклади фраз, які підходять під цей опис.

У психологічній роботі важливо зосередитися не тільки на пацієнтові, а також на членах його родини. Це означає співпрацювати з ними в будь-яких психологічних ініціативах, які допоможуть їм пристосуватися до нових реалій життя.

Наповнити бажанням виправити будь-яку шкоду, страждання або зло, заподіяне іншим людям, яке міг заподіяти залежний, щоб повернути йому справжню насолоду від незамінного людського спілкування.

Потрібно задати правильні тони у своєму житті, а незавершені справи вирішити в конструктивний спосіб.

Продовжуйте регулярний самоаналіз, визнавайте помилки, як тільки вони виникають, і використовуйте всі доступні інструменти самоаналізу. На цьому етапі реабілітолог вже не відчуває себе безсилим перед будь-якою проблемою. Він вміє використовувати будь-які обставини на свою користь.

Періодичні прохання і благання, які реабілітант подумки звертає до Вищих Сил, самі по собі дають йому ще більше сил рухатися далі по життю і розвиватися.

В результаті своїх успішних зусиль реабілітант повинен бути готовий до того, що його знання допоможуть піднятися кожному, хто став жертвою залежності. Як наслідок, він може вирішити працювати самостійно як консультант для тих, хто бажає йти шляхом духовного перетворення людини.

Важливо зазначити, що хоча ми запропонували психоосвітню

програму, метою нашого дослідження є її практичне застосування, тобто робота з алкозалежними. Програма повинна продемонструвати свою ефективність і визначити, чи дійсно вона допоможе в боротьбі з алкоголізмом.

Висновки до розділу III

Ми розглянули сучасні методи надання психологічної допомоги людям, які страждають від алкоголізму. Ми наголосили на ключових техніках, що використовуються в сімейній психотерапії, унікальних особливостях індивідуального консультування та груп самопомоги.

Ми розглянули низку подальших кроків, які мають допомогти одужуючим алкоголікам у майбутньому знову жити повноцінним життям.

У програмі психоедукації були розроблені 3 блоки:

Опрацювання власного ресурсу;

Робота з близьким, родичами;

Допомога іншим.

Кожен блок спрямований на вирішення певного кола питань. Першим кроком є робота з власними ресурсами залежної людини; вона має визначити конкретні здібності, які дозволять їй впоратися з теперішніми викликами та подолати їх, щоб жити далі. Перший розділ має допомогти як сфокусуватися на своїх здібностях, так і відкрити в собі певний ресурс. На цьому етапі людина повинна зрозуміти, що все, що з нею відбувається, залежить тільки від неї.

На цьому етапі ми радимо створити конкретний образ своїх амбіцій на додаток до пошуку власного ресурсу. Залежний може побачити свою кінцеву мету і прописати конкретні дії, які приведуть його до неї.

Другий блок – це робота з близькими алкоголіка, а це означає, що окрім допомоги собі, потрібно також допомагати тим, кому він завдав значної шкоди. Залежний повинен вміти визнавати свої помилки, шукати миру і висловлювати жаль. На цьому етапі людина повинна докласти всіх зусиль, щоб помиритися з близькими і вибачитися перед ними.

Людина, яка проходить реабілітацію, повинна усвідомити, що коли вона навчиться перестати бути співзалежною, жити в реаліях тверезості і перестати бути постійно жертвою, вона не єдина пристосовується до нових

життєвих реалій.

Третій блок – допомога іншим. Учасник психо едукативної програми повинен приносити користь не лише собі, а й тим, хто його оточує, тобто демонструвати, що існують альтернативи зверненню до алкоголю та стратегії вирішення існуючих проблем. Допомагаючи комусь впоратися з актуальною проблемою, можна зрозуміти і побачити себе під іншим кутом зору. На цьому етапі залежний перетворюється на вчителя. Він більше не зможе помилятися, оскільки є прикладом для наслідування, Великим Вчителем, який повинен допомагати всім, хто цього потребує.

ВИСНОВКИ

З дослідження, проведеного в рамках випускної кваліфікаційної роботи, можна зробити наступні висновки:

Вивчення “Я-концепції” має столітню історію і своїм корінням сягає в зарубіжну психологію. Такі вчені, як Ч. Кулі та Дж. Мід почали вивчати “Я-концепцію” з точки зору психології в перші десятиліття 20-го століття. У. Джеймс включив главу про феномен “Я” у свою книгу “Принципи психології” у 1890 році. Більшість гіпотез “Я” ґрунтуються на методології У. Джеймса.

“Я-концепція” є продуктом самосвідомості людини; вона являє собою сукупність усіх уявлень людини про себе і є суттєвою детермінантою поведінки. Проблема вдосконалення психологічної теорії “Я-концепції” на тлі низки оригінальних наукових підходів (концептуальних схем) до обґрунтування змісту та структури цієї універсально унікальної реальності психічного світу людини постає в науковій літературі, незважаючи на підвищену увагу дослідників, насамперед філософів, психологів, соціологів та педагогів, до пізнання природи цього складного внутрішнього утворення.

“Я-концепція” виникає в людини у процесі розгортання соціальної взаємодії як винятковий результат її культурного розвитку, відносно стійке і водночас піддатливе внутрішнім коливанням і змінам психічне утворення. Вона справляє значимий вплив на перебіг життя людини від дитинства до глибокої старості, зумовлюючи той чи інший вибір життєвого шляху та її власної долі загалом. Відтак первинна залежність Я-концепції від зовнішніх умов та обставин суспільного життя не підлягає сумніву, хоча зрозуміло, що з віком вона відіграє все більш самостійну роль у житті людини.

“Я-концепція” розвивається через соціальні контакти як унікальний результат культурного розвитку людини; це досить стійкий психічний

конструкт, який водночас схильний до внутрішніх змін. Вона суттєво впливає на життєву траєкторію людини від дитинства до старості, визначаючи її конкретний життєвий шлях і долю загалом. Звідси випливає, що “Я-концепція” є беззаперечно залежною від оточення та обставин соціального життя, незважаючи на те, що з віком вона стає все більш автономною.

Існує кілька виправдань для вживання алкоголю. Хтось розглядає його як метод покращення міжособистісної взаємодії, а хтось – як засіб зняття психічного напруження.

Вважається, що алкоголь має терапевтичні дії, оскільки він посилює апетит і бореться з такими хворобами, як застуда та інші недуги. За словами лікарів, у невеликих дозах алкоголь дійсно посилює відчуття голоду, а помірне вживання знижує ризик серцево-судинних захворювань у чоловіків старше сорока років. Вони вважають, що всі інші передбачувані “терапевтичні” ефекти алкоголю є сумнівними або неправдивими. Антисептичні властивості алкоголю використовуються в медицині для приготування ліків і стерилізації поверхонь (наприклад, тих, що використовуються для ін'єкцій тощо), але не для лікування пацієнтів.

Вживання алкоголю в першу чергу мотивоване психоактивними властивостями етилового спирту. Він необхідний багатьом категоріям людей, головним чином тим, хто бореться з соціальною адаптацією і щодня стикається з фізичним і психічним виснаженням. Цілком логічно, що алкоголь вживають “проти втоми”, під час хвороби та на більшість свят. Мікроклімат сім'ї, виховання, звичаї, стреси мають значний вплив на розвиток алкогольної залежності, оскільки ступінь соціальної адаптації та наявність перевантажень залежать від соціального оточення індивіда.

Алкоголізм характеризується запоями до втрати свідомості, переживанням абстинентного синдрому після припинення вживання алкоголю та ігноруванням певних протипоказань (таких як виразка і

проблеми з серцем).

Психологія алкоголіка обумовлена наступними причинами:

1. Відсутність можливості поговорити з близькою людиною, якій можна довіряти.
2. Відсутність можливостей для яскравих особистостей реалізувати свій потенціал у суспільстві, що призводить до того, що вони звертаються до алкоголю для заціпеніння.
3. Психологічні проблеми, з якими алкоголь може допомогти впоратися (свідомість алкоголіка відзначається скутістю, тривогою і недовірою).
4. психологічна залежність від суспільства, в якому вживання алкоголю є прийнятною нормою.

Проведений аналіз наукових джерел засвідчив, що найпоширенішою у США на цей час анкетною методикою є MAST – Мічиганський алкогольний скринінг-тест. Ця методика у цілому виправдала своє призначення як інструмент попередньої експрес-діагностики алкоголізму, крім того вона може застосовуватися в експертних умовах.

Незважаючи на деяке перекручення результатів, хворі на алкоголізм не в змозі повністю дисимілювати реакцію на пункти тесту, ймовірно, у зв'язку зі зміною внутрішньої картини захворювання і порушенням пізнавальних процесів .

Запропоновані психодіагностичні методики дадуть відповідь лише на питання, чи існує алкогольна або наркотична залежність, що дуже прикро, оскільки часто форми і методи психологічної роботи не дозволяють правильно спрогнозувати (діагностувати) схильність до адиктивної поведінки у людини.

Тим не менше, розроблений в 1971 році Michigan Alcohol Screening Test (MAST) – один з найстаріших і найбільш точних скринінг-тестів, ефективність якого за визначенням алкогольної залежності досягає 98%.

Тест MAST включає питання щодо сприйняття учасником дослідження сімейних, робочих та суспільних проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. Тест був створений як експрес-метод для оцінки зловживання алкоголем серед населення в цілому, включаючи расові та етнічні групи. Він пройшов широке тестування і показав видатні результати у виявленні схильності до вживання алкоголю.

Під час емпіричного дослідження застосовувалися наступні методики: тест на алкоголізм Університету штату Мичиган (MAST); опитувальник самовідношення (розроблено В.В. Століним С. Р. Пантелеєвим); тест на локус контролю Роттера; п'ятифакторний опитувальник особистості 5 PFQ в адаптації А.Б. Хромова; методика “Ціннісні орієнтації” Рокіча.

Отже, у результаті проведеного аналізу можна стверджувати, що респонденти, які страждають на алкогольну залежність, мають значну неприязнь до себе, також у них спостерігається неповага до власних досягнень.

Дванадцяти-крокова програма – це набір керівних принципів для одужання від залежності, примусу чи інших поведінкових проблем. Спочатку він був розроблений Анонімними Алкоголіками (АА) і згодом був адаптований для використання з багатьма різними формами залежності. Дванадцяти-крокова програма – це низка духовних і моральних принципів, які заохочують учасників брати на себе відповідальність за свої вчинки та виправлятися з тими, кого вони заподіяли. Кроки також заохочують учасників звернутися до вищої сили за керівництвом і силою для подолання своєї залежності. 12-крокової програми часто включені в стаціонарні та амбулаторні лікувальні центри та групи підтримки як форму реабілітації.

Перший крок 12-крокової програми: “Ми визнали, що ми безсилі перед нашою залежністю, що наше життя стає некерованим”. Цей крок є

підтвердженням того, що людина має проблему із залежністю і що вона не в змозі подолати її самостійно. Це прийняття того факту, що їм потрібна допомога та підтримка, щоб одужати. Це також важливий крок до того, щоб почати брати на себе відповідальність за свої дії та мати бажання змінити їх на краще.

Другий крок 12-крокової програми: “Ми повірили, що сила, більша за нас, може повернути нам розум”.

Цей крок заохочує учасника шукати вищу силу або духовну віру, якою б вона не була, щоб дати їм силу та керівництво, необхідні для подолання своєї залежності. Він не передбачає жодних конкретних релігійних переконань, але заохочує людей знайти систему вірувань, яка дасть їм сили подолати свою залежність. Цей крок також означає, що власної сили волі та зусиль людини недостатньо, щоб подолати свою залежність, отже, потрібна вища сила, щоб відновити здоровий глузд і мати можливість жити повноцінним і осмисленим життям.

Крок 3: “Прийняли рішення віддати свою волю і своє життя під опіку Бога, як ми Його розуміли”.

Цей крок стосується прийняття свідомого рішення віддати контроль над своїм життям вищим силам. Це визнання того, що покладатися на власні сили та силу волі недостатньо, щоб подолати залежність, і що вища сила може надати керівництво та силу, необхідні для одужання. Цей крок також полягає в прийнятті того, що є щось більше, ніж ти сам, що може допомогти, це може бути релігійний діяч чи переконання, або це може бути вища сила, яка сама по собі не є релігійною, але щось, що є більшим, ніж сама людина. буде.

Крок 4: “Зробили пошукову і безстрашну моральну інвентаризацію себе”.

Цей крок передбачає чесний і ретельний погляд на себе, щоб визначити сфери свого життя, які потребують покращення. Це означає бути

чесним щодо власних помилок, недоліків і минулих дій, які сприяли залежності або іншій негативній поведінці. Це також бажання критично поглянути на себе, не боячись подивитися правді в очі, і готовність нести відповідальність за свої вчинки.

Крок 5: “Визнати Богові, собі та іншій людині точну природу наших помилок”.

Цей крок полягає в тому, щоб зізнатися у своїх неправотах і помилках вищим силам, собі та іншій людині. Це визнання того, що хтось заподіяв шкоду, і це крок до відповідальності за свої дії. Цей крок також часто називають “кроком моральної інвентаризації”, оскільки він є продовженням кроку 4, однак цей крок більше стосується передачі інвентаризації іншим для отримання зворотного зв'язку, допомоги та поради.

Крок 6: “Були повністю готові до того, щоб Бог усунув усі ці недоліки характеру”.

Цей крок полягає в готовності відмовитися від негативних рис і поведінки, щоб стати кращою людиною. Йдеться про бажання змінюватися та бути відкритим для керівництва вищих сил, щоб подолати залежність і негативну поведінку.

Крок 7: “Смирено просили Його усунути наші недоліки”.

Цей крок полягає в тому, щоб попросити у вищої сили сили та керівництва, щоб подолати негативні риси та поведінку. Йдеться про визнання того, що ніхто не може зробити це сам і що для того, щоб попросити допомоги у вищих сил, потрібне смирення.

Крок 8: “Склав список усіх людей, яким ми заподіяли шкоду, і висловив бажання загладити їм усім”.

Цей крок стосується складання списку всіх людей, які постраждали внаслідок залежності, і готовності вжити заходів, щоб виправити їх. Цей крок важливий для взяття на себе відповідальності за шкоду, заподіяну

залежністю, і це важливий крок до відновлення стосунків, які були пошкоджені. [22]

Крок 9: “Напряму відшкодував провину таким людям, де це було можливо, за винятком випадків, коли це завдало б шкоди їм або іншим”.

Цей крок спрямований на вжиття дій, щоб відшкодувати шкоду тим, кому було завдано шкоди, за умови, що це не завдасть подальшої шкоди. Важливо, щоб виправлення відбувалося відповідально та не завдало додаткової шкоди.

Крок 10: “Продовжували проводити особисту інвентаризацію, і коли ми були неправі, негайно це визнавали”.

Цей крок пов’язаний із постійною саморефлексією та бажанням визнати помилку, щоб підтримувати прогрес у відновленні. Це постійний процес самооцінки та відповідальності за свої дії.

Крок 11: “Прагнення за допомогою молитви та медитації покращити наш свідомий контакт з Богом, як ми Його розуміли, молячись лише про знання Його волі для нас і про силу її виконувати”.

Цей крок передбачає постійну духовну практику, щоб зміцнити свій зв’язок із вищою силою та отримати вказівки щодо того, як жити повноцінним і осмисленим життям. [24 с.67]

Крок 12: “Отримавши духовне пробудження в результаті цих кроків, ми намагалися донести це послання іншим і застосовувати ці принципи в усіх наших справах”.

Цей крок спрямований на використання уроків і досвіду, отриманих під час одужання, для допомоги іншим та інтеграції принципів програми в усі аспекти свого життя.

Важливо зауважити, що дванадцяти-крокова програма не є обов’язковою і не призначена для неухильного дотримання. це структура, яка скеровує відновлення, і кроки часто адаптовані відповідно до системи переконань учасника, і це не призначено бути універсальним для всіх.

В роботі розглянуті існуючі підходи до психологічної допомоги людям, які страждають на алкогольну залежність. Також в проведеному дослідженні виділені основні методи сімейної психотерапії, особливості індивідуального консультування, а також були розглянуті групи взаємодопомоги.

У цій дипломній роботі, нами розроблено декілька послідовних етапів, які мають допомогти алкозалежним у майбутньому повернутися до повноцінного життя.

У програмі психоедукації були розроблені 3 блоки:

Опрацювання власного ресурсу;

Робота з близьким, родичами;

Допомога іншим.

Алкоголік, безумовно, потребує психологічної підтримки на додаток до фармакологічної терапії, інакше після виходу із запою і завершення етапу кодування у пацієнта може статися рецидив.

Психологічна допомога хворому складається з декількох етапів:

- виявлення причини, що підштовхнула людину на стежку пияцтва;
- підвищення самооцінки;
- допомога в самостійній постановці цілей і життєвих ідеалів, несумісних з вживанням алкоголю;
- вибудовування відносин з близькими, відновлення довірчих відносин в сім'ї.

Психологічне лікування вимагає багато часу і сил, але в цілому завжди дає прекрасний результат.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баюрка С. В., Бондар В. С., Карпушина С. А. та ін. Фармацевтичні аспекти тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії – Харків., 2017. – 210 с.
2. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навчальний посібник. / О. В. Безпалько. – Київ. : Центр навчальної літератури, 2003. – 134 с.
3. Гавенко В.Л., Бітенський В.С. Психіатрія і наркологія : підручник / П86 В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 2-ге вид., переробл. і допов. — Київ. : ВСВ “Медицина”, 2015. — 512 с. (3)
4. Глазкова В. А. Гендерні відмінності при хронічному алкоголізмі по даним ЕЕГ / В. А. Глазкова, Н. Е. Свідерська // Журнал ВНД ім. І. П. Павлова. - 2006. - Тернопіль. 56. № 5. - С. 597 - 602.
5. Головатий М. Ф. Соціальна політика і соціальна робота : термінологічнопонятійний словник / М. Ф. Головатий, М. Б. Панасюк. – Київ. : МАУП, 2005. – 560 с.
6. Завацька Л. М. Технології професійної діяльності соціального педагога : навчальний посібник для ВНЗ. / Л. М. Завацька. – Київ. : «Слово», 2008. – 240 с.
7. Іваницька Л. Н. Дослідження впливу хронічної алкогольної інтоксикації на показники біоелектричної активності головного мозку / Л. Н. Іваницька, О. В. Пустова // Валеологія. - 2009. - № 3. - С.67 - 75.
8. Клочко О. О. К50 Профілактика адиктивної поведінки дітей та молоді у контексті підготовки майбутніх соціальних педагогів: монографія. – Суми: ФОП Наталуха А.С., 2013. – 172 с.

9. Кошова І. В., Кресан О. Д. К 76 Психологія девіантної поведінки: Навчально-методичний посібник. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.
10. Короленко Ц. П. Психодинамические механизмы аддикций в постсовременной культуре [Монография] / Ц. П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Т. А. Шпикс. – Саарбрукен: LAP, 2011. – 188 с.
11. Копытов А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты) / А. В. Копытов. - Минск: БДУ, 2012. - 400 с
12. Крайніков Е.В. Особливості аддиктивної особистості / Едуард Крайніков, Євгеній Прокопович, Альона Баланюк // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. — № 1(10), 2019. — 114 с. — С. 55–60.
13. Мельник Э. В. О природе болезней зависимости: (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и др.). Одесса : Град, 1998. 398 с.
14. Мельников, А. В. Алкоголизм: руководство по выздоровлению для пьющих людей и их близких: [Мифы об алкоголе. Механизмы зависимости. Пути излечения] / А. В. Мельников. - Изд. 2-е, доп. – М.: Практическая медицина, 2007. - 271 с.
15. Мудрик А. Б. “Психологія залежної поведінки” навчальний посібник / Алла Богданівна Мудрик. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. – 236 с.
16. Маданес К. Стратегическая семейная терапия. – М., 1999. – 272 с.
17. Меднікова Г. І. Самооцінка та рівень домагань особистості як динамічна система: дис. кандидата психологічних наук.: 19.00. 01. / Харківський державний педагогічний університет ім.. Г. С. Сковороди. – Х., 2002. – 194 арк.
18. Мельников, А. В. Алкоголизм: руководство по выздоровлению для пьющих людей и их близких: [Мифы об алкоголе. Механизмы

- зависимости. Пути излечения] / А. В. Мельников. - Изд. 2-е, доп. – М.: Практическая медицина, 2007. - 271 с.
19. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения/ В. Д. Менделевич – СПб. : Речь, 2012. – 445 с.
20. Менделевич, В. Д. Руководство по аддиктологии / В. Д. Менделевич. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
21. Менделевич, В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпрессинформ, 2003. – 328 с.
22. Минко, А. Н. Алкогольная болезнь: новейший справочник / А. И. Минко, И. В. Линский. - М.: Эксмо, 2004. - 255 с.
23. Освобождение от созависимости / под ред. Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд – М.: Независимая фирма “Класс”. – 224 с.
24. Пихтіна Н. П. Профілактика та соціально-педагогічна робота з дітьми девіантної поведінки : навчально-методичний посібник. / Н. П. Пихтіна, Р. Г. Новгородський. – Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2007. – 239 с.
25. Пушкар В.А. “Психологія адиктивної поведінки” Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. –84 с.(1)
26. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів ІV курсу спеціальності «Психологія». – Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. –84 с.
27. Поттер-Эфрон Р. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. / Э. Поттер Эфрон - М. : Институт общегуманитарных исследований, 2002.- 416 с.

28. Психология Я-концепции: методология, теория, структура: хрестоматия. – М.: МГСА, 2002. – Ч.1.
29. Реан, А. А. Психология человека от рождения до смерти . А. А. Реан. СПб. Прайм-Еврознак, 2010.
30. Роджерс, К. Измерение изменений в «Я» / К. Роджерс // Психология самосознания: хрестоматия по соц. психологии личности; под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: БАХРАХ-М, 2003. — С. 447–459.
31. Руководство по аддиктологии / под. ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2007. – 768 с.
32. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М., изд. «Когито-Центр», 2005.
33. Свищева, Т.Я. Как избавиться от вредных привычек: алкоголизм: курение: наркомания: Неразборчивый секс / Тамара Свищева. - М.; СПб.: Диля, 2000. - 221с.
34. Сердюк, А.А. Структура мотивации потребления алкоголя в различных возрастных группах харьковчан / А.А. Сердюк // Проблеми екстремальної психіатрії: матеріали науково-практ. конф. «Платоновські читання». – Харків, 2000. – С. 83-84.
35. Столин, В. В. Самосознание личности . В. В. Столин. М., 1983.
36. Терапевтические транссы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии/Пер. с англ. А.Д. Иорданского . – Доп., испр. – М.: Психотерапия, 2011. – 448с.
37. Фрейд З. Очерки по теории сексуальности/З.Фрейд; пер. с нем. – 2-у изд. – Минск: «Попурри», 2010. – 480 с.
38. Фрейд З. Сочинения по технике лечения/Пер.А.М.Боковикова –ООО «Фирма СТД», 2008. – 440 с.
39. Фримен Д. Техники семейной психотерапии. Питер. Санкт-Петербург 2001.

40. Хрестоматия по социальной психологии личности / Под ред. Д.Я.Райгородского. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2007. с.45-96.
41. Чулков О. М. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів I та II медичного факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія» / О. М. Чулков, А. З. Григорян, К. А. Сінча. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. - 131 с.
42. Шабанов П. Д. Основы наркологии / П. Д. Шабанов — СПб. : Лань 2002.- 560 с.
43. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи// Казанский мед. журнал. -1993 - №5 - С.360-362
44. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин: Автореф. дисс...доктора мед.наук. – М. 1996.
45. Шайдукова Л.К. Феномен "спаивания" в алкогольных семьях и его психологическая мотивация// Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. -1992. - №3 - С.76-77.
46. Шибутани, Т. Социальная психология / Т. Шибутани; пер. с. англ. В. Б. Ольшанского. — Ростов н/Д.: Феникс, 1998. — 544 с.
47. Э.Эриксон. Идентичность. // Психология самосознания. Хрестоматия по социальной психологии личности / Под ред. Д.Я.Райгородского. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2007.С.493-533.
48. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.
49. Alati R., Kinner S., Najman J.M., Fowler G., Watt K., Green D. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental

- health in patients attending an emergency department// Alcohol.
Alcohol. - 2004 Sep-Oct. V. 39. N 5. P. 463-469.
50. Bradley, J. R. Expectations, alienation, and drinking motives among college men and women / J. R. Bradley, R. S. Carman, A. Petree // J. Drug Educ. – 1991. – Vol. 21, № 1. – P. 27-33.
51. Clark, D. B. Anxiety and the Development of Alcoholism / D. B. Clark, M. A. Sayette // Am. J. Addict. – 1993. – Vol. 6, № 3. – P. 59-76.
52. Cooper, M.L. A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and affect regulatory processes / M.L. Cooper, V. B. Agocha, M.S. Sheldon // J. Pers. – 2000. – Vol. 68, № 6. – P. 1059-1088.
53. Cox, W. M. A motivational model of alcohol use / W. M. Cox, E. Klinger // J. Abnorm. Psychol. – 1988. – Vol. 97, № 2. – P. 168-180.
54. Gire, J. T. A cross-national study of motives for drinking alcohol / J. T. Gire // Subst. Use Misuse. – 2002. – Vol. 37, № 2. – P. 215-223.
55. Jung, J. Drinking motives and behavior in social drinkers / J. Jung // J. Stud. Alcohol. – 1977. – Vol. 38, № 5. – P. 944-952.
56. King A.C., Bernardy N.C., Haune K. Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers // Addictive Behaviors. - Jan-Feb 2003. - V. 28. - N 1. - P. 171-187.
57. Pedersen, E. R. Assessment of perceived and actual alcohol norms in varying contexts: Exploring social impact theory among college students / E. R. Pedersen, J. W. Labrie, A. Lac // Addictive Behaviors. – 2008. – Vol. 33, № 4. – P. 552-564.
58. Wallace Jr J. M., Bachman J. G., O'Malley P. M., Schulenberg J. E., Cooper S. M., Johnston L. D. Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and

- 12th grade students, 1976–2000// *Addiction*. - 2003. – V. 98. – P. 225–234.
59. Windle, M. Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning / M. Windle, R. C. Windle // *J. Abnorm. Psychol.* – 1996. – Vol. 105, № 4. – P. 551-560.
60. Zimmermann P., Wittchen H.U., Hofler M., Pfister H., Kessler R.C., Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults// *Psychol. Med.* - 2003 Oct. – V. 33. – N 7. – P. 1211-1222.