

**Міністерство освіти і науки України**  
**Полтавський національний педагогічний університет**  
**імені В. Г. Короленка**

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**ІЛЬЧЕНКО РУСЛАН МИКОЛАЙОВИЧ**

УДК 159.922 : 159.922.6 : 159.923.5 : 159.98

**Дисертація**

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ**  
**ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ ДОРΟΣЛИХ**  
**ЗА МЕТОДОМ М. МЮРРЕЙ**

спеціальність 053 – психологія  
05 – соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати  
власних досліджень.  
Використання чужих ідей,  
результатів і текстів  
мають посилання на відповідне  
джерело.

\_\_\_\_\_ Руслан ІЛЬЧЕНКО

**Науковий керівник:**  
МОРГУН Володимир Федорович,  
кандидат психологічних наук,  
професор

## АНОТАЦІЯ

**Ільченко Р. М. Особливості психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом М. Мюррей.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

*Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка.*

У дисертації представлено узагальнення результатів проведеного теоретичного аналізу та експериментального дослідження особливостей психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом М. Мюррей. Запропоновано структурно-функціональну модель психологічної реадaptaції, що включає такі її складові, як соматико-фізіологічна, емоційна, регуляторно-когнітивна, соціальна та духовно-рефлексивна сфери реадaptaції особистості. Підібрано комплекс методик для психодіагностики вказаних складових. Розроблено і апробовано програму психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих, що базується на методі становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства і депривації, який розроблено Мерілін Мюррей.

У вступі обґрунтовано актуальність проблеми дослідження; визначено об'єкт, предмет, методологічні основи, мету та завдання дослідження; відзначено наукову новизну, практичну значущість дослідження, наведено дані щодо апробації отриманих результатів, а також описано структуру дисертації, виходячи з послідовності розв'язання поставлених завдань.

У першому розділі «*Теоретичні основи дослідження психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб у дорослому віці*» здійснено теоретичний аналіз структури причин наркозалежності та психологічних проблем постнаркозалежних осіб; розглянуто теоретико-експериментальні

дослідження психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб, зокрема, закономірності психологічної реадaptaції даної категорії осіб; представлено авторську модель реадaptaції постнаркозалежних осіб та розглянуто особливості психологічної реадaptaції дорослих постнаркозалежних осіб на основі використання методу становлення здорової і врівноваженої особистості за результатом подолання наслідків насильства, травм і депривації (М. Мюррей).

Психологічна реадaptaція постнаркозалежних дорослих розглядається як комплексна активність, що спрямована на всі сфери життя особистості та має свої рівні: первинну реадaptaцію, базовий рівень та постреадaptaцію.

На основі інтеграції та узагальнення положень М.Мюррей, розробленого нею методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства та депривації, нами розроблено модель реадaptaції постнаркозалежних особистостей дорослого віку. Процес реадaptaції розглядається нами у скупності змін в соматико-фізіологічній, емоційній, регуляторно-когнітивній, соціальній та духовно-рефлексивній сферах особистості.

Акцентовано увагу на тому, що несприятливий дитячий досвід психологічних травм, різних видів насильства та емоційної депривації стає причиною багатьох проблем дітей у дорослому віці: від емоційних порушень, до залежності, що спричинена зловживанням психоактивних речовин, ранньої інвалідизації та смерті. Саме на становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання ранніх психологічних травм, насильства і депривації направлений психотерапевтичний метод Мерілін Мюррей, в основі якого лежить робота із раннім досвідом людини, модифікація ставлення до травматичного досвіду та активізація психологічно зрілих форм поведінки на шляху до життєвого самоствердження.

У другому розділі – *Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічної адаптації постнаркозалежних дорослих осіб* – представлено опис етапів та методичних засад емпіричного дослідження

психологічної адаптації постнаркозалежних осіб дорослого віку, подано опис програми психологічного дослідження та обґрунтування підбору методик дослідження психологічної адаптації; проаналізовано результати констатувальної серії емпіричного дослідження показників соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної складових складових адаптації постнаркозалежних.

Емпіричне дослідження та формувальна серія проведені на базі Благодійної організації «Вихід Є!» (м. Полтава). В апробації 4-х рівнів даної програми взяли участь 60 осіб, що були обрані із групи 120 дорослих постнаркозалежних осіб методом рандомного вибору. Решта 60 осіб склала контрольну групу, яка не брала участі в формувальній серії дослідження. Вік досліджуваних варіюється від 22 до 45 років. За статевим складом вибірка включає 96 чоловіків та 24 жінки. Термін ремісії представників експериментальної групи варіюється від 6 місяців до 12 років. Дослідження проведене в період із 2018 по 2020 роки. Діагностика вихідної групи здійснювалась у 2018 році, проведення формувального дослідження тривало з 2018 по 2020 роки; підсумкова діагностика проведена в 2020 році.

На основі моделі психологічної реадаптації було створену комплексну методику психодіагностики показників реадаптації постзалежних осіб. Вона передбачала комплексне вивчення соматико-фізіологічного, емоційного, регуляторно-когнітивного, соціального та духовно-рефлексивного компонентів адаптації постзалежної особистості у соціумі. Для констатувальної серії використано методики: вивчення негативного дитячого досвіду (за В. Фелітті, Р. Андом), симптоматичний опитувальник дистресу (за Л. Дерогатісом), методика «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою), методика діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд), методика «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним).

За результатами констатувальної серії дослідження виявлені кризові ознаки у вираженості соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-

когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер реадaptaції наркозалежних після припинення вживання психоактивних речовин.

Констатувальне дослідження в межах функціонування соматико-фізіологічної сфери зафіксовано переважання показниками соматичного прояву травми та адикції при посередній вираженості елементів obsесивно-компульсивної проблематики та знижених можливостях оптимального психофізіологічного функціонування. Тобто, постнаркозалежні характеризуються наявністю негативних соматичних станів, порушенням фізіологічного функціонування при певній вираженості нав'язливих думок та факторів, що дезорганізують їх діяльність та поведінку.

Представлені результати дозволяють охарактеризувати емоційну сферу постзалежних як дисгармонійну та проблемну, а сам процес утримання від вживання на початкових стадіях як достатньо травматичний для особистості, коли сформовані раніше когнітивно-афективні закономірності ще не зруйновані повністю, а набувають свого максимуму від неможливості отримати задоволення під час вживання психоактивної речовини. Зокрема, респондентам характерне переважання високих показників за виявом депресивних ознак і тривоги, ворожості та тяжкості дистресу.

У межах функціонування регуляторно-когнітивної сфери встановлено, що серед досліджуваних переважає середній рівень саморегуляції, який виражається у відповідних проявах планування, моделювання, програмування, оцінки результатів діяльності, гнучкості, самостійності та загального показника саморегуляції. Також, їх відрізняє знижений показник функціонування інтелектуального осмислення саморозвитку, спроможності до успішної інтелектуальної діяльності в процесі реадaptaції.

Аналіз соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних засвідчив наявність проблем у сфері соціально-психологічної адаптації, надмірний вияв міжособистісної сенситивності при високому впливі негативного раннього досвіду. Так, встановлені чітко виражені прояви дезадаптації у постнаркозалежних. Вони характеризуються зниженим рівнем прийняття

інших, залежністю від соціального оточення при наявності тенденції до домінування у соціальних стосунках. Такі показники доповнюються високими значеннями неприйняття себе та своєї особистості, неприйняття інших.

Постнаркозалежним на початку ремісії характерні достатньо знижені показники духовної-рефлексивної сфери, що виявляється через переважання низьких рівнів ідентифікації, децентрації, рефлексії, трансценденції, усвідомлення буттєвої єдності, спілкування, активної життєвої спрямованості, прийняття власного «Я», інтелектуального осмислення свого саморозвитку, досвіду.

У третьому розділі – *Аналіз результатів апробації програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей* – представлено опис загальних засад реалізації формульованого етапу дослідження, змістовних аспектів реалізації програми реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей. Представлено аналіз динаміки показників соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер постнаркозалежної особистості дорослого віку протягом апробації розробленої програми.

Автором розроблено та апробовано програму психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей, яка спрямована на відновлення функціонування особистості на основі подолання травматичного досвіду.

Програма реадaptaції постзалежних передбачає їх активну участь у інтерактивних психотерапевтичних бесідах та готовність виконати комплекс завдань на 4-ох рівнях програми за наступною тематикою: 1) відкриття «природної дитини» та концепція побудови здорової врівноваженої особистості; 2) формування почуття власної гідності; позбавлення від дисфункцій та формування відповідального ставлення до власного життя та потреб; 3) побудова нового, здорового кола взаємовідносин та напрацювання

навичок вирішувати конфлікти; 4) вплив пращурів, систем, в яких вони жили, на організацію способу життя та подолання негативних явищ у житті.

За наслідками формувального експерименту в межах соматично-фізіологічної сфери виявлено, що соматичні прояви травматизації та адикції і показник елементів obsесивно-компульсивних проявів протягом формувального експерименту суттєво знижуються, хоча і набувають вираженого значення тільки на другому етапі реалізації програми. Разом із тим, підвищуються психофізіологічні можливості функціонування постнаркозалежних, що мають стрибкоподібну динаміку – підвищуються на початку реадaptaції, потім знижуються і набувають максимуму під кінець формувального експерименту.

Емоційна сфера постнаркозалежних також набуває позитивних ознак за підсумками формувального впливу. Зафіксовано суттєве зменшення показників депресивних ознак, тривоги, ворожості, тяжкості стану дистресу, емоційного дискомфорту. Показники виявів травматизації у соматичній сфері, тривоги, психотизму мають різке зниження на першому етапі програми із поступовим зниженням на подальших етапах формувального експерименту. Показники депресивних ознак, ворожості, тяжкості стану дистресу, фобійної тривожності, емоційного комфорту та параноїчних тенденцій мають іншу динаміку – спостерігається різке зниження рівня вираженості ознаки на першому етапі програми, проте в подальшому її вираженість суттєво не знижується, хоча також можуть спостерігатися певні коливання ознаки.

Зафіксована позитивна динаміка за показниками регуляторно-когнітивної сфери реадaptaції постнаркозалежних. Зокрема, спостерігається суттєва динаміка за вираженістю інтелекту, планування, моделювання, програмування, гнучкості та загального показника саморегуляції.

У ході формувального експерименту показники соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних істотно покращились. Так, за підсумками проходження даної програми учасники набули спроможності успішно адаптуватися до оточуючого середовища, позитивно емоційно реагувати на

життя, сформували уміння взаємодії з оточуючими та стали більше направлені на внутрішній контроль і прийняття відповідальності.

При вивченні аспектів соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних встановлено, що більшість постнаркозалежних розцінюють своє дитинство як таке, що мало травматичний вплив на їх особистість, сприяло появі не впевненості у собі, викривленням емоційної сфери, порушенню встановленню балансу контакту з оточуючим світом, що призвело до порушення системи відношень адиктивної особистості. Протягом реалізації корекційної програми постнаркозалежні стали менше відчувати вплив негативного досвіду раннього дитинства, більш оптимально його використовувати, що позначилось на рівні їх реадaptaції.

За наслідками формувального експерименту в межах духовно-рефлексивної сфери реадaptaції постнаркозалежних найбільш виражені зміни зафіксовано за проявом показників ідентифікації, децентрації, рефлексії у площинах спілкування, ставлення до свого «Я». На першому етапі спостерігається значне підвищення рівня показників духовно-рефлексивної сфери учасників програми, яке на другому і третьому етапах дещо знижується і знову підвищується на четвертому етапі програми.

Підсумовано, що апробація програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб дорослого віку (за методом М. Мюррей) засвідчила її ефективність, що позитивнопозначилось на функціонуванні соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер особистості.

*Ключові слова:* наркозалежність; постнаркозалежність дорослих осіб; програма психологічної реадaptaції на основі методу Мюррей; психологічна реадaptaція; психотерапевтичний метод становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства, та депривації (за М. Мюррей).



## ABSTRACT

***Ilchenko R. M. Features of psychological readaptation of post-drug-dependent adults by the method of M. Murray.*** – Qualifying research paper as a manuscript.

*The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of philosophy in the field of knowledge 05 – social and behavioral sciences, a specialty 053 – psychology. – Poltava V. G. Korolenko National Pedagogical University.*

The dissertation presents a generalization of the conducted theoretical analysis and experimental study results of the post-drug-addicted adults according to the method of M. Murray psychological readaptation features. A structural-functional model of psychological readaptation is proposed, including its components, such as somatic-physiological, emotional, regulatory-cognitive, social, and spiritual-reflective spheres of personality readaptation. A complex of methods for psychodiagnostics of the specified components has been selected. A psychological rehabilitation program for post-drug-addicted adults based on the method of developing a healthy, balanced personality by overcoming the consequences of psychological trauma, violence and deprivation, developed by Marilyn Murray, was developed and tested.

The introduction substantiates the relevance of the research problem; the object, subject, methodological foundations, purpose and tasks of the research are defined; the scientific novelty and practical significance of the research are noted, data on the approbation of the obtained results are given, and the structure of the dissertation, based on the sequence of solving the tasks, is described.

In the first chapter, «***Theoretical foundations of post-drug-addicted persons in adulthood psychological readaptation study***», a theoretical analysis of the drug addiction causes structure and psychological problems of post-drug addicts was carried out; theoretical and experimental studies of psychological readaptation of

post-drug addicts are considered, in particular, patterns of psychological readaptation of this category of persons; the author's model of post-drug-addicted persons readaptation is presented and the peculiarities of psychological readaptation of post-drug-addicted adults based on the method of becoming a healthy and balanced personality as a result of overcoming the consequences of violence, trauma and deprivation (M. Murray) are considered.

Psychological readaptation of post-drug-addicted adults is considered as a complex activity aimed at all spheres of an individual's life and has its own levels: primary readaptation, basic level and post-readaptation.

Based on the integration and generalization of the M.Murray provisions, the method she developed for developing a healthy balanced personality by overcoming the consequences of psychological trauma, violence and deprivation, we have developed a model of readaptation of post-drug-dependent adults. We consider the readaptation process in terms of changes in the somatic-physiological, emotional, regulatory-cognitive, social and spiritual-reflexive spheres of the individual.

Attention is focused on the fact that adverse childhood experiences of psychological trauma, various types of violence and emotional deprivation become the cause of many problems of children in adulthood: from emotional disorders to addiction caused by the abuse of psychoactive substances, early disability and death. Marilyn Murray's psychotherapeutic method is aimed at developing a healthy, balanced personality by overcoming early psychological trauma, violence, and deprivation, which is based on working with early human experience, modifying attitudes toward traumatic experiences, and activating psychologically mature forms of behavior on the way to life self-affirmation.

In the second chapter – «*Analysis of post-drug-addicted adults psychological adaptation empirical study results*» - a description of the stages and methodological principles of the post-drug-addicted adults psychological adaptation empirical study adults is presented, a description of the psychological research program and the rationale for the selection of psychological adaptation

research methods are presented; the empirical study ascertainment series results of indicators of somatic-physiological, emotional, regulatory-cognitive, social and spiritual-reflexive components of post-drug addicts adaptation were analyzed.

Empirical research and a formative series were conducted on the basis of the Charity organization "There is a way out!" (Poltava). 60 people who were selected from a group of 120 adult post-drug addicts by the method of random selection participated in the approbation of the 4 levels of this program. The remaining 60 people made up the control group, which did not participate in the formative series of the study. The age of the subjects varies from 22 to 45 years. By gender, the sample includes 96 men and 24 women. The period of experimental group representatives remission varies from 6 months to 12 years. The research was conducted in the period from 2018 to 2020. The diagnosis of the initial group was carried out in 2018, the formative study continued from 2018 to 2020; the final diagnosis was carried out in 2020.

On the basis of psychological readaptation model, a post-addicted persons readaptation indicators comprehensive psychodiagnosis method was created. It involved a comprehensive study of the somatic-physiological, emotional, regulatory-cognitive, social and spiritual-reflexive components of a post-dependent personality in society adaptation. For the ascertainment series, the following methods were used: the study of negative childhood experiences (by V. Felitti, R. Andom), the symptomatic distress questionnaire (by L. Derogatis), the "Style of self-regulation of behavior" questionnaire (by V. I. Morosanova), the questionnaire of diagnosing social of psychological adaptation (by K. Rogers, R. Diamond), "Spiritual potential of the individual-2" questionnaire (by E. O. Pomytkin).

According to the results of the ascertaining series of research, crisis signs were found in the severity of somatic-physiological, emotional, regulatory-cognitive, social and spiritual-reflexive spheres of drug addicts readaptation after stopping the use of psychoactive substances.

A confirmatory study within the functioning of the somatic-physiological sphere recorded the predominance of trauma and addiction somatic manifestation

indicators with a mediocre expression of obsessive-compulsive problems elements and reduced opportunities for optimal psychophysiological functioning. That is, post-drug addicts are characterized by the presence of negative somatic states, a violation of physiological functioning with a certain intensity of obsessive thoughts and factors that disorganize their activities and behavior.

The presented results allow us to characterize the emotional sphere of post-addicts as disharmonious and problematic, and the very process of abstinence from use in the initial stages as sufficiently traumatic for the individual, when previously formed cognitive-affective regularities have not yet been completely destroyed, but gain their maximum from the impossibility of obtaining pleasure during use psychoactive substance. In particular, respondents are characterized by a predominance of depressive symptoms and anxiety, hostility and severity of distress high indicators.

Within the functioning of the regulatory-cognitive sphere, it was established that the average level of self-regulation prevails among the researched, which is expressed in the corresponding manifestations of planning, modeling, programming, evaluation of activity results, flexibility, independence and the general indicator of self-regulation. Also, they are distinguished by a reduced indicator of self-development intellectual understanding functioning, the capacity for successful intellectual activity in the process of readaptation.

Post-drug addict's social sphere indicators analysis proved the existence of problems in the sphere of social and psychological adaptation, excessive manifestation of interpersonal sensitivity with a high influence of negative early experience. Thus, clearly expressed manifestations of maladaptation in post-drug addicts have been established. They are characterized by a reduced level of others acceptance, dependence on the social environment in the presence of a tendency to dominate in social relations. Such indicators are complemented by high values of oneself and one's personality rejection, rejection of others.

Post-drug addicts at the beginning of remission are characterized by sufficiently reduced indicators of the spiritual-reflexive sphere, which is

manifested by the predominance of low levels of identification, decentration, reflection, transcendence, awareness of essential unity, communication, active life orientation, acceptance of own "I", intellectual understanding of self-development, experience.

In the third chapter – «*Analysis of the psychological readaptation of post-drug-addicted adults based on the method of M. Murray program approval results*» - a description of the general principles of the implementation of the formative stage of the research, post-drug-addicted adults readaptation program based on the method of M. Murray implementation meaningful aspects is presented. The analysis of somatic-physiological, emotional, regulatory-cognitive, social and spiritual-reflexive spheres of the post-drug-dependent adult personality indicators dynamics during the approbation of the developed program is presented.

The author developed and tested a program of psychological readaptation of post-drug-addicted adults based on M. Murray's method, which is aimed at restoring the functioning of the individual based on overcoming the traumatic experience.

The rehabilitation program for post-addicts involves their active participation in interactive psychotherapeutic conversations and their readiness to complete a set of tasks at 4 levels of the program on the following topics: 1) discovery of the "natural child" and the concept of building a healthy, balanced personality; 2) sense of self-worth formation; getting rid of dysfunctions and forming a responsible attitude towards one's own life and needs; 3) building a new, healthy circle of relationships and developing skills to resolve conflicts; 4) the influence of ancestors, the systems in which they lived, on the organization of a lifestyle and overcoming negative phenomena in life.

According to the results of the formative experiment within the somatic-physiological sphere, it was found that the somatic manifestations of traumatization and addiction and the index of elements of obsessive-compulsive manifestations significantly decrease during the formative experiment, although they acquire a pronounced value only at the second stage of the program

implementation. At the same time, post-drug addicts psychophysiological functioning possibilities increase, which have a jump-like dynamics - it increase at the beginning of readaptation, then decrease and reach a maximum at the end of the formative experiment.

The emotional sphere of post-drug addicts also acquires positive signs as a result of formative influence. A significant decrease in indicators of depressive symptoms, anxiety, hostility, severity of distress, and emotional discomfort was fixed. Indicators of manifestations of traumatization in the somatic sphere, anxiety, psychoticism have a sharp decrease in the first stage of the program with a gradual decrease in the subsequent stages of the formative experiment. Indicators of depressive symptoms, hostility, severity of distress, phobic anxiety, emotional comfort, and paranoid tendencies have different dynamics - there is a sharp decrease in the severity of the symptom at the first stage of the program, but its severity does not decrease significantly in the future, although certain fluctuations of the symptom may also be observed.

Post-drug addicts readaptation regulatory and cognitive sphere indicators Positive dynamics was recorded. In particular, significant dynamics are observed in terms of intelligence, planning, modeling, programming, flexibility and the general indicator of self-regulation.

Indicators of the social sphere of rehabilitation of post-drug addicts improved significantly in the course of the formative experiment. Thus, as a result of the this program completion, the participants acquired the ability to successfully adapt to the surrounding environment, respond positively emotionally to life, formed the ability to interact with others and became more focused on internal control and acceptance of responsibility.

When studying aspects of the social sphere of post-drug addicts rehabilitation, it was established that the majority of post-drug addicts regard their childhood as having a traumatic effect on their personality, contributing to the appearance of lack of self-confidence, distortions of the emotional sphere, and a violation of establishing a balance of contact with the outside world, which led to a violation of

the system relations of an addictive personality. During the implementation of the correctional program, post-drug addicts began to feel the influence of negative early childhood experience less, to use it more optimally, which affected the level of their readaptation.

According to the results of the formative experiment within the spiritual-reflexive sphere of post-drug addicts readaptation, the most pronounced changes were recorded in the manifestation of indicators of identification, decentration, reflection in the planes of communication, attitude to "Self". At the first stage, there is a significant increase in the level of the program participant's spiritual and reflective sphere indicators, which decreases slightly in the second and third stages and increases again in the fourth stage of the program.

It was concluded that the program of psychological readaptation of post-drug-addicted adults (according to the method of M. Murray) approbation proved its effectiveness, which had a positive effect on the functioning of the somatic-physiological, emotional, regulatory-cognitive, social and spiritual-reflective spheres of the personality.

**Keywords:** drug addiction; post-drug addiction of adults; psychological rehabilitation program based on the Murray method; psychological readaptation; a psychotherapeutic method of developing a healthy, balanced personality by overcoming the consequences of psychological trauma, violence, and deprivation (by M. Murray).

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

### *Публікації, що відображають основні наукові результати дисертації (4)*

#### *Публікації у наукових фахових виданнях України (3)*

1. Ільченко Р. М. Метод становлення здорової врівноваженої особистості через подолання наслідків травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) як засіб психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (м. Київ). 2019. Том. XI. Вип. 19: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Житомир: Вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2019. С. 190-208. – 0,75 д.а.(ISSN 2072-4772)*

2. Ільченко Р. М. Комплексне психодіагностичне забезпечення психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Вип. 4. Херсон, 2019. С. 94-102. (DOI 10.32999/ksu2312-3206/2019-4-12; ISSN2312-3206 (Print), 2663-2764 (Online)).(0,5 д.а.).*

3. Ільченко Р. М. Динаміка показників соціально-психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом М. Мюррей / Р. М. Ільченко. *Психологія і особистість. К.-Полтава, 2020. № 2 (18). С. 96-111. – 0,6 д.а. (<https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.2.211915>;ISSN 2226-4078 (Print). ISSN 2410 - 3527 (Online))(0,6 д.а.)*

#### *Статті у наукових виданнях інших держав (1)*

4. Ільченко Р. М., Мюррей М., Моргун В. Ф. Динаміка соціально-психологічних та особистісних показників реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб за методом М. Мюррей. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. IX (96), Issue: 245, Budapest,2021. P. 71-77.(<https://doi.org/10.31174/SEND-PP2021-245IX96>; p-ISSN 2308-5258; e-ISSN 2308-1996) – 0,5 д.а. (Особистий внесок автора – 0,3 д.а., де викладено результати обстеження показників реадaptaції постнаркозалежних осіб).*



***Публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації (16)***

*Публікації у виданнях України (13)*

5. Ільченко Р. М. Допомога особистості методом подолання травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) в умовах сучасного комунікативного простору. *Актуальні проблеми сучасного дискурсу в теоретичній та прикладній лінгвістиці*: Мат-ли IV Регіон. наук.-практ. конф. (м. Полтава, 5 грудня 2019 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2019. С. 299-301. – 0,2 д.а.

6. Ільченко Р. М. Комплексна методика діагностичного супроводу психологічної реадaptaції постнаркозалежних у зрілому віці. *Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості*. Зб. наук. праць за матер. II Міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 26-27 вересня 2019 р.). Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 99-103. – 0,2 д.а.

7. Ільченко Р. М. Метод подолання наслідків травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) в психологічній практиці. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*. Мат-ли III Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2019 р.). К. – Полтава: Університет «Україна», 2019. С. 90-92. (*Особистий внесок автора – 0,1 д.а., де йдеться про результати впровадження програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей та їх аналіз*).

8. Ільченко Р. М. Проблема реадaptaції та ресоціалізації постнаркозалежних дорослих. *Вектори психології-2019*. Мат-ли Міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Харків, 24 квітня 2019 р.). Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. С. 130-133. – 0,2 д.а.

9. Ільченко Р. М. Психологічні особливості ресоціалізації постнаркозалежних осіб. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: Матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2019 р.). К. – Полтава: Університет «Україна», 2019. С. 124-126. – 0,2 д.а.

10. Ільченко Р. М. Метод становлення здорової врівноваженої особистості через подолання травм, насильства і депривації (за М. Мюррей). *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: Тези доповідей XVI Всеукр. наук. конф. (м. Київ, 16-18 квітня 2019 р.). У III част., ч. III. К. : Університет «Україна», 2019. С. 203-205. – 0,2 д.а.

11. Ільченко Р. М. Вплив несприятливого дитячого досвіду на вживання психоактивних речовин у дорослому віці. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: Мат-ли Міжнародної наук.-практ. онлайн конф. (м. Полтава, 25-26 березня 2020 р.). Полтава: Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2020. С. 77-81. – 0,2 д.а.

12. Ільченко Р. М. «Дерево дисфункцій» у програмі психосоціальної реадaptaції постзалежних дорослих людей від наркотиків, алкоголю та азартних ігор за методом Мюррей. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*. Мат-ли IV Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2020 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2020. С. 16-30. – 0,5 д.а.

13. Ільченко Р.М., Заїка В.М. Несприятливі події дитинства як чинник виникнення ризикованої поведінки в майбутньому. *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: тези доповідей XVII Всеукр. наук. конф., м. Київ, 27–28 травня 2020 р. У III част., ч. III. К. : Університет «Україна», 2020. С. 194 – 196. – 0,2 д.а. (*Особистий внесок автора – 0,1 д.а., де викладено результати обстеження показників несприятливих подій дитинства як чинника ризикованої поведінки*).

14. Ільченко Р. М. Психологічний аналіз причин виникнення наркозалежності. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: Мат-ли IV Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2020 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2020. С. 89-92. – 0,2 д.а.

15. Ільченко Р.М., Заїка В.М. Застосування методу М. Мюррей в практиці психокорекційної роботи. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: матеріали Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 18-19 травня 2021 р. К.: Університет «Україна», 2021. С. 29 – 31. – 0,2 д.а.

16. Повернення до здорового способу життя дорослих людей, постзалежних від наркотиків, алкоголю та азартних ігор. Програма психосоціальної реадaptaції за методом Мюррей / автор-розробник Р. М. Ільченко; науков. ред. В. Ф. Моргун. Полтава: ПП Астроя, 2020. 56 с. [ISBN 978-617-7669-77-6]. (2,5 д.а.).

17. Школа консультантів із питань залежностей: Інформаційно-освітня програма / авт.-укл. Р. М. Ільченко; за ред. Т. А. Устименко. Полтава: Благодійна організація «Реабілітаційний центр «Вихід Є!», 2018. 42 с. (1,8 д.а.).

#### *Публікації у виданнях інших держав (3)*

18. Ільченко Р. Н. Применение метода преодоления последствий травм, насилия и депривации (по М. Мюррей) для успешной социализации учащихся. *Гимназия – мировоззрение, компетентность, творчество*. Сб. материалов Международного образовательного форума (Республика Казахстан, г. Нур-Султан, 15-16 ноября 2019 г.). Нур-Султан: ГУ Комплекс ДС-ШГ № 47, 2019. С. 22-25. – 0,2 д.а.

19. Ільченко Р. М., Заїка В. М., Моргун В. Ф. Метод Мюррей як засіб психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *International scientific and practical conference «Pedagogy and Psychology in the Modern World: the art of teaching and learning»* : conference proceedings. Wloclawek, Republic of Poland, 2021, February 26-27. Vol. 1. Riga, Latvia : Baltija Publishing. P. 97-101 0,24 д.а. (Особистий внесок автора –0,1 д.а., де йдеться про результати дослідження психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб та їх аналіз).

20. Ільченко Р. М., Заїка В. М., Моргун В. Ф. Психосоціальна реадаптація постнаркозалежних за методом Мюррей як основа формування здорової врівноваженої особистості. *Scientific Collection «InterConf», (42): with the Proceedings of the 1-st International Scientific and Practical Conference «Theory and Practice of Science: Key Aspects» [Psychology and Psychiatry] (Rome, February 19-20, 2021). Rome, Italy: Dana, 2021. P. 445-455. – 0,9 д.а.* (Особистий внесок автора – 0,5 д.а., де викладено авторську Програму психологічної реадаптації постнаркозалежних дорослих осіб на основі психотерапевтичного методу М. Мюррей).

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....</b>	<b>23</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>25</b>
<b>Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
<b>ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ</b>	
<b>ОСІБ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ.....</b>	
	<b>36</b>
1.1. Причини наркозалежності та психологічні проблеми постнаркозалежних осіб .....	36
1.2. Закономірності психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб дорослого віку.....	46
1.3. Теоретичне обґрунтування моделі психологічної реадaptaції постнаркозалежних на основі методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, наси́льства та депривації (за М. Мюррей).....	57
Висновки до першого розділу.....	100
<b>Розділ 2. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
<b>ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ</b>	
<b>ДОРΟΣЛИХ ОСІБ .....</b>	
	<b>105</b>
2.1. Організація емпіричного дослідження.....	105
2.2. Комплекс методик діагностики постнаркозалежних дорослих осіб .....	107
2.3. Аналіз результатів результатів констатувального етапу емпіричного дослідження показників адаптації постнаркозалежних дорослих осіб.....	123
Висновки до другого розділу.....	139

<b>Розділ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ АПРОБАЦІЇ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ НА ОСНОВІ МЕТОДУ М. МЮРРЕЙ.....</b>	<b>144</b>
3.1. Опис програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей.....	144
3.2. Аналіз показників ефективності апробації програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей.....	158
Висновки до третього розділу.....	192
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>197</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>205</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>237</b>
<b>Додаток А.</b> Бланки і ключі методик психодіагностики.....	<b>237</b>
<b>Додаток Б.</b> Програма психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей.....	<b>261</b>
<b>Додаток В.</b> Таблиці основних результатів та показників статистичної значущості відмінностей у динаміці психологічної реадaptaції постнаркозалежних на 1-4 етапах формувального експерименту та контрольної групи.....	<b>326</b>
<b>Додаток Г.</b> Довідки про впровадження.....	<b>337</b>

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АА	анонімні алкоголіки
АГ	анонімні гравці
АН	анонімні наркомани
АС	анонімні сексоголіки
БО	благодійна організація
БС	батьківська сім'я
ВЕД	Вперта егоїстична дитина
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВНЗ	вищий навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДДА	дорослі діти алкоголіків
ДП	Дитина, яка плаче
ДПД	Декларація прав дитини
ЗВО	заклад вищої освіти
ЗВО	Здорова врівноважена особистість
ЗМІ	засоби масової інформації
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
КД	Контролююча дитина
КОДА	«кодепенденс» – анонімні співзалежні
МКХ – 10	Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НАН	ні – алкоголізму та наркоманії
ПД	Природна дитина
НДД	несприятливий дитячий досвід
НПД	несприятливі події дитинства
ОМК	об'єктивна модель кризи
ООН	Організація об'єднаних націй

ПАР	психоактивні речовини
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РБД	Розгнівана бунтівна дитина
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СМК	суб'єктивна модель кризи
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
СНІН	споживачі неін'єкційних наркотиків
ЦНС	центральна нервова система
ЯТ	Яйце травми



## ВСТУП

**Актуальність теми.** Проблема психологічної реадaptaції постзалежних від наркотичних речовин залишається достатньо актуальною та гостросоціальною темою сучасного суспільства. Адже, статистика свідчить, що велика кількість осіб як в Україні, так і у всьому світі обирає стратегію втечі від особистісних та побутових проблем – залежність від алкоголю чи наркотиків. На кінець минулого століття в країні перебувало на обліку біля 16 тисяч наркозалежних, але останніми роками, на тлі кризових соціально-політичних подій, їх кількість стрімко збільшується. Цей спосіб життя швидко перетворюється на певну субкультуру, що суттєво викривлює світоглядні позиції та ціннісні орієнтації молодого покоління.

Актуальність даної проблеми зростає завдяки тому, що вживання наркотичних речовин молодими людьми стає соціально прийнятним, проникає в норми суспільних відносин. Така тенденція підкріплюється контентом масмедіа, періодичними спекуляціями на проблемі наркоманії з боку політичних і державних діячів. Це все сприяє лояльному ставленню до даного явища у суспільстві та зменшує ефективність діючих засобів профілактики наркотичної залежності.

Водночас, наркозалежність залишається тяжким психічним захворюванням, яке виявляється в непереборному та стійкому потягу до вживання наркотичних засобів, що часто зростає до обсягів, несумісних із життям хворого. Шкідливість процесу полягає в тому, що людина не може його контролювати та припинити вживання, а це веде до деструкції особистості.

У дослідженнях наркотичної залежності приділяється значна увага як окремим чинникам чи закономірностям становлення наркотичної адикції, так і її комплексному вивченню. Доведено, що різні види адиктивної поведінки є похідними кризи сучасного суспільства споживання. Вони обумовлені: дезорієнтацією особистості в системі цінностей, прагненням заповнити своє

життя різними подіями зі швидким ейфоризуючим ефектом, що надасть хоч якийсь позитивний сенс існування (Ю. Л. Белоусов, Р. М. Ільченко, О. М. Кокун, О.С. Кочарян, В. О. Крамченкова, В. І. Литвиненко, Л. М. Литвинчук, Н. А. Лужецька, К. М. Максименко, Н. Ю. Максимова, С. В. Михайлів, К. Л. Мілютіна, К. В. Седих, О. О. Сердюк, О. О. Фільц, А. В. Фурман, Ю. І. Чернецька, С. Ball, К.-Т. Huang, S.R. Cotten, R.V. Rikard, L.E. Frank, S. K. Nagel, N. S. Hawi, M. Samaha, M. D. Griffiths та ін.); кризовими міжкультурними і соціально-психологічними відносинами груп людей у суспільстві (О. М. Кокун, С. В. Михайлів, Н. Пезешкіан, О. Choi, K.S. Jang, N.Y. Kim та ін.); інформаційним перевантаженням комунікації та інтелектуальною і емоційною депривацією особистості (В. І. Бондар, І. В. Волженцева, І. В. Євтушенко, Р. М. Ільченко, М. М. Кононова, О. Г. Максименко, М. Мюррей, Т. С. Яценко, К. Kawabe, F. Horiuchi, M. Ochi, Y. Oka, S. Uenota ін.); відчуженням від оточуючого світу, що викликає відчуття кинутості, ізоляції (В. Ф. Моргун, М. Мюррей, Р. М. Ільченко, Н. Кірк Еген, Ц. Црсал).

У сучасних дослідженнях вивчаються: особливості мотиваційної сфери наркозалежних (О. В. Кіосєва, Н. А. Литвинова; В. І. Рерке), їх ціннісно-сміслові орієнтації (В. А. Лавріненко, С. В. Михайлів), особистісні риси (А. О. Денисенко, В. М. Заїка, О.С. Кочарян, В. І. Литвиненко, А. J. Leshner), закономірності формування адикцій як різновидів девіантної поведінки (В. Бітенський, А. Вілкс, А. Габіані, В. Заїка, Л. Кессельман, В. Литвиненко, Л. Литвинчук, Н. Ю. Максимова, І. Я. Мельник, О. Сердюк, В. А. Шимко та ін.). Обговорюється питання про існування так званої наркоманічної особистості (С. П. Генайло, Р. М. Ільченко, І. Н. П'ятницька, Ю. І. Чернецька та ін.). Припускається, що в структурі особистості потенційного наркомана закладені передумови до формування особливого новоутворення, що лежить в основі психологічної готовності до вживання психоактивних речовин (В. І. Литвиненко, К. Л. Мілютіна та ін.).

У сучасних дослідженнях, спрямованих на вивчення причин наркотизації, значна роль належить аналізу соціально-психологічних чинників формування наркотичної залежності (А. Д. Борохів, В. О. Крамченкова, С.В. Михайлів, А. Л. Романова). Цикл досліджень присвячено вадам функціонування сім'ї, сімейного виховання як чинника адиктивної поведінки особистості (В. О. Крамченкова, В. А. Лавріненко, В. І. Литвиненко, К. В. Седих та ін.).

Інтерес викликають праці з соціалізації особистості в психолого-педагогічному підході (І. Бех, В. Бочарова, А. Капська, Л. Коваль, С. Максименко, Л. Міщик, В. Моргун, К. Седих, В. Татенко, Т. Титаренко, Ю. Чернецька та ін.).

Реабілітація та ресоціалізація наркозалежних виступає окремим предметом дослідження (О. І. Бондарчук, І. В. Волженцева, С. Горенко, С. В. Дворяк, В. Жукова, Я. Коломінський, М. М. Кононова, І. П. Кутянова, В. А. Лавріненко, Н. Лукашевич, К. В. Седих, В. Синьов, О.О. Фільц, С.М. Харченко, О. В. Чуйко).

Водночас, наукові розробки з даної проблематики, як правило, зосереджуються або на вивченні психологічних характеристик наркозалежних особистостей, або ж демонструють вираженість цих характеристик серед представників різних соціо-демографічних груп наркозалежних, залишаючи поза дослідницькою увагою власне особливості віддаленої та необерненої психологічної реадаптації постнаркозалежних осіб.

Особливої уваги потребує поновлення позитивних соціальних контактів, подолання дезадаптації в світі, що негативним чином відображається на сімейній сфері, здоров'ї та продуктивній діяльності. Найчастіше причина такої залежності криється в дитячому віці, в переживанні ранньої психічної травми, насильства чи депривації.

Саме подолання та зняття наслідків дитячої психологічної травми і призводить до одужання наркозалежних осіб та їх ресоціалізації та реадаптації в оточуючому світі. На це спрямований метод американської

психолога та психотерапевта проф. Мерілін Мюррей, який зараз активно впроваджується в психологічну практику в багатьох країнах світу.

Отже, необхідність наукового вивчення означеної наукової проблеми детермінована протиріччями між:

- різноманітним визначеним у наукових дослідженнях чинників психологічної реадaptaції наркотичної залежності та неможливістю їх реально охопити засобами психодіагностики для ефективного зрізового дослідження з метою контролю і подальшої корекції;

- запитом на подолання причин наркотичної залежності та недостатньою кількістю ефективних наукових розробок для віддаленої й продуктивної організації результативної реадaptaції осіб дорослого віку, що подолали залежність дослідженні, зокрема, в за умови використання методу подолання травматизації за М. мюррей.

Саме актуальність визначеної проблематики, її недостатнє вивчення обумовили вибір теми дисертаційного дослідження «Особливості психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом М. Мюррей».

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконане відповідно до планової науково-дослідної роботи кафедри психології Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка «Синергетичний підхід до психологічних процесів у системах різного рівня організації» (номер державної реєстрації 0117U003062), що координується Міністерством освіти і науки України. Тема дисертаційного дослідження затверджена на засіданні вченої ради Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка (протокол № 2 від 1 жовтня 2018 р.) й узгоджена в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології НАПН України (протокол № 5 від 27 листопада 2018 р.).

**Мета дослідження** – теоретично вивчити та експериментально обґрунтувати програму психологічної реабілітації постнаркозалежних дорослих із застосуванням програми реабілітації на основі методу формування здорової врівноваженої особистості шляхом подолання ранньої психологічної травми, насильства і депривації за М. Мюррей.

Досягнення мети дослідження передбачає розв'язання таких **завдань**:

1) побудувати теоретичну модель чинників психологічної реабілітації постнаркозалежних осіб у дорослому віці;

2) обґрунтувати комплекс методів психодіагностики психологічної адаптації постнаркозалежних осіб у дорослому віці;

3) проаналізувати результати констатувальної серії емпіричного дослідження показників соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної складових адаптації постнаркозалежних дорослого віку;

4) розробити програму психологічної реабілітації постнаркозалежних дорослих осіб на базі методу становлення здорової та врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків ранньої психологічної травми, насильства та депривації (за М. Мюррей) та перевірити її ефективність шляхом порівняння даних експериментальної та контрольної груп.

**Об'єкт дослідження** – психосоціальна реабілітація наркозалежних осіб.

**Предмет дослідження** – особливості психологічної реабілітації дорослих постнаркозалежних осіб із застосуванням програми на основі методу М. Мюррей у соматико-фізіологічній, емоційній, регуляторно-когнітивній, соціальній та духовно-рефлексивній сферах особистості.

**Теоретико-методологічну основу** дослідження складають положення:

– культурно-історичної теорії становлення психіки (Л. С. Виготський, О. Р. Лурія, Л. І. Божович, Д. Б. Ельконін, В. А. Роменець та ін.);

– системно-синергетичного підходу (Л. Берталанфі, К. Грей, Н. Луманн, К. В. Седих та ін.);

- діяльнісного підходу у межах вітчизняної психологічної традиції (Л. С. Виготський, С. Л. Рубінштейн, Г. С. Костюк, та ін.);
- гуманістичного підходу до розуміння сутності особистості (Г. О. Балл, Дж. Джендлін, Е. Еріксон, А. Маслоу, К. Роджерс, Е. Фром);
- генетико-моделюючої методології становлення особистості (С. Д. Максименко);
- багатовимірної теорії особистості та періодизації її розвитку в ході життя (Т. М. Дзюба, Н. І. Жигайло, І. А. Зязюн, О. Г. Коваленко, В. В. Колінько, В. Ф. Моргун, Т. А. Устименко);
- організації психотерапевтичної допомоги з подолання досвіду травматизації та формування здорової і врівноваженої особистості за М. Мюррей;
- розуміння реабілітації та реадaptaції як складно організованих процесів комплексного впливу на особистість з метою відновлення її функціонування (М.М. Кононова, С.Б. Кузікова, С.Д. Максименко, К.В. Седих, О.О. Скердюк, О.В. Чуйко, О.О. Фільц, Ю.І. Чернецька, Т.С. Яценко).

В основу дослідження покладено **гіпотезу** про те, якщо подолання психологічної травми, насильства та депривації, які були причиною виникнення наркозалежності, за умов врахування вікових особливостей розвитку особистості, відбувається успішно, то це призводить до більш ефективної психологічної реадaptaції постнаркозалежної особистості дорослого віку в соматико-фізіологічній, емоційній, регуляторно-когнітивній, соціальній та духовно-рефлексивній сферах.

Для вирішення поставлених завдань застосовані такі **методи дослідження**: *теоретичні*: теоретичний аналіз та узагальнення даних літературних джерел за темою дослідження; *емпіричні*: в процесі реалізації емпіричного дослідження психологічної реадaptaції наркозалежних осіб використовувалися методи анкетування, тестування, спостереження; з метою емпіричного дослідження змістових характеристик особливостей

психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих: методика дослідження негативного дитячого досвіду (за В. Фелітті, Р. Андом), симптоматичний опитувальник дистресу (за Л. Дерогатисом), методика «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою); діагностика соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд), методика «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним); *методи статистичної обробки отриманих даних* (t-критерій Стьюдента і комплекс математико-статистичних методів, які реалізувались за допомогою комп'ютерної програми SPSS).

Емпіричне дослідження та формувальна серія проведені **на базі** Благодійної організації «Вихід Є!» (м. Полтава). В апробації 4-х рівнів даної програми взяли участь 60 осіб, що були обрані із групи 120 дорослих постнаркозалежних осіб методом рандомного вибору. Решта 60 осіб склали контрольну групу, яка не брала участі в формувальній серії дослідження. Вік досліджуваних варіюється від 22 до 45 років. За статевим складом вибірка включає 96 чоловіків та 24 жінки. Термін ремісії представників експериментальної групи варіюється від 6 місяців до 12 років. Дослідження проведене в період із 2018 по 2020 роки. Діагностика вихідної групи здійснювалась у 2018 році, проведення формувального дослідження тривало з 2018 по 2020 роки; підсумкова діагностика проведена в 2020 році.

**Наукова новизна і теоретичне значення** дослідження полягають у тому, що:

*вперше:*

– в емпіричному дослідженні засобами психодіагностики виявлено незадовільний стан психологічної реадaptaції у постнаркозалежних дорослих осіб за комплексною методикою вивчення показників соматико-фізіологічного, емоційного, регуляторно-когнітивного, соціального та духовно-рефлексивного компонентів;

– розроблено програму психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на базі психотерапевтичного методу становлення здорової та

врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків ранньої психологічної травми, насильства та депривації (за М. Мюррей) та доведено її ефективність на формувальній серії дослідження;

*поглиблено уявлення про:*

– теоретичну модель і структуру психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб, що складається з фізичної, емоційної, когнітивної, соціальної та духовної сфер особистості;

– типологію з п'яти груп дисфункцій особистості (залежність, співзалежність, стан жертви, нарцисизм, агресія), які є перешкодою на шляху до повноцінного життя постзалежних і предметом роботи в програмі психологічної реадaptaції;

*набули подальшого розвитку:*

– положення про комплексний вплив життєвого досвіду особистості на процес подолання нею адитивних станів та динаміку відновлення повноцінного соціального функціонування;

– уявлення про практичні перспективи застосування психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб за допомогою програми на основі методу М. Мюррей.

**Практичне значення** одержаних результатів емпіричного пошуку полягає у тому що в дисертації: розроблено комплекс методик для психологічної діагностики психологічної адаптації постнаркозалежних осіб у дорослому віці; розроблено та апробовано програму психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі психотерапевтичного методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків ранньої психологічної травми, насильства та депривації (за М. Мюррей), що може бути ефективно використана під час організації реадaptaції та ресоціалізації постзалежної особистості. Отримані результати можуть бути основою для побудови нових методик психокорекції та дослідження особливостей психологічної реадaptaції постнаркозалежних; можуть бути застосовані при розробці психологічних тренінгів і програм,



спрямованих на подолання дезадаптації під час ресоціалізації, професійної орієнтації, психологічного консультування тощо.

Результати дисертаційного дослідження **впроваджено** в освітній процес Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка, Полтавського інституту економіки і права ЗВО «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна», у діяльність благодійних і громадських організацій: Благодійної організації «Східний ресурсний центр всеукраїнського об'єднання людей з наркозалежністю «МЕРИДІАН»» (м. Полтава), Громадської організації «Західний ресурсний центр всеукраїнського об'єднання людей з наркозалежністю» («Волна-Захід», м. Львів), Громадської організації «Ресурсний центр «Всеукраїнського об'єднання людей з наркозалежністю «Волна-Донбас»» (м. Сєверодонецьк), Благодійної організації «Південний ресурсний центр всеукраїнського об'єднання людей з наркозалежністю» («Волна-Південь», м. Одеса) та Громадської організації «Західноукраїнський ресурсний центр «Всеукраїнського об'єднання людей з наркозалежністю «ТВІЙ ДІМ»(м. Івано-Франківськ).

**Особистий внесок здобувача.** Результати теоретичних узагальнень наукових думок та виявлені емпіричні закономірності розподілу даних є самостійним внеском автора в теоретико-емпіричні дослідження психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей. У статтях, написаних у співавторстві, внесок здобувача розкриває: результати обстеження показників психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб та їх аналіз; авторську програму психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі психотерапевтичного методу М. Мюррей.

**Апробація результатів дослідження.** Результати дисертаційного дослідження представлено автором на наукових форумах, науково-практичних конференціях, семінарах:

– в Україні: на 4-х Міжнародних – «Вектори психології-2019» (м. Харків, 2019), «Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості» (м. Херсон, 2019), «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (м. Полтава, 2020, 2021); на 4-х Всеукраїнських – «Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality» (м. Київ, 2019, 2020), «Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи» (м. Полтава, 2019, 2020); на одній Регіональній – «Актуальні проблеми сучасного дискурсу в теоретичній та прикладній лінгвістиці» (м. Полтава, 2019);

– в інших державах: на 3-х Міжнародних – одному форумі (Республіка Казахстан) та 2-х конференціях (Італійська Республіка, Республіка Польща) – Международный образовательный форум «Гимназия – мировоззрение, компетентность, творчество» (г. Нур-Султан, 2019); Scientific Collection «InterConf», (42): with the Proceedings of the 1-st International Scientific and Practical Conference «Theory and Practice of Science: Key Aspects» [Psychology and Psychiatry] (Rome, 2021); International scientific and practical conference «Pedagogy and Psychology in the Modern World: the art of teaching and learning» (Wloclawek, 2021).

Здобувач також є одноосібним автором-укладачем 2-х брошур із науково-методичними рекомендаціями: «Школа консультантів із питань залежностей»: Інформаційно-освітня програма (м. Полтава, 2018. 42 с.); «Повернення до здорового способу життя дорослих людей, постзалежних від наркотиків, алкоголю та азартних ігор». Програма психосоціальної реадaptaції за методом Мюррей (м. Полтава, 2020. 56 с.).

**Публікації.** Основні результати дослідження відображено у 20 наукових публікаціях (16 – одноосібних), із них: 3 статті – у фахових виданнях, 1 стаття – у наукових виданнях інших держав (у співавторстві), 16 праць – в інших виданнях та матеріалах конференцій (12 – одноосібних, 4 – у співавторстві).

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (262 найменування, із з них 209 українською мовою) та 3 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 338 сторінок, основний зміст роботи викладено на 180 сторінках, додатків – на 159 сторінках. Текст роботи разом із додатками містять 31 таблицю, 19 схем та 40 рисунків.

## **Розділ 1**

# **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ**

Розділ містить узагальнення теоретичного аналізу сутності процесу здійснення реадaptaції постнаркозалежних особистостей дорослого віку. За підсумками інтегрування науково-теоретичного досвіду вчених окреслено причини наркозалежності та психологічні проблеми постнаркозалежних осіб, представлено типові труднощі процесу реадaptaції та відновлення багатофакторного і повноцінного функціонування дорослих постнаркозалежних. Представлено авторську модель реадaptaції постнаркозалежних осіб та розглянуто особливості психологічної реадaptaції дорослих постнаркозалежних осіб на основі використання методу становлення здорової і врівноваженої особистості за результатом подолання наслідків насильства, травм і депривації (за М. Мюррей).

### **1.1. Причини наркозалежності та психологічні проблеми постнаркозалежних осіб**

Наркоманія позначається як ненормальний стан функціонування всього організму, що детермінований вживанням певних речовин (наркотиків).

Наркозалежність залишається провідною соціальною проблемою сучасного суспільства в ХХІ ст. За різними даними в усьому світі існує понад 200 млн наркозалежних осіб, щороку внаслідок передозування наркотиками гине 190 тисяч осіб, приблизно чверть мільярда людей хоча б одного разу перебували в стані вживання наркотиків. Найбільша кількість наркоманів у світі знаходиться в США – 28,6 млн. осіб у віці від 12 років і старше. Але за даними ООН Україну також обрано серед 24 країн, які мають необхідність у першочерговій допомозі внаслідок високого рівня споживання ін'єкційних наркотичних речовин та розповсюдження ВІЛ серед СІН. За даними МОЗ в

Україні приблизно 346 тисяч осіб вживають наркотичні речовини ін'єкційно та більшість із них мають синдром залежності, а Україна займає друге місце за кількістю наркозалежних в Європі після Росії. Кількість осіб, котрі вживають психоактивні речовини іншими шляхами (перорально, назально), наразі невідома, але тенденція вказує на зростання наркозалежних у геометричній прогресії (Лінський, 2007). Так, за даними незалежних експертів, насправді, кількість наркозалежних осіб в Україні – близько 2 мільйонів людей, що в десятки разів перевищує різноманітні офіційні цифри.

Існує кілька моделей адикції (залежності), в тому числі й наркотичної залежності, які пояснюють причини виникнення адикції та ставлення до неї в суспільстві (Крамченкова, 2015, с. 178): 1) моральна модель (в якій адикція постає у якості прояву недосконалості в моральному аспекті), 2) модель хвороби (адикція постає у якості хвороби, що звільняє адикта від відповідальності), 3) симптоматична модель (залежність розглядається у якості шкідливої звички, що надає людині психологічну вигоду), 4) психоаналітична модель (адикція розглядається у якості порушення перебігу динаміки особистісного розвитку та специфіки характеру), 5) системно-особистісна модель (де залежність виступає порушенням системи важливих для особистості стосунків), 6) модель життя-процесу (залежність визначається метафорою, своєрідною вигаданою розповіддю стосовно життя, єдиною детермінантою її появи постає звичка, що з часом вплітається в цілісну картину життя), тощо.

Л. М. Литвинчук у якості факторів ризику та причин наркоманії вказує на такі явища: ідейно-політична криза в суспільстві, втрата традиційних ідеалів та цінностей, економічні труднощі, безробіття, морально-психологічна криза сім'ї, втрата близькості та довіри, вплив масової культури взагалі і молодіжної субкультури зокрема, якій властива героїзація девіантної поведінки тощо (Литвинчук, 2016, с. 111). О.В. Кіосева виокремлює мотиваційні предиктори вживання психоактивних речовин молоддю України (Кіосева, 2016).

К. В. Седих (Седих, 2016) підкреслює такі джерела наркозалежності в умовах розвитку суспільно-політичної кризи в сучасній Україні: розповсюджений нігілізм у якості психологічних засад модифікації суспільної свідомості; регулярна маніпуляція свідомістю особистості як норма життя в суспільстві; розповсюдження філософії маркетингу, що визнається творцем цінностей Суспільства споживання.

Важливим аспектом формування адиктивної поведінки особистості є її дитяча роль у сім'ї. Так, К. В. Седих (Седих, 2008) зазначає, що підштовхнути до формування хімічної адикції можуть такі ролі, які дитина виконувала в батьківській сім'ї: 1) невидимка; 2) нянька; 3) принц.

Серед причин вживання наркотичних речовин у рамках різних напрямів психології вчені виділяють кілька підходів до даної проблеми: психоаналітичний, біхевіоральний, когнітивний, гуманістичний, гештальтпсихологічний, трансактного аналізу тощо.

Так, згідно з психоаналітичним напрямом психології, людина починає вживати наркотичні засоби через бажання знизити невротичну тривогу, яка формується ще в ранньому дитинстві через порушення батьківсько-дитячих відносин. Недостатні любов, турбота та увага призводять до надмірної залежності від цих стосунків у дорослому віці та від людей, котрі їх можуть виявляти. Відповідно виникає і залежність від психоактивної речовини при пошуді зовнішніх джерел підтримки (Hjelle, 1992). При цьому, вживання наркотику використовується в межах захисного механізму регресу. Як зазначає Л. М. Литвинчук, суть даного регресу полягає в наступному: людина повертається до того етапу свого становлення, коли жити їй було набагато легше, вона не відчувала проблем та почуття провини за скоєні вчинки. Такий регрес переважно позначає слабкість «Я» перед переживанням болю та фрустрацією (Литвинчук, 2014а, с. 276).

У біхевіоризмі механізм створення наркотичної залежності пояснюється утворенням умовного рефлексу за типом стимул-реакція шляхом підкріплення

зниження стану стресу, нервового напруження, відсутності гарного настрою, надмірної втоми, особистого горя і болю.

У когнітивному напрямі психології наркозалежність людини пояснюється, перш за все, ірраціональними думками. Вона характерніша для когнітивно простих особистостей, які розглядають інших людей та довіклля, базуючись на невеликій кількості конструктів, ігноруючи інформацію, яка суперечить їхнім уявленням. Вони простіші в спілкуванні, володіють біднішим репертуаром соціальних ролей.

Гуманістичний напрямок психології вважає причиною виникнення наркозалежності прагнення швидкого доступу до самоактуалізації, до вивільнення творчої енергії особистості за допомогою вживання наркотику.

У логотерапії В. Франкла наркозалежність пояснюється фрустрацією прагнення до смислу: якщо в людини немає сенсу життя, який би зробив її щасливою, вона прагне отримати щастя іншим штучним способом (вживанням хімічних препаратів) (Мостова, 2012, с. 168).

За А. Маслоу, рівень сформованості буттєвих та дефіцитарних цінностей відрізняють здорову і наркозалежну особистість. Д-потреби, які проявляються у бажанні, володінні, жадобі, прагненні мати, а не бути, призводять врешті-решт до відсутності їх насичення та пошуку інших методів задоволення, до яких і відносяться наркотичні засоби.

У теорії К. Роджерса невідповідність в Я-концепції між Я-реальним та Я-ідеальним із різних причин, призводить до підвищення тривожності, порушення психологічної адаптації, соціальної незрілості, емоційних розладів, аномальної поведінки, у тому числі й адиктивної (Мостова, 2012, с. 166).

У гештальтпсихології Ф. Перлза головним постулатом є підтримання гомеостазу та рівноваги, а в якості фігури виступає наркотик, який допомагає це робити, натомість інші потреби стають фоном для людини.

Трансактний аналіз Е. Берна виходить із трьох позицій людини, в яких вона може перебувати під час своєї взаємодії з іншими: Дитина, Батько, Дорослий. Саме найчастіше наркозалежність виникає у людини, котра

знаходиться в позиції залежної Дитини, яка відмінна від позиції природної Дитини та формується за умов неправильного батьківського виховання. Перебуваючи у такій позиції, людина прагне утримати на собі увагу інших, переживає почуття страху і провини за свої вчинки, часто ображається, занадто емоційно реагує на дрібниці, через що стає залежною як від інших людей, так і від речей. У подальшому залежна людина починає грати в ігри – серії прихованих регулярно повторюваних додаткових транзакцій, що характеризуються передбачуваністю та чітким результатом. Людина при цьому неусвідомлено компенсує власні особистісні проблеми.

Н. А. Лужецька детермінанти наркоманії частково поділяє на соціально-психологічні, соціальні і власне психологічні (Лужецька, 2018, с. 57). На основі аналізу праць В. Безпалько, Н. Максимової, Б. Лазаренко, Е. Мельник, проведеному О. Кокуном, систематизовано детермінанти і виявлено наступні передумови наркотичної адикції (Кокун, 2004, с. 10–11):

- конституційно-біологічні чинники, до яких відносяться генетична схильність, спадкоємна схильність до психологічних або ж наркологічних захворювань, різноманітні затримки фізичного розвитку (зокрема, затримане статеве дозрівання);
- традиційно-культурологічні чинники, які включають вживання психоактивних речовин як відповідний певній культурній традиції поведінковий патерн (наприклад, відносно важливого для підлітка референтного оточення);
- медичні чинники – досвід вживання психоактивних речовин за показаннями медичного працівника як внаслідок травмування (пологових, черепно-мозкових, дитячих психічних травм, тощо);
- індивідуально-психологічні чинники, до яких належать неможливість повної реалізації власних здібностей у різних сферах активності, намагання нейтралізувати неприємні емоції, наслідування достатньо авторитетних представників соціального оточення, прояв аномальних



рис особистості людини, прояв протестних реакцій або ж деструктивної поведінки, наслідок зацікавленості, тощо;

- соціальні чинники, які детерміновані проявами кризи в економічній, духовній, ідеологічній, законодавчій сферах життя, що у поєднанні виражається у втраті життєвих орієнтацій та ціннісних традицій, деструкції моральних і поведінкових нормативів стосунків, негативній самоідентифікації людини, пануванні достатньо цинічних соціальних стереотипів і соціальної несправедливості.

В. О. Крамченкова наводить соціальні чинники, котрі сприяють розповсюдженню варіацій адикцій у суспільстві (Крамченкова, 2015, с. 177):

- 1) катастрофи соціального характеру, 2) кризи, що визначають показник соціальної напруженості, 3) міграційні процеси у населенні, 4) достатня доступність ПАР та їх різноманітність, 5) відсутність альтернативних способів проведення часу та дозвілля, 6) знижена результативність традиційної пропагандистської системи, яка застосовує засоби заборони чи залякування людей, 7) прояв культурно обумовлених традицій вживання психоактивних речовин, моди на адиктивні способи проведення часу, 8) вираженість адиктивного досвіду серед сімейного кола та молодіжного оточення. Окрім цього В. О. Крамченкова наводить три підходи до розуміння залежностей: медико-біологічний, соціокультурний та психологічний (див. нижче табл. 1.1.1.).

*Таблиця 1.1.1.*

### **Типові підходи до розуміння адикції та її детермінант**

(за В. О. Крамченковою, 2015, с. 177)

<b>Підхід</b>	<b>Концептуальні позиції</b>	<b>Принципи пояснення</b>
Медико-біологічний підхід	Адикція, о постає у якості біологічної реакції організму	– генетична схильність, – вплив біохімічних процесів на поведінку людини, – особливості конституційного характеру, наприклад, надлишок ендорфінних рецепторів, порушення ферментного обігу,

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– зміна функціонування медіаторів ЦНС, які беруть участь у забезпеченні регуляції емоційних станів і психофізіологічного тону (дофамінова або ж ендорфінна теорія).</li> </ul>
Соціо-культурний підхід	Адикція, що постає як соціальна девіація	<ul style="list-style-type: none"> <li>– порушення стосунків із оточуючими людьми і громадськими інститутами, які регулюють соціальну активність,</li> <li>– погляди стосовно соціокультурної детермінації реакції на вживання психоактивних речовин,</li> <li>– наслідок не сприятливих явищ соціального характеру (міграція, кризи, культурні традиції вживання ПАР, тощо),</li> <li>– психоактивні речовини – могутній тип підкріплення (раціональна теорія залежності Г. Бейкера), регуляція вживання психоактивних речовин на засадах поєднання доступності та витрат на інші різновиди підкріплення (зокрема, теорія поведінкової економіки),</li> <li>– зв'язок вживання психоактивних речовин із ритуалами соціального життя.</li> </ul>
Психо-Логічний підхід	Адикція, що постає як наслідок дефіцитарності особистості	<ul style="list-style-type: none"> <li>– деформація особистісного розвитку,</li> <li>– відсутність смислу життя та існування,</li> <li>– нездатність прийняти на себе відповідальність за існування і свої вчинки,</li> <li>– погіршення мотивації досягнень,</li> <li>– прагнення до проявів регресії у поведінці,</li> <li>– усталені порушення саморегуляції та самоконтролю, проблеми регуляції поведінки і передбачення результатів своєї діяльності,</li> <li>– труднощі самооцінки та поваги до себе,</li> <li>–</li> <li>– недостатня розвиненість емоційно-вольової сфери,</li> <li>– знижена спроможність до рефлексії та ставлення до себе, самотурботи,</li> <li>– конформність, схильність до підлеглої поведінки;</li> <li>– тривалі порушення емоційних аспектів поведінки, які виявляються у проявах алекситимії,</li> <li>– неспроможність до міжособистісної комунікації,</li> <li>– неадекватне сприйняття соціальної</li> </ul>

		<p>підтримки,          – не розвинені адаптаційні здібності, не конструктивні стратегії стрес-долаючої поведінки,          – схильність, обумовлена сімейним досвідом.</p>
--	--	--

Велика кількість досліджень, проведених зі споживачами наркотичних речовин, підтверджують, що у них виникає ряд проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків (Кочарян, 2016; 2017; 2018). Так, за наслідками опитування, на запитання: «Зараз я Вам зачитаю твердження відносно змін у Вашому житті після початку споживання ін'єкційних наркотиків. Що з нижченаведеного стосується Вас?» – більша кількість респондентів свідчить про погіршення стосунків із батьками, погіршення стану здоров'я, погіршення матеріального становища, зовнішнього вигляду, підвищення агресивності, погіршення стосунків із друзями та родинами тощо, що говорить про соціально-психологічну дезадаптацію даної категорії осіб (Чинники, 2006, с. 96).

У МКХ-10 виділяють «розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин» (F10-F19), до складу яких відносять: розлади внаслідок вживання алкоголю (F10), опіоїдів (F11), канабіоїдів (F12), седативних чи снодійних засобів (F13), кокаїну (F14), інших стимуляторів, включаючи кофеїн (F15), галюциногенів (F16), тютюну (F17), летючих розчинників (F18), поєданого вживання складного лікарського засобу та інших психоактивних речовин (F19).

Вчені виділяють також психічні особливості гострої інтоксикації наркотичними речовинами: афективні розлади, розлади відчуття та сприймання, розлади мислення та розлади свідомості, які виникають одразу ж після вживання психоактивної речовини, та розлади психіки і соматоневрологічні порушення, котрі постають внаслідок хронічного вживання ПАР: розлади психіки, психотичні розлади, соматоневрологічні порушення, гастроінтестинальні розлади та ураження печінки, серцево-

судинні розлади, сексуальні розлади, ураження шкіри та слизових оболонок тощо (Литвинчук, 2016с, с. 43 – 47).

Відповідно до теми даної наукової роботи нас цікавлять саме зміни, котрі відбуваються з особистістю наркозалежної людини. Майже всі вчені, котрі вивчають особистості СІН та СНІН відзначають їх інфантилізм. «Психіка людей, залежних від наркотичних речовин, зберігає риси, якості та особливості, властиві дитячому віку, для якого характерні незрілість емоційно-вольової сфери, що виражається у проявах в несаможиттєвості в прийнятті рішень та поведінці, переважанні почуття незахищеності, пониженні самокритичності, підвищеній вимогливості відносно проявів турботи з боку інших людей до себе, – зазначає Л. М. Литвинчук (Литвинчук, 2016с, с. 45).

Також характерними є: зменшення психічної активності, звуження кола інтересів та мотиваційної сфери, спрощення спектру емоцій та спонукань. Відбуваються порушення інтелектуальної сфери, які проявляються зниженням функції пам'яті у вигляді послаблення фіксації та ретенції, порушенням активної концентрації уваги, втратою інтересу до інтелектуальних занять, до оцінки та аналізу ситуації. Надалі загострюються розлади уваги у вигляді втрати здатності до концентрації, крайнього ступеня відволікання та виснажливості. Суттєво знижуються також інтелектуальні функції, такі як розуміння, здатність до абстрагування та критики (Литвинчук, 2016с, с. 46).

Науково продуктивною стосовно механізмів формування залежності є концепція фіксованої уяви, що розроблена О. О. Фільцем та К. В. Седих і апробована в дослідженні С. В. Михайлів (Фільц, 2018). Вченими запропоновано п'ятикомпонентну модель адиктивного процесу, відповідно якій адикція обумовлена взаємодією таких компонентів особистості, як мислення, пам'ять, тілесний аспект, мотивація, емоції та фіксована уява.

Головним чинником адиктивного процесу виступає фіксована уява, яка являє собою емоційно насичений образ. Такий образ утворюється у результаті гіпертрофування фрагментів дійсності в імагінації особистості та

добудови фрагменту образу в фантазіях людини. Протягом формування узалежнення відбувається періодична взаємодія імагінативного образу та його емоційної оцінки, що і стає чинником фіксації образу уяви. Така фіксація призводить до створення своєрідної «амальгами» – синтезу емоцій та образів, значущість яких зростає до надцінності для людини. Водночас, фіксована уява виступає центром циркулярних зв'язків із іншими аспектами психічного залежної особистості. Перед усім, вона пов'язується з емоціями як надцінне емоційне ставлення до об'єкту адикції, а також – із мисленням та мотивацією через формування та вплив надцінних ідей щодо об'єкту адикції.

Розглядаючи фіксовану уяву як чинник формування адикції, К. В. Седих та О. О. Фільц (Фільц, 2018) зауважують, що адиктивний стимул виступає як тригер, який вмикає процес, викликає кататимну залежність від об'єкту – зокрема, хімічного агенту. Ставши надцінною ідеєю, агент адикції замикає на себе всі аспекти психічного – думки, емоції, відчуття, що налаштовують мотиваційно-поведінкові механізми на отримання бажаного стану адикта.

В. О. Крамченкова виділила найбільш поширені особистісні особливості адиктів. Так, у контексті поведінки це егоцентризм в комунікації, відсутність зацікавленості в інших людях, прагнення вирішувати труднощі способом переходу в фантазійне середовище, ригідний патерн реагування на ситуацію фрустрації, не сформоване уміння адекватно справлятися з проблемами, невідповідність показника особистісних домагань потенційним і наявним можливостям, екстремальна орієнтованість, особливо у сфері невдач.

В мотиваційно-емоційній площині до таких якостей авторка відносить емоційну лабільність, схильність до переживання стану тривоги та депресії, знижену фрустраційну толерантність, порушення перспективи майбутнього і антиципації, бажання негайного вдоволення своїх прагнень, неадекватна (переважно, занижена) самооцінка, соціофобії, агресивність, конформізм та навіюваність, знижена спроможність до самоконтролю, відсутність

задоволених потреб у захисті та безпеці, самоствердженні, свободі, приналежності, викривлена часова перспектива.

У когнітивній площині до характеристик В.О. Крамченкова відносить несформованість рефлексивних та абстрактно-логічних функцій, дифузність життєвих принципів, інтересів, цілей, моральних понять, цінностей, когнітивні спотворення у формі емоційно насичених логічних операцій, тощо (Крамченкова, 2015, с. 178).

Також В. О. Крамченкова пов'язує наркотичну залежність з виникненням синдрому емоційного вигорання у адиктів, який значним чином позначається на взаємодії з соціальним середовищем (Крамченкова, 2006).

За радянських часів проблема наркозалежності вирішувалась каральними методами, де залежні від наркотичної речовини вважалися делінквентами, підлягали покаранню та ізоляції від суспільства. За європейськими стандартами, залежні вважаються хворими людьми, що потребують лікування, реабілітації, ресоціалізації та реадaptaції без ізоляції їх від суспільства або тимчасове обмеження деяких другорядних аспектів життя.

Отже, причини вживання наркотичних речовин різноманітні, але майже всі вони призводять до наркотичної залежності людини. Водночас в адикта виникають певні психологічні проблеми від порушення когнітивних функцій, уваги, пам'яті, координації, до егоцентризму, високої тривожності та депресії, неадекватної самооцінки, агресивності та соціофобій. На їх подолання і направлена психологічна реадaptaція постнаркозалежних дорослих осіб.

## **1.2. Закономірності психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб дорослого віку**

Задля подолання наркотичної залежності потрібно провести необхідні заходи, спрямовані на зменшення шкоди, яку справляє на людину явище наркоманії: від стійкої ремісії до повного позбавлення згубної звички (Щербина, 2002). Серед них віділяють: детоксикацію, реабілітацію,

ресоціалізацію та реадаптацію, котрі розглянемо нижче. Адже саме у залежної людини за даними Богданової Н., Кононової М., Кононенко Н., Харенко С. (Богданова, 2008), Кононової М. (Кононова, 2009а; 2009b; 2009с) та Яценко Т.С., Євтушенко І.В., Кононова М.М., (Яценко, 2015) порушуються як процеси соціалізації, так і процеси адаптації в соціумі, тобто виникають, так звані, десоціалізація та дезадаптація: особистість втрачає сформовані раніше соціально схвалювані форми поведінки, руйнує або переорієнтовує на інші, антисуспільні, цінності, ігнорує або порушує соціальні норми.

Ю. І. Чернецька позначає десоціалізацію у якості процесу деструкції засвоєних людиною соціальних норм, цінностей і патернів поведінки, що відбувається внаслідок негативної соціальної інтеракції, асоціальних оточуючих умов в площині дискомфорту особистості, пов'язаного з посиленням впливу соціальних ризиків (Чернецька, 2016b, с. 140).

Реабілітація виступає комплексом заходів, які відносяться до відновлювальної (реабілітаційної) медицини, і спрямовані на різнобічне відновлення фізичних та психологічних сил і можливостей людини, яка має порушення психічного функціонування, до досягнення рівня контролю – здатності повноцінно працювати і виконувати свої обов'язки.

Згідно з даними О. В. Чуйко (Чуйко, 2015), реабілітація складається з комплексу заходів, що забезпечують відновлення або компенсацію колишніх здібностей індивіда до суспільної, професійної, побутової діяльності, яка визначається змістом потреб, колом інтересів, рівнем домагань, соціальним статусом та соціально-психологічними зв'язками особистості. Отже, внаслідок участі наркозалежних у реабілітаційних заходах відбувається процес відновлення багатовимірного функціонування наркозалежної особистості, її включення до системи міжособистісних стосунків та діяльностей.

Ресоціалізація, на відміну від реабілітації (Чуйко, 2021), триваліший процес, пов'язаний із зміною ролей у соціумі, набуттям якісно нового статусу,

відмовою від звичок, цінностей та норм, що були характерні людині раніше (Мостова, 2012, с. 166). Ресоціалізація – в загальному значенні, це пристосування людини до життя в новому співтоваристві. Ряд авторів позначають ресоціалізацію поняттям соціально-психологічної реабілітації (Агарков, 2014). Вона докладно розглянута у працях Ю. І. Чернецької, яка вважає, що ресоціалізація людей із хімічною залежністю – це процес відновлення, збереження, розвитку набутого соціально прийнятного досвіду, спроможність його реалізації в повсякденних справах в різних сферах життя наркозалежної особистості як у процесі реабілітації, так протягом подальших етапів життя, що дасть можливість людині функціонувати у якості повноцінного члена суспільства (Чернецька, 2012, с. 292–293). Вона наводить структурні компоненти процесу ресоціалізації наркозалежного: мета, зміст, суб'єкт, об'єкт, засоби, підсумок, моделі, рівні, функції.

Разом із тим, вагомим для цієї праці постає визначення результату ресоціалізації, як об'єктивних показників реабілітації наркозалежного у вигляді певного адаптивного досвіду та ступінь суб'єктивного задоволення набутими результатами. С. Я. Харченко виділяє такі результати ресоціалізації (Харченко, 2006):

1) показник вихованості особистості – це ступінь оволодіння соціально важливими способами задоволення власних потреб, розвиток почуття відповідальності за свої дії, вибір із протилежностей в морально суперечливих амбівалентних варіантах;

2) показник освіченості особистості – ступінь оволодіння людиною необхідним набором знань стосовно суспільства, культури та науки;

3) показник покращення здібностей, які дають можливість забезпечити людині самоствердження в соціумі – передбачає формування здібностей, засвідчує індивідуальність та неповторність людини;

4) показник соціальної та професійної самоактуалізації особистості (Чуйко, 2013) – визначення власної ролі в мікро- та мікросоціальних умовах, засвідчення можливостей у сфері трудової діяльності;



5) показник успішного створення родини – розглядається як усвідомлений крок нормально функціонуючої особистості, що бере на себе відповідальність за виховний процес.

Тобто, власне адаптивний досвід постає одним із головних об'єктивних показників вдалої ресоціалізації, який втілюється в процесі реадаптації особистості в життя без наркотичної речовини.

Реоадаптація – процес, направлений на процес і результат повторного пристосування людини до умов колись звичного для неї середовища, що змінилося.

Соціально-психологічні компоненти адаптації розкриваються в дослідженнях таких відомих психологів, як Г. О. Балл, Л. П. Гримак, В. А. Семиченко, О. Г. Солодухова, та ін.

Загалом, адаптація позначається науковцями у якості зміни самого себе (наприклад, стереотипів поведінки, настанов, рис характеру) у відповідності до вимог оточуючої діяльності, що змінилися, соціальних умов і нового соціального оточення. Окрім цього, адаптація є входженням до нової соціальної позиції і нової системи стосунків, а також – вроджена реакція організму пристосовуватися до нових умов життя.

Оскільки соціальна адаптація є не одномоментною зміною системи, а має процесуальні ознаки, то виникає питання про її стадії. Можна говорити про чотири якісних стадії соціальної адаптації:

– 1 – початкова – стадія, за якої людина ідентифікує правила поведінки, проте система цінностей та ідеалів соціуму інтернально ним не визнається і не приймається;

– 2 стадія – терпимість – за якої людина та соціальне оточення визнають однакову цінність еталонів поведінки відносно одне до одного;

– 3 стадія – пристосування, «акомодації» – передбачає реалізацію взаємних поступок, коли людина визнає та приймає систему ідеалів, цінностей і регуляторів поведінки середовища, яке, в свою чергу, приймають людину в її різноманітності;

– 3 стадія – «асиміляції», повного показника адаптації – за якої людина відмовляється від минулих зразків поведінки та цінностей, приймаючи нові для неї регулятори поведінки (Алієв, 2017, с. 4 – 5).

До механізмів соціально-психологічної адаптації людини можна віднести: 1) когнітивний, який передбачає функціонування комплексу психічних процесів, що пов'язані із пізнанням оточуючої дійсності: відчуття, сприймання, пам'ять, мислення, імагінація, тощо; 2) емоційний, який відображає різноманітні емоційні стани, переживання й моральні почуття; 3) практичний, поведінковий механізм, який відображає цілеспрямованість людини у діяльності та власній активності (Алієв, 2017, с. 5).

До різновидів адаптації доцільно віднести такі її різновиди: 1) алопластична – реалізується за рахунок змін оточуючого світу відповідно до існуючих потреб людини; 2) аутопластична – реалізується за рахунок змін структури особистості людини у відповідності до умов оточуючої дійсності. Адаптація буває загальною і ситуативною. Різновид загальної адаптації (і показника адаптованості) є наслідком послідовного ряду часткових, фрагментарних адаптацій.

Під час залежності від ПАР у особистості виникають різні варіанти дезадаптації до зовнішнього світу, що можуть ускладнювати гармонійне існування у соціумі та зберігатися навіть після проведених заходів реадаптації та у період ремісії у вживанні ПАР. Дезадаптація, за Ю. С. Федорі, протягом психотравмуючих подій може виражатися у трьох аспектах (Федорі, 2012):

– когнітивному – зокрема, дисгармонійність самооцінки, відсутність задоволення власним «Я», відчуття залежності від оточуючих, зосередженість на своїх проблемах, деформація ціннісно-мотиваційних орієнтирів;

– емоційному – нестійкість афективно-вольової сфери, переважання негативних емоційних проявів;

– поведінковому – проблеми взаємодії в робочому колективі, сім'ї, з найближчим оточенням і представниками державної влади.

Ю. І. Чернецька розглядає категорії, спрямовані на адаптації наркозалежних до мінливих умов оточуючого середовища («адаптація», «переадаптація», «реадаптація», «коадаптація», «соціальна адаптація»). Вона зауважує, що єдиний за змістовним наповненням комплекс інтеграційних дій і заходів інколи позначається різними поняттями – наприклад, «адаптація», «реадаптація», «соціалізація», тощо. Термінологічні диференціації у позначенні суті та змістовного наповнення інтеграції детерміновані тим, що для кожного окремого напрямку науки, яка стосується питань інтеграції наркозалежних, властиві особливі підходи та методи (Чернецька, 2016b, с. 174). Вона відповідно вважає адаптацію частиною соціалізації, а дезадаптацію – складовою десоціалізації, з чого виходить, що і реадаптація наркозалежної особистості буде складовою її ресоціалізації (Чернецька, 2016b, с. 171).

На відміну від адаптації реадаптація постає як процес, направлений на повторне пристосування особистості до умов звичного для неї оточуючого середовища, що змінилося.

Проблема сутнісних ознак реадаптації як сутності життя і буття людини розкривається у працях А. Камю, Е. Дюркгейма, Дж. Локка, Ж.-Ж. Руссо, М. Хайдеггера, В. Франкла, К. Ясперса та ін. Аналіз феномену реадаптації в соціологічному руслі подано в наукових дослідженнях Т. Горски (Gorski, 1997), О. Шевченка, А. Коена; соціально-педагогічні засадничі положення стосовно реалізації реадаптації представлено в розвідках А. С. Макаренка, В. Бочарової, С. Белічової, І. Липського (див. також: Моргун, 1997; 2002; 2004; 2008; 2018); наукові проблеми теорії та практики функціонування реабілітаційних центрів розкривали В. Нечипоренко, С. Коношенко, В. Мороз, В. Шпак; психологічні компоненти реадаптації людини у стані подолання залежності представляли Ю. Клейберг, Б. Кононов (Кононова, 2022a), М. Кононова (Кононова, 2022b),

О. Копіна, В. Крамченкова (Крамченкова, 2006; 2015; 2017; 2018), В. Лавріненко (Лавріненко, 2021; Lavrinenko, 2022), Л. Литвинчук (Литвинчук, 2014b; 2014c; 2016b; 2017a; 2017b; 2017d; 2018), Н. Максимова (Максимова, 2011) М. Мюррей (Мюррей, 2004a; 2004b; 2011; 2012; 2013; Murray, 1991; 2012), В. Новіков, І. Г. Огданський, К. В. Седих (Основи..., 2013; Седих, 2013b; 2022; Filts, 2020), С. Таточенко (Таточенко, 2017a; 2017b), Т. Теренс, Ю. Чернецька (Чернецька, 2012; 2014; 2015a; 2015b; 2015c; 2015d; 2016a; 2016b).

Соціально-психологічний аспект реадаптації за твердженням О. Г. Караяні виступає компонентом цілісного процесу психологічної реабілітації – варіанту психологічної допомоги у тому аспекті, в якому вона спрямовується на завдання відновлення порушених (частково чи повністю втрачених) психічних функцій та благоплуччя.

Загалом, профілактика наркозалежності має три види: первинну (первенцію), вторинну (інтервенцію) та третинну (поственцію) (Вовкогон, 2010).

Первинна профілактика має інформаційно-роз'яснювальний характер, передбачає розвиток показників обізнаності респондентів цільової групи відносно необхідних питань, сприяння орієнтації на здоров'язбереження та розвиток відповідних особистісних якостей, а також компетенцій і навичок, які нададуть допомогу відносно відмови від несприятливих звичок та стандартів поведінки (Безпалько, 2009, с. 35).

Вторинна профілактика є процесом, який реалізується в обмеженнях ряду негативних явищ, наявних у суспільстві чи окремій його соціальній групі, попередження надмірного вираження цих явищ та їх результатів прояву, запобігання заглибленню проявів соціальної дезадаптації людей із девіантною поведінкою. Вторинна профілактика спрямована на людей, що вже мають ознаки початку формування адиктивного процесу, коли адикція виникла, проте ще не досягла показника, властивого представникам групи ризику.

Третинна профілактика направлена на випередження певних рецидивів негативних суспільних явищ та відхильної поведінки людей, що раніше мали такі поведінкові ознаки, а також на відновлення соціального й особистісного статусу суб'єкта профілактики в суспільстві. Така профілактика направлена на попередження наступного споживання психоактивних речовин залежною людиною, або ж відносно зменшення ступеня шкоди для здоров'я від такого вживання, на ресоціалізацію людей із адикцією (Вовкогон, 2010).

Саме до третинної профілактики відноситься реабілітація наркозалежних. Реабілітація наркозалежних це комплексне поняття, що позначає ряд заходів і процесів психотерапевтичного або ж медичного лікування стану залежності від ПАР. Загальною метою реабілітації постає надання допомоги пацієнту у припиненні вживання психоактивних речовин із метою запобігання психологічних, правових, фінансових, соціальних та фізичних наслідків вживання ПАР (Вовкогон, 2010).

С. А. Таточенко говорить, що під реадaptaцією слід розуміти процес особистісної еволюції, що дозволяє наркозалежному, бажаночому цього, в прогресуючому темпі знову здобути владу над власним життям і відновити характеристики власної психічної, психологічної та соціальної рівноваги (Таточенко, 2017а; 2017б). Реадaptaція постає як життєвий план, шляхом якого людина знову знаходить здатність приймати рішення і діяти самостійно, без впливу психотропної речовини.

А. П. Шумейко стверджує, що під реадaptaцією мають на увазі відновлення різноманітних регуляторних психічних реакцій та діяльності, що має відповідність вимогам звичних умов активності та діяльності у житті на основі переформатування сформованого під дією психогенних чинників викривленого сприйняття умов, що характеризуються екстремальними ознаками (Шумейко, 2017, с. 222). Загалом, феномен «реадaptaція» позначає повторне пристосування суб'єкта до умов оточуючого середовища. Цей процес є важливим саме для тих осіб, які несподівано в силу певних суб'єктивних чи об'єктивних детермінант змінили оточуюче середовище та

змушені знову пристосовуватись і відновлювати втрачені чи припинені соціальні контакти (Шумейко, 2017).

Серед показників ефективності процесу реадаптації вказують: комплексність, перманентність, гарантованість, професійність, сталість реадаптації.

Загалом виділяють кілька типів реадаптації: соціально-психологічну, психологічну, професійну, психіатричну, ацентричну (Шумейко, 2017).

Соціально-психологічна реадаптація є процесом, що передбачає повторне активне пристосування суб'єкта (реадаптанта) до умов «базового» соціального оточення за використання заходів психологічного змісту. Ці заходи направлені на забезпечення пристосування регуляційних психічних реакцій та діяльності суб'єкта (реадаптанта) до типових умов життя та діяльності на основі переформатування отриманого ними досвіду життя. Соціально-психологічну реадаптацію, при цьому, позначають як процес, який стартує зі змін умов соціальної дійсності, ситуацій і направлений на досягнення максимальної відповідності соціально-психологічних характеристик суб'єкта таким відповідним змінам (Шумейко, 2017, с. 224). Водночас зазначається, що для високого рівня соціально-психологічної реадаптації потрібні: розвиток рефлексивних здібностей особистості, духовних цінностей, етичних норм, на основі яких стає можливим побудова цілісної стратегії подальшого життя людини (Тополь, 2015, с. 230).

Соціально-психологічна реадаптація, зокрема учасників бойових дій, за П. П. Івановим, передбачає:

- виявлення найбільш розповсюджених форм відхилень у психічному стані реадаптантів;
- визначення особливостей впливу відстрочених реакцій в компонентах психологічних труднощів постнаркозалежних суб'єктів (реадаптантів);
- виявлення психологічних особливостей соціально-психологічної реадаптації;

- процеси коригування неадекватних, дезадаптивних процесів і поведінкових змін у соціально-психологічному розумінні;
- систему способів та методичних засад соціально-психологічної реадаптації;
- випрацювання засобів контролю ступеня ефективності соціально-психологічної реадаптації.

В. Б. Салахова аналізує процес переадаптації засуджених, що охоплює відновлення функціонування процесів відображення, сукупності відносин і координації рухів, відповідних для звичайних умов життя, наслідком чого виникає якісно нова функціональна система, реалізується перебудова системи діяльності, формуються якісно нові патерни поведінки.

Є. Ю. Бабенко розкриває зміст феномену «соціальна реадаптація» інвалідів як процес відновлення пристосованості суб'єкта до певних умов, що дозволяє стимулювати активність реадaptантів шляхом у соціальній сфері за допомогою їх трудової терапії, навчання у професійній сфері та психологічної адаптації.

Н. Є. Завацька розглядає соціальну реадаптацію суб'єкта в ситуації різких змін умов життєдіяльності: після повернення з місць відбування покарання, участі у військових діях, звільнення у запас або відставки, після подолання адикцій. Основною детермінантою соціальної реадаптації дослідниця вважає розвиток адаптаційного потенціалу особистості – цілісного утворення, що об'єднує персональні складові (індивідуально-типологічні особливості, сферу самосвідомості, емоційно-вольову та мотиваційно-ціннісну площини особистості) та інтерперсональну площину (психологічну та інструментальну – інформація, поради, матеріальна допомога тощо). Соціальна реадаптація, за поглядами Н. Є. Завацької, – це підсумковий етап процесу соціальної реабілітації суб'єкта, процес повторного входження людини до суспільного контексту і формування у неї компенсаторних навичок, що мають соціальне значення. Представлена вченою система соціальної реадаптації передбачає наступні рівні:

- ✓ первинна реадaptaція, яка передбачає моніторинг соціально дезадаптованих людей, первинний контакт і виявлення показників адаптаційного потенціалу респондентів з метою превентивної роботи, прогнозування показників соціальної реадaptaції осіб відповідно до показника їх адаптаційного потенціалу; мотивування відносно процесу соціальної реадaptaції, переорієнтацію на нову систему відносин із соціумом;

- ✓ базовий рівень, який включає реалізацію програм адаптації, орієнтованих на покращення адаптаційного потенціалу соціально дезадаптованих суб'єктів і створення реадaptaційного середовища соціального характеру;

- ✓ постреадaptaція – процес соціальної підтримки та контролю за психофізіологічним станом і соціальним статусом суб'єкта (реадaptaнта), соціальний супровід, який передбачає програми дослідження, орієнтовані на тривалий супровід з реадaptaнта і його соціального оточення (Завацька, 2010).

Психологічна реадaptaція постає складним комплексом заходів психологічного характеру, спрямованих на відновлення регуляторних психічних реакцій та діяльності. Серед гострих психічних реакцій «виходу» необхідно приймати до уваги ймовірність розвитку виражених зсувів в емоційному стані (гіпоманіакальні стани, ейфорія, тощо), порушення рухових патернів поведінки, розлади перцепції глибини предметів та порушення константності їх розмірів, пониження порогів чутливості зорових та слухових аналізаторів (Шумейко, 2017, с. 224-225).

Професійна реадaptaція розглядається як адміністративно скоригований державою процес розвитку освітньо-професійної сфери набуття чи відновлення знижених навичок, необхідних для опанування певних професій, що мають найбільший комерційний запит в умовах сучасного ринку праці (Шумейко, 2017, с. 225).

Психіатрична реадaptaція визначається як найбільш знаковий із точки зору запобігання кризовим психологічним станам компонент реадaptaції, що пов'язаний із професійним намаганням досягнення стану нівелювання наявних



психічних розладів і проблем, які викликані травмуючими детермінантами обох порядків – ментального чи фізичного – та досягнення стану психічної рівноваги (Шумейко, 2017, с. 225).

Ацентрична реадаптація визначається як опосередкований тип реадаптації, який полягає у професійній роботі фахівця-психолога із соціальним оточенням (найчастіше це сім'я постнаркозалежних особистостей) із приводу набуття людьми базових навичок, виключно необхідних для адекватного розуміння нинішнього стану особистості, що брала участь у реабілітаційних заходах, формування належного сприйняття поведінки та створення спокійного навколишнього оточення» (Шумейко, 2017, с. 225-226).

Отже, реадаптація залежної особистості та людей, які мають травматичний досвід є складним і комплексним процесом відновлення її повноцінного функціонування, формування нового наору умінь повноцінно жити в суспільстві на основі модифікації інтрапсихічного простору.

### **1.3. Теоретичне обґрунтування моделі психологічної реадаптації постнаркозалежних на основі методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства та депривації (за М. Мюррей)**

Багатьма вченими було акцентовано увагу на тому, що майже у всіх наркозалежних дорослих у минулому було присутнє переживання несприятливого дитячого досвіду у вигляді жорстокого поводження, який став причиною психічної травматизації та привів до зловживання ПАР в подальшому (Кононова, 2021a; 2021b; Survey..., 2022; Forster, 2018; Banducci, 2014; Kendall-Tackett, 1993; Widom, 2001; Young, 2011 та ін.). Так, було доведено, що у жінок вірогідність вживання ПАР була тісно пов'язана з тяжкістю жорстокого поводження в роки дитинства. Жінки, які страждають на наркологічні захворювання, в удвічі частіше засвідчували про сексуальне

насильство в дитинстві (70%), порівняно з жінками генеральної сукупності (35%). Розлади при вживанні ПАР у чоловіків менше пов'язані з сексуальним насильством в ранні роки, але респонденти-чоловіки відзначають високий рівень перенесених в дитинстві ознак фізичного насильства.

У дослідженні, яке проводилось у штаті Каліфорнія США серед студентів університетів (2953 особи) вживання ПАР констатували 75% респондентів. Серед факторів несприятливого дитячого досвіду в них частіше за все, в 25%, були вказані випадки психологічного насилля, у 16% сексуального насилля, у 14% фізичного насилля, у 9% насилля з боку батьків або інтимних партнерів. При цьому 50% опитаних повідомляли про сімейне насилля або дисфункції, 23% – про багатофакторний несприятливий дитячий досвід (Forster, 2018).

Аналогічне дослідження проводилось зі студентами (1580 осіб) ЗВО та коледжів із середнім віком досліджуваних 20 років. Під час дослідження були виявлені факти несприятливих дитячих переживань, які серед учасників дослідження розподілилися наступним чином: сексуальне насильство було відзначено у 5,7%, фізичне насильство – у 14%, емоційне насильство – у 37,9%, фізична зневага – у 53,3% і емоційне нехтування – у 57,9%. З них 84,6% опитаних повідомили про, принаймні, один вид насильства, 28,2% респондентів стикалися з двома видами насильства в сім'ї, а 17,5% опитаних повідомило про чотири види насильства і більше (Survey..., 2022). Водночас результати дослідження показують, що ймовірність таких форм поведінки, що завдають шкоди здоров'ю (куріння, вживання алкоголю і наркотиків, наявність кількох сексуальних партнерів і спроб самогубства) зростає зі збільшенням числа насильства в дитячому віці.

Також, дослідження, в якому брали участь викладачі та студенти КНУ імені Тараса Шевченка віком від 21 до 60 років, загалом 73 особи, вказує, що майже половина респондентів в своєму дитинстві стикались з п'ятьма травмуючими подіями, у третини студентів збереглися спогади про

6–10 випадків насилля та 15% респондентів мають від 11 до 15 таких спогадів щодо травмую чого досвіду. У дослідженні було вказано про залежність несприятливого дитячого досвіду та особливостей поведінки в дорослому віці (Целікова, 2020).

За даними проведених досліджень у порівнянні з відсутністю несприятливих подій дитинства (НПД), наявність чотирьох і більше НПД асоціюється зі зростанням наступних ризиків в подальшому: куріння – в 2,1 рази, зловживанням алкоголем – в 10,4 рази, вживанням наркотиків – у 11,9 рази, ризикованої сексуальної поведінки – в 1,7 рази, небажаної вагітності – в 7,9 рази і спроб самогубства – в 23,2 рази. Для пацієнтів із історією жорстокого поводження в дитинстві характерний початок вживання ПАР в ранньому віці. В людей, які почали вживати ПАР, знижена здатність до аналітико-синтетичної обробки інформації. Порівняння когнітивним шляхом подій, образи яких зберігаються в пам'яті, і подій, що відбуваються в поточний момент, призводить до відсутності у таких осіб соціальної впевненості, яка підкріплюється емоційною невпевненістю в собі. Як наслідок, переважає поведінка з низьким рівнем довільності через недостатній самоконтроль, для якого характерні імпульсивні відповіді на зовнішні стимули оточення, з переважанням орієнтації на ситуативно значущі об'єкти, якими часто стають ПАР.

Характер вживання ПАР у осіб, які зазнали насильства в дитинстві, носить більш важку форму, викликаючи такі серйозні порушення, як передозування, важкі запої, виражені абстинентні розлади. Показано, що пацієнти з несприятливими дитячими враженнями мають більш високий ризик розвитку проблем зі здоров'ям, пов'язаних із вживанням алкоголю (в 7,4 рази вище, ніж у респондентів контрольної групи), і проблем, що виникають внаслідок вживання наркотиків (від 4,7 до 10,3 разів вище, ніж у контрольній групі) (Lansford, 2010). Пацієнти даної групи частіше використовують наркотики, седативні засоби і транквілізатори. Вони також частіше, ніж їх однолітки, що не випробували жорстокого поводження,

використовують ПАР, щоб полегшити соматичний біль, уникнути сімейних негараздів або зняти психоемоційне напруження (Mandavia, 2016).

У дітей, які зазнали насильства у ранньому віці, вживання психоактивних речовин постає психологічною допомогою з метою втечі від образливого і не приємного оточуючого середовища; форма самотерапії, завдяки якій дитина намагається отримати контроль над травмуючим негативним життєвим досвідом; метод самоствердження, що підвищує самооцінку дитини; відхід від почуття ізоляції і самотності (New Directions..., 2014).

Таким чином, НПД виступають фактором, що завдає шкоди дитині в процесі її росту і розвитку, і є причиною сукупності наслідків: когнітивних проблем (неуважність і дефіцит виконавчих функцій); проблем міжособистісної і соціальної взаємодії (взаємного неприйняття однолітками); інтернальних і екстернальних симптомів (депресії, занепокоєння, опозиційних розладів, розладів поведінки, агресивності); посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тощо. Вказані порушення онтогенезу особи, яка зазнала насильства в дитинстві та не пройшла відповідної психотерапії з подолання негативних наслідків НПД показані нижче на рис. 1.3.1. у вигляді піраміди несприятливого дитячого досвіду.

Згідно Принципу 9 Декларації прав дитини (ДПД), прийнятої Генеральною Асамблеєю ООН від 20 листопада 1959 року, стверджується, що дитина повинна бути захищена від різноманітних форм недбалого ставлення, проявів жорстокості, абuzu і експлуатації. Задля подолання наслідків несприятливого дитячого досвіду (психологічних травм, всіх видів насильства, емоційної депривації) та різноманітних форм адикцій (наркотичної, зокрема), в які тікає незріла особистість, потрібен відповідний психотерапевтичний метод допомоги. Саме таким засобом є метод становлення врівноваженої здорової особистості шляхом подолання дитячих травм, насильства та депривації Мерілін Мюррей (Marilyn L. Murray) (Мюррей, 2004a; 2004b; 2011; 2012; 2013; Murray, 1991; 2012).



**Рис. 1.3.1.** Піраміда несприятливого дитячого досвіду  
(за Є. А. Катан)

Метод М. Мюррей зарекомендував свою ефективність та застосовується в психологічній практиці для подолання психотравмуючих подій у дітей та підлітків (О. В. Кім, К. Ф. Халепа) (Кім, 2017; Халепа, 2013), для профілактики адиктивної поведінки, для подолання несприятливих наслідків дитячих психотравм на особистість дорослої людини (Є. А. Петрова), для реабілітації підлітків, які знаходяться в конфлікті з законом, зловживають ПАР, та співробітників силових структур, які приймали участь у бойових діях в рамках проекту «Пліч-о-пліч» (А. В. Волков, Л. А. Шилова).

Комплексний і багатоманітний психотерапевтичний метод становлення зрівноваженої здорової особистості шляхом подолання травм, насильства і

деривації, розроблений М. Мюррей охоплює майже всі вказані аспекти роботи з людиною, від внутрішніх інтенцій, переживань, подолання адикцій, дитячих травм особистісного становлення, до порушень комунікації з іншими людьми, тощо. Метод був розроблений психотерапевтом Мерілін Мюррей у 1981 році, і в подальшому набув удосконалення і поширення у більш ніж 45 країнах світу (Ільченко, 2019а).

У житті розробниці методу Мерілін у віці 8 років сталася трагічна ситуація, що мала ознаки травми, – вона піддалася зґвалтуванню групою п'яних солдатів. Психологічна травма була до такої міри значна, що сталося витіснення цієї кризової події з її пам'яті. Як наслідок афективного стану почалися серйозні фізіологічні порушення організму: дівчину постійно мучили бронхіальна астма, напади сильної головної болі та мігрені, вона поводитися як спів залежна особа, що опікала багатьох дорослих людей, які можуть проявити турботу про себе.

Лише у віці 44 років, досягнувши суттєвих успіхів у бізнесі та будучи директором галереї мистецтв, М.Мюррей стикається з гострою потребою пройти власний курс психотерапії та успішно здійснює його в клініці доктора Осборна у Бурлінгеймі (США, штат Каліфорнія). Передбачуваний двотижневий період лікування затягнувся на тривалі сім місяців. Під час такої тривалої терапії відбулося відновлення пам'яті, і вона наче регресувала на деякий час, до восьмирічного віку. З часом, спираючись на аналіз свого процесу відновлення, вона розробила авторський «Метод Мюррей».

Цей метод був створений із покликанням допомоги людям, які пережили в дитинстві насильство, сексуальне, зокрема. М.Мюррей розробила теорію, що розкриває механізм того, як особа переживає травматичну подію. Застосовуючи теорію в психотерапевтичній практиці, дослідниця виявила, що метод може бути застосований і для ряду інших негативних детермінант, після чого теорія була вдосконалена і застосована в більш ширшому контексті. До теорії були долучені не тільки питання травми, але і насильства, соціальної депривації. У подальшому цей метод М.Мюррей почала

застосовувати як ефективний спосіб розвитку особистості, шляхом терапії наслідків переживання травматичних подій, насильства та соціальної депривації (Мюррей, 2012).

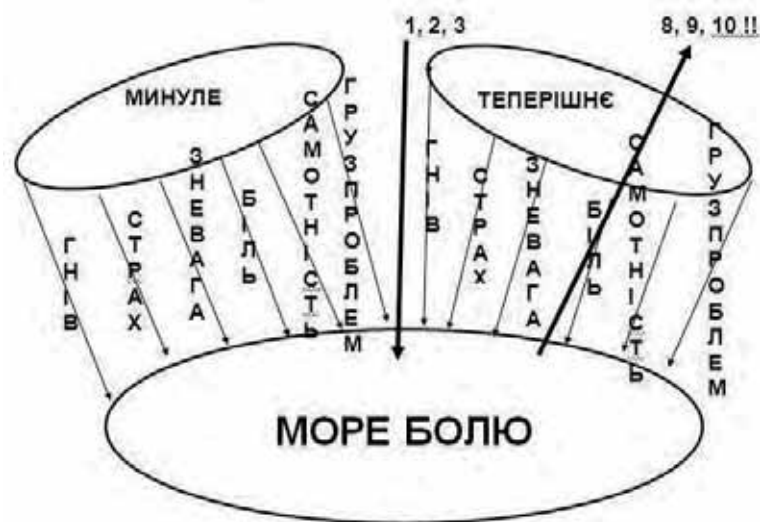
Метод Мюррей представляє прозоре і повне пояснення наслідків переживання болю, пережитого в дитинстві, та відкриває процес дії травми, зневаги, насильства і депривації, а також механізмів захисту на спотворення когнітивного сприйняття і емоційного реагування людини, що, як підсумок, позначається на її здоров'ї та поведінці в повсякденному житті.

Метою здійснення терапії, за методом М. Мюррей, є формування гармонійної особистості, збалансованої і врівноваженої у п'яти основних аспектах життя: фізичній, інтелектуальній, емоційній, соціальній та духовній. Здорова врівноважена особистість розглядається як збалансована комбінація сприятливих якостей, так званої, «природної дитини», поряд із перевагами «дитини, яка плаче» і «дитини, що контролює». Цей психотерапевтичний метод спрямований на роботу з психологічними травмами різного рівня тяжкості, охоплює майже всі аспекти роботи з особистістю, від внутрішніх переживань до інтеракції з іншими людьми.

Метод М. Мюррей надмірно корисний для роботи з особами, що у минулому пережили прояви насильства, психологічні травми або ж виростили в дисфункціональних сім'ях. Тривалий ефект спостерігається після роботи із наслідками емоційного, сексуального, фізичного, психологічного чи духовного насильства; впливом зневажливого ставлення і емоційної депривації; проблемами у комунікації. Також метод апробований у взаємодії з різного роду адикціями.

Одним із базових понять концепції М. Мюррей постає «природна дитина». Це та дитина, яка з моменту народження має набір задатків, що потім перетворюються на: таланти та обдарування, інтелект, творчі здібності, прояви духовності, здорову сексуальність. Для такої людини характерною є спроможність відчувати та виражати всі почуття. Внаслідок впливу негативних зовнішніх чинників, зокрема травми, образи, зневаги, хвороби

тощо, цілісність «природної дитини» піддається деструкції – з’являється «дитина, яка плаче». Болючі переживання, які відчувала «природна дитина» у дитячому віці, провокують її «море болю», в якому накопичуються безпорадність, самотність, злість, смуток, страх, образа тощо – саме такі почуття, які дитині не вдалося проявити під час травми. Це стримування самовираження може відбуватися як підсумок впливу етнічних звичаїв, сімейних, культурних, традицій, норм, моральних правил. Невідреаговані переживання й емоційні стани накопичуються в «морі болю», і якщо в теперішньому з’являється подразник силою від 1 до 3 балів за 10-бальною шкалою оцінки, то особа реагує на нього не відповідно – на рівні 8, 9, 10 балів, що представлено на рис. 1.3.2. (Мюррей, 2012).



**Рис. 1.3.2.** Механізм утворення «моря болю» (за М. Мюррей)

(Мюррей, 2012, с. 105, с. 377)

Проблема не тільки в тому, що дитина пережила травму, насильство або депривацію. Проблема в тому, що травма, насильство, депривація викликали болючі почуття, які не були здоровим чином відреаговані в атмосфері любові, поваги, підтримки і це, в свою чергу, почало змінювати мислення та ставлення дитини до себе, оточуючих, життя та формувати НДД.



Для захисту «дитини, що плаче», приєднується «контролююча дитина». Завдяки травмам і різним проявам насильства при неможливості відреагувати здоровим чином, у «дитини, що плаче» накопичилися хворобливі емоції, сталися порушення в нейрохімічних процесах мозку і сформувався захисний механізм (за типом «контролююча дитина»). Захисний механізм «контролююча дитина» проявляється у різних осіб по-різному. Це можуть бути знеболюючі засоби (нікотин, кофеїн, їжа, алкоголь, наркотики, секс, азартні ігри тощо) або відволікаючі засоби (робота, навчання, співзалежність, спорт, церква, телевізор, комп'ютер, турбота про інших, постійна зайнятість тощо). Особа стає залежною від того, що надає допомогу їй не відчувати болю. Як наслідок людина не розвивається як особистість, не живе таким життям, яке їй призначене прижиттєво, а виживає, «граючи не ту роль». «Мозок, спрямований на виживання», поирається змінам, що викликають реальні чи уявні страхи, якщо, водночас, відсутні засоби захисту себе. У якості механізму захисту «контролююча дитина» повинна проявлятися як часткова допомога для зниження інтенсивності болю під час переживання стресу. Коли такий захист використовується тривало, це може призводити до формування патологічних пристрастей, провокуючи різні види залежностей, зокрема і адикцію від ПАР. Разом із тим, «природна дитина», «дитина, яка плаче» та «контролююча дитина» мають і відповідні сильні сторони. Так, до позитивних якостей «природної дитини» належать: грайливість, цікавість, мрійливість, духовність, спонтанність, здатність до творчості, винахідливість, сексуальність, почуття гумору. «Дитина, яка плаче» відрізняється такими своїми перевагами як: здатність розуміти почуття інших, чутливість, спроможність співчувати, турбуватися, співпереживати, проявляти ніжність. Перевагами «контролюючої дитини» є: спроможність вибудовувати та захищати свої «кордони», що заважає оточуючим перетворювати особу на жертву, і не дозволяє ставитися до оточуючих, як до своїх жертв; відповідальність, дипломатичність, дисциплінованість.

Збалансованою, гармонійно функціонуючою комбінацією сильних сторін і переваг «природної дитини», «дитини, яка плаче», «контролюючої дитини» виступає «здорова врівноважена особистість», під якою розуміють особу, що не лише поєднує ці переваги, але й гармонійно розвивається у емоційному, фізичному, інтелектуальному, соціальному і духовному аспектах (Мюррей, 2012, с. 408) (див. рис. 1.3.3).

Окрім цього можуть бути також і два розбалансовані поєднання, але вже не «позитивних», а «негативних» дітей: «розгнівано-бунтівна дитина» чи «вперта егоїстична дитина».



**Рис. 1.3.3.** Структура здорової врівноваженої особистості (за М. Мюррей)  
(Мюррей, 2012, с. 407)

Якщо потреби «дитини, що плаче» не задовольняються, а «контролююча дитина» на часі втратила почуття терпіння і втомилася від спроб зменшити біль «дитини, яка плаче», то негативні прояви таких дітей поєднуються і в сукупності утворюють «розгнівано-бунтівну дитину». Остання ж відкрито ворожа та дієво-агресивна, вимоглива, нетерпляча, відрізняється орієнтацією виправдовувати власну поведінку, небажанням враховувати наслідки власних дій, вчинків і відмовою нести за них

відповідальність. Зазвичай така «дитина» робить те, що їй спаде на думку, навіть якщо знає, що ці вчинки принесуть шкоду їй та оточуючим людям.

Часто буває, що коли не виходить бути «врівноваженою здоровою особистістю», а відкрито проявляти агресію небезпечно, чи не дозволяє виховання, то до не сприятливих рис «дитини, що плаче» та «контролюючої дитини» додаються негативні риси (мінливість, егоїзм, інфантильність, тощо) «природної дитини» разом із властивим для неї шармом, харизмою, привабливістю, чарівністю, і тоді агресію особа виражає не явно, а приховано. Таке поєднання негативних характеристик трьох «дітей» за методом М. Мюррей має назву «вперта егоїстична дитина».

«Уперта егоїстична дитина» за своєю суттю пасивно-агресивна, поводиться інтригуюче, схильна маніпулювати, нерозбірлива у сексуальних стосунках, схильна представлятися грандіозною, нарцисичною. Вона розцінює себе як жертву, проте реально сама постійно стає аб'юзером, чим завдає шкоди собі та оточуючим, схильна бачити в інших людях причини своїх невдач.

Доцільно відмітити, що у «здорової врівноваженої особистості» поєднань «розгнівано-бунтівна дитина» із «впертою егоїстичною дитиною» немає. Тому подолання агресивно-ворожих маніфестацій таких «дітей», є важливою умовою особистісного зростання.

Узагальнюючи праці В.Д. Москаленко (Москаленко, 2022), М. Мюррей (Мюррей, 2004a; 2004b; 2011; 2012; 2013; Murray, 1991; 2012), Д. Смітта (Smyth, 1990; 1999; 2008) та ін. виділяємо п'ять груп дисфункцій особистості: залежність, співзалежність, стан жертви, нарцисизм, агресія (див. нижче «дерево дисфункцій особистості» на рис 1.3.4.).

Саме вони є перешкодою на шляху до повноцінного життя постзалежних і предметом роботи в програмі реадаптації:

Постнаркозалежні перестали вживати психоактивні речовини, але вони *можуть «пересісти» на інші залежності*. Це може бути ігрова залежність,



**Рис. 1.3.4.** Схематичне зображення дерева дисфункцій особистості (за Р. М. Ільченком (Ільченко, 2020b, с. 17))

адикція від сексу, релігії, роботи, влади, грошей, їжі, гаджетів, Інтернету, соціальних мереж та інше. Ці види залежностей ні чим не кращі за хімічні. Вони руйнують здоров'я, соціум, відносини, духовність, негативно впливають на емоційну та інтелектуальну сфери особистості, що не робить людину щасливою (Повернення..., 2020, с. 8-9).

1. *Багато постзалежних осіб стають самі співзалежними* (Повернення..., 2020, с. 9). Вони починають надмірно опікуватися залежними рідними та близькими, та відбувається дисфункційна залежність від думки інших. Співзалежність характеризується втратою контролю над собою і нав'язливими спробами контролювати іншу людину (Савчук, 2001; 2003а; 2003b). Також співзалежна людина:

- відчуває нездатність диференціювати власні думки і почуття від когніцій і почуттів інших (вона думає і відчуває відповідальність за інших людей); свою залежність від людей; перебування в пастці принижуючих її, контролюючих взаємовідносин; низьку самооцінку; потребу в постійному схваленні та підтримці з боку інших, щоб відчувати, що у неї все йде добре; невизначеність психологічних особистісних меж; провини; сором; нездатність

відчувати почуття істинної близькості та любові; постійне занепокоєння, не знаючи чому.

- бажає більше подібатися іншим і хоче, щоб вони її більше любили;
- боїться висловити свої справжні почуття зі страху бути відкинутим;
- турбується, що її можуть кинути.

Отримавши досвід життя в тверезості, постзалежні, які мають прояви співзалежності можуть домінувати над іншими, повчаючи та контролюючи їх, що в свою чергу продовжує руйнувати всі сфери життя постзалежних.

2. Також у постзалежних, які не пройшли програму реадптації, ми спостерігаємо *«стан жертви»* (Повернення..., 2020, с. 9). У цьому стані людина:

- не вірить, що може сама піклуватися про себе і захищатися;
- найчастіше знаходиться на утриманні у партнера чи батьків, вона слабка, немічна, нездатна, і через це вона погоджується терпіти жорстоке поводження;
- має занижену самооцінку, почуття провини і сорому, шкодує себе;
- постійно притягує «кривдників»;
- бракує сил себе організувати, дисциплінувати, брати відповідальність і приймати рішення;
- відчуває багато негативу, болю, страхів, боїться майбутнього;
- перебуває в стані ображеної та непрощаючої;
- чекає від інших, що вони повинні здогадатися про її потреби і, що вони повинні розуміти її почуття;
- важко відмовляється і не може сказати «ні»;
- відчуває труднощі з сексом;
- має слабке здоров'я;
- можете багато плакати і не бачить виходу;
- не справляється з обіцянками.

3. Ще, що заважає насолоджуватися життям у тверезості та будувати близькі, глибокі відносини – це *наявність у постзалежних рис нарцисизму*

(вищим ступенем егоїзму та егоцентризму) (Повернення..., 2020, с. 10).

Нарцистична особистість:

- вважає інших нижчими за себе;
- вважає себе вищою за інших;
- відчуває, що її дратують люди;
- вважає, що їй всі зобов'язані;
- вважає, що її діти, які стануть дорослими, повинні бути для неї єдиним джерелом матеріальної та емоційної підтримки;
- важко співчуває іншим;
- рідко допомагає іншим, а якщо це так, то чекає вічної вдячності;
- змінює або зраджує своїм партнерам;
- любить роздавати поради, навіть коли в цьому немає потреби;
- має часті напади гніву;
- вимагає визнання і його завжди їй бракує;
- важко розлучається із грошима;
- вважає, що її життя найважче;
- вважає, що вона в минулому сильно настраждалась, і тепер їй всі «винні».

4. Нерідко постзалежні завдають насильства іншим та болю собі. Всі залежні в минулому мали травматичний досвід, і їм бракувало рольових моделей, що показували, як будувати здорові стосунки. Вони звикли до зневажливого, агресивного ставлення до себе з боку близького оточення, і щоб захистити себе і не бути «жертвою», **деякі прийняли рішення – бути агресорами та насильниками** (Повернення..., 2020, с. 10). Гнів не є агресією і не є дисфункцією. Гнів це нормальне почуття. А агресія – це не почуття, а поведінка, це нездоровий прояв почуття гніву. образа – це також це не почуття, а поведінка, це також нездоровий прояв почуття гніву. Відрізняється активна та пасивна агресія, враховуючи яким чином (відкрито, або скрито) виражається гнів.

Активна агресія (аб'юзивні стосунки):

- удари, знущання над тілом;
- покарання у гніві;
- штовхання;
- крик / лайка;
- бунт;
- приниження;
- тотальний контроль;
- непристойні лайки;
- жартування над тілом;
- сексуальні дотики;
- релігійний фанатизм, вчення про Бога, який карає.

#### Пасивна агресія:

● бурчання; незадоволеність; образа; плітки; підлість; зверхність; заздрість; іронія та сарказм; критика, осуд; спізнення; пригнічення гніву; відкладання на потім (прокрастинація); байдужість, бездіяльність; непростення; флірт; невдячність; брехня, обман; знецінення; порівняння, оцінка; немає співчуття; зневага; помста; маніпуляція; уїдливість; бойкот; зрада; цинізм; впертість; зловтіха; егоїзм; уникнення, ігнорування; саботаж; газлайтинг (характеризується тим, що людина, чинячи психологічний вплив на жертву, змушує її сумніватися у власній адекватності).

#### Пасивно-агресивна людина:

- немає любові до життя і всього живого;
- мовчить годинами, днями, тижнями. Не відповідає на питання, відмовляється від діалогу. Це такий спосіб покарання;
- провокує співрозмовника на випадок гніву, пекельної люті;
- постійно тисне на жалість та почуття провини співрозмовника;
- робить гидоти за спиною;
- похмура, навіть коли всім весело;
- забуває про прохання;
- працює наполовину або погано;

- говорить шпильки, обзиває, придумує прізвиська;
- тисне інтелектом, мудрує;
- «гостра на язик»;
- вичікує на помсту;
- змішує водночас компліменти та критику;
- красномовно пускає очі під лоба;
- робить психологічні удари нишком;
- задає конфліктні питання;
- прямо не говорить про те, що їй подобається або не подобається;
- підраховує та нагадує про помилки співрозмовнику;
- випитує секрети про почуття та потім використовує проти співрозмовника;
  - вважає, що її оточують люди, через яких вона не може бути щасливою, вона постійно на них скаржиться, відчуває себе пригніченою і недооціненою;
    - під виглядом турботи поводить ся так, як ніби інша людина-інвалід, несповна розуму тощо;
    - ставиться до людей як до неповноцінних, які не дотягують до її розуму, краси, соціального статусу та матеріального становища;
    - ставиться до людей, як до зайвих, які заважають їй жити, досягати цілей;
      - вислуховуючи біль близької людини, «тихо» радіє її невдачам;
      - робить непрямі прохання (непрямі або через третіх осіб: «Скажи йому, що...»);
        - робить все по-своєму, типу «не кажіть мені, що робити».

Ці п'ять груп дисфункцій призначені для роботи над собою в програмі реадаптації постзалежних, які мають бажання отримати більшу стабільність та покращити якість свого тверезого життя у всіх сферах: фізичній, емоційній, когнітивній, соціальній та духовній (Повернення..., 2020). Це основні групи дисфункцій і вони не є повним, вичерпним списком. Також можуть



проявлятися інші дисфункції та розлади, наприклад: соціопатія, перфекціонізм, маніакальність, синдром емоційного вигорання, різні фобії, асоціативні розлади, заперечення тощо.

Грунтом на якому виросло «дерево дисфункцій» є травми, насильство та депривації. Вчені вказують, що травми та насильство бувають фізичні, емоційні, сексуальні, духовні тощо. Травма не завжди це насильство, але насильство – це завжди ще і травма. Також їх можна розділити на активні (коли щось зайве приносять в життя людини) та пасивні (коли щось важливого не додають в життя людини) види травм та насильства. Пасивні види насильства також позначаються як депривація. Депривація свого часу ділиться на зневагу та позбавлення, де позбавлення це не обов'язково зневага, а зневага – це завжди і позбавлення. Тобто насильство, травми, депривації ми позначаємо скорочено як травми, коли ми будемо говорити про травми, то ми маємо на увазі одночасно і пасивне та активне насильство, травми та депривації.

**Фізичні травми:** удари, шльопання, знуцання над тілом; карання у гніві; штовхання; залишати одного; обмеження в їжі, одязі, житлі; не привчили доглядати за собою.

**Емоційні травми:** крик / лайка (навіть якщо це відбувається на адресу близької людини); приниження; непристойні висловлювання; не виявляють любові; не виявляють турботу; слухають, але не чують; ігнорування; бойкот; співзалежність.

**Сексуальні травми:** гумор про секс / жартування над тілом, сексуальні дотики, викликати збудження / демонстрація порнографії, секс в егоїстичних цілях (у дорослих), не було сформовано здорове розуміння близькості, не отримали правильну інформацію про секс, недолік затвердження в мужності / жіночності з боку батьків.

**Духовні травми:** вчення про Бога, який карає, невдача сформуванню здорової духовності, свавілля, самоправедність / гординя, насадження нездорового способу життя (обман, крадіжки, злочинство, зради, маніпуляції

тощо), не розповіли про люблячого, прощаючого, особистісного (без посередників) Бога.

Цей ґрунт, що складається з пережитих травм, наслідків насильства та депривації у минулому (майже завжди у дитинстві та підлітковому віці) породжує корінь «дерева дисфункцій». Коли дитина, або підліток переживає певні травми, то вона починає відчувати страх, біль, покинутість та самотність. Якщо людина, яка постраждала внаслідок травм, насильства та депривації вчасно та здоровим чином не розбирається з цими емоціями та почуттями, то вони накопичуються у так зване «море болю». Саме ці емоції є корінням п'яти видів дисфункцій, розглянутих вище. Коріння значним чином впливає на розвиток та формування особистості людини. Вони знаходяться глибоко в підсвідомості людини (на малюнку – під землею) та не завжди помітні неозброєним оком. Саме вони є тими чинниками, котрі провокують виникнення у людини станів залежності або співзалежності, позиції жертви або агресора, нарцисизму.

1. **Біль**, котрий відчуває людина впливає на всі сфери життя індивіда. Психологічний біль часто призводить до психосоматичних захворювань та хронічних депресивних розладів. Основним фоновим настроєм в людини водночас є переживання страждання, яке відображається в фізичному плані у виразі обличчя, міміці та пантоміміці, поставі та жестах, які зазвичай скупі та невиразні, формуючи так звану «більову поведінку» (гримаса болю, зниження фізичної активності, млявість, астенія, постійні скарги). Встановлено, що найбільш значущим психологічним наслідком перенесеного тривалого та інтенсивної болю є втрата довіри, втрата тієї базової довіри до світу, яка дозволяє людині побудувати гармонійні взаємини з оточуючими людьми і вибудувати тривалу життєву перспективу на основі планування і співпраці. Чим більше людина зливається зі своїм внутрішнім болем та страждає, тим більше вона віддаляється від усіх інших людей, аутизується, втрачаючи інтерес до навколишнього світу. У відповідь на біль людина частіше використовує такі неадаптивні копінг-стратегії, як катастрофізація і

самозвинувачення, що часто може призводити до аутоагресивних форм поведінки та високого ризику суїцидальних проявів (Повернення..., 2020, с. 13).

2. **Страх** виникає в психіці людини через відчуття загрози своєму фізичному або психічному «Я» і в нормі виконує захисну функцію, зберігаючи життя та здоров'я людини. Якщо ж людина протягом свого життя часто піддавалася небезпечним ризикам із боку оточуючих та цькуванню, то з часом у неї виникає непереборний підсвідомий страх до всього оточуючого, а звичні речі та люди здаються їй небезпечними. Профіль поведінки такої людини характеризується намаганням уникати будь чого нового, що може, начебто, нести загрозу її особистості (контактів, зміни роботи, подорожей, нових знайомств, пошуку супутника життя та створення сім'ї тощо). Характерні особистісні якості: підвищена вразливість, чутливість, реактивність, настороженість, недовірливість, очікування нападу, легко виникає емоція гніву і готовність до оборони. Особа з неусвідомленим внутрішнім страхом не довіряє іншим людям та ситуаціям, не прагне щось змінити в своєму житті, не шукає нових можливостей, не розвивається. Вона начебто застрягла в минулому та боїться зробити крок назустріч своїй долі. При загостренні ситуації у людини можуть виникати різні фобії та, навіть, розвинути параноя. Саме емоція страху формує сором і лежить в основі залежностей та інших дисфункцій. Завдяки страху індивід стає співзалежним, а потім залежним. Коли він боїться не відповісти очікуванням оточуючих, залишитися самотнім, отримати оцінку, він починає догоджати іншим і часто – за рахунок нехтування своїми принципами та цінностями. Таким чином, з'являється співзалежна поведінка. Часто буває, що співзалежна особа боїться відкидання друзями і починає вживати ПАР, щоб не залишитися на самоті. «Стан жертви», також підживлюється страхом. Для «жертви» страх – звичний стан. «Нарцисів» та «агресорів» перебуванні в страсі дуже лякає. Тому вони прикривають страх маскою впевненості в собі, що залишає їх в

душі «пігмеями», але зовні виставляє «могутніми» (Повернення..., 2020, с. 13).

3. **Покинутість** характеризується відчуттям непотрібності іншим людям, викривленим сприйняттям себе, заниженою самооцінкою, загостреною тривожністю, небажанням або невмінням стати самим собою. Це виражається в неприйнятті своїх зовнішніх якостей, сутулості, стислості, доповнюється бажанням зменшитися, сховатися. Травма покинутості формується в ранньому віці та часто не усвідомлюється. Страх бути покинутим виникає, коли людина, що грає важливу роль в нашому житті, відкидає нас, збирається піти і залишити без своєї підтримки і турботи або відторгнути. В подальшому такі люди просто позбавлені можливості підтримувати нормальні стабільні відносини, оскільки дуже глибоко переживають будь-яке розставання або навіть брак уваги, яку вони відразу ж трактують як знак майбутньої розлуки. У них все життя складається з бурхливих відносин і розставань. Вони дуже вимогливі до людей, які є поруч, намагаються встановити над ними повний контроль і прив'язати до себе. Якщо ж вони не знайдуть розуміння і терплячого партнера, друга або колегу, подібна поведінка не тільки не зміцнить взаємини, а й призведе до швидкого розриву. Бути покинутим для такої людини означає існувати в світі, не відчуваючи себе «вдома», мало того, відчуваючи себе в ньому непроханим гостем, до якого ніхто не прийде на допомогу, якому нема за що вчепитися і ні в чому знайти виправдання своєму існуванню. Покинутість – це свого роду метафізична самотність, самотність людини, позбавленої Бога, яка втратила своє місце в житті (Повернення..., 2020, с. 14).

4. **Самотність** – емоційний стан, який пов'язаний із відсутністю позитивних та близьких емоційних зв'язків із оточуючими людьми та/або з острахами їх втрати внаслідок вимушеної чи наявної психологічної детермінанти соціальної ізоляції. Прояви самотності: інтернальний неспокій, нудьга, духовна порожнеча, відсутність умиротворення. Як правило таке відчуття виникає, коли особа знаходиться одна, і часто намагається себе

чимось зайняти, але це не приносить бажаного результату. У психології феномен самотності пояснюється відсутністю емоційного і фізичного контакту з батьком (чи батьками), особливо важливо в дитинстві. Самотня особистість відчуває себе не такою, як інші люди, і часто вважає себе слабо привабливою для оточуючих. Вона зауважує, що її ніхто не любить і не проявляє повагу. Таке ставлення до себе самотньої особи нерідко супроводжується специфічними ефектами, серед яких, переважно, зустрічаються печаль, злість, глибоке нещастя. Самотня особистість уникає соціальних взаємодій і сама власною поведінкою ізолює себе від оточуючих. Нерідко їй більшою мірою, ніж іншим, характерне так зване параноїдальне почуття, що включає поєднання підвищеної підозрілості, імпульсивності, надмірної дратівливості, страху, занепокоєння, відчуття розбитості та фрустрації. Самотні особистості песимістичні, вони переживають гіпертрофоване почуття жалості відносно себе, очікують від оточуючих тільки труднощів, а від майбутнього – ще гіршого. Ці люди також вважають своє життя і життя оточуючих людей безглуздом. Самотні особистості небалакучі, поведуться достатньо тихо, стараються бути непомітними, переважно виглядають сумно. У таких людей часто спостерігається втомлений вигляд і надмірна сонливість (Повернення..., 2020, с. 14).

Небезпечні наслідки самотності:

- розповсюдження пригніченого настрою та депресій;
- розповсюдження алкогольних ексцесів, в тому числі молодіжних, юнацьких;
- розповсюдження наркоманії;
- підвищення кількості самотніх батьків;
- підвищення кількості осіб, які не створюють своїх родин (тривалий час або ніколи);
- невпорядковані статеві зв'язки з частою зміною партнерів та зростання проявів венеричних хвороб;
- зростання суїцидальних замахів;

- самогубство.

Людина, яка відчувала після або під час травми **біль, страх, покинутість, самотність** і вчасно не відреагувала ці емоції, продовжує їх відчувати (можливо підсвідомо) протягом усього життя (за методом Мюррей формується «дитина, яка плаче»). Це буде продовжуватися доти, поки людина не вирішить із цим розібратися. Ніякій психічно здоровій людині не подобається відчувати біль, тому це викликає нормальну реакцію захисту від цих болісних почуттів (так за методом Мюррей формується «контролююча дитина»). Захисними механізмами, згідно з «деревом дисфункцій» є раніше розглянуті «гілки» – п'ять видів дисфункцій: залежність, співзалежність, нарцизм, стан жертви, агресія, насильство. Тому коли ми зустрічаємо дорослу людину, яка проявляє хоча би один із видів дисфункцій, повноцінно та ефективно допомогти їй можливо лише розібравшись із накопиченими болісними почуттями («корінням»), що залишилися після травми («грунт»).

Слід відзначити важливу річ: у осіб, які пережили травми та відчують біль, страх, покинутість, самотність є одна спільна риса, яку на «дереві дисфункцій» позначено стовбуром – це **сором**. Під соромом ми розуміємо комплекс меншовартості. Досліджував і описав характеристики комплексу меншовартості психоаналітик А Адлер. Перш, ніж людина проявлятиме ознаки агресора, нарциста, жертви, залежності або співзалежності, вона почне думати про себе як малоцінну або зовсім не цінну особу, тобто переживати сором. В одних випадках – свідомо, в інших – підсвідомо, особа, яка постраждала внаслідок насильства робить висновок стосовно себе: «Якщо б я була цінною, любимою, значущою особою для людей та Бога, то ні люди, ні Бог не допустили би, щоб зі мною відбулися певні травмуючі події». Тому вона починає недооцінювати себе і п'ять видів дисфункцій – це лише природний прояв стану сорому.

**Сором**, як почуття, котре виникає внаслідок дії на внутрішній світ людини сукупності болю, страху, покинутості та самотності, часто призводить до страждання, відчуття безчестя, ганьби, принижує гідність

людини. Відчуття сорому пов'язане з мораллю та совістю, воно вказує на певні уявлення про себе та вчинки в минулому (особисті, або інших людей стосовно неї), котрих особа соромиться та не рада згадувати, які принижували її гідність, ображали її «Я». Найчастіше, це можуть бути акти насилля, зневаги, знуцання над нею в дитячому віці, через які вона замкнулася в собі, не бажає проявляти свій внутрішній світ. Таке замикання в собі розвиває ще більший егоцентризм та егоїзм. Від народження дитина егоцентрична, і це нормально, інакше вона не виживе. Але під час проходження вікових стадій розвитку людина повинна ставати все більш зрілою особою, відповідати за себе, та будувати взаємовигідні відносини з оточуючими. Сором же робить індивіда егоцентричним та інфантильним.

Деяким особам, особливо нарцистичним, складно відразу відчутти в собі сором, він глибоко прихований за масками, ролями та іншими захисними механізмами. Але, якщо людина буде чесною з собою та зможе проаналізувати свої мотиви, то їй не складно буде усвідомити занижену самооцінку, свій власний сором, так звану за Методом Мюррей «платівку»: «Я поганий, нікчемний, неповноцінний...».

Нові відкриття в нейробіології та психології підтверджують: травми психіки призводять до порушення балансу нейротрансмітерів та біологічних змін в нашому організмі (В. Фелітті, Р. Анда, Д. Наказава, Р. Ланіус, П. Левін)

Негативний дитячий досвід (НДД) не є єдиним чинником, що визначає розвиток залежності, але він, нарівні з генетичною схильністю до залежностей, багаторазово підсилює ймовірність. НДД часто буває спадщиною багатьох поколінь, а схеми негативу (погане поводження з дітьми) майже завжди закладаються задовго до появи дитини на світ.

Негативний дитячий досвід не слід плутати з неминучими дрібними труднощами, з якими людина стикається в міру дорослішання і які створюють психологічну нестійкість. У щасливому дитинстві достатньо моментів, коли щось йде не так, коли батьки виявляють агресію, а потім вибачаються перед дитиною, коли діти відчувають невдачу та знову

намагаються навчитися чомусь. Негативний дитячий досвід – досвід абсолютно іншого роду. Це просто вражаючі, хронічні, непередбачувані чинники стресу, і часто дитина, стикаючись із ними, не має підтримки дорослої людини, необхідної для переживання ситуацій, які травмують, здавалося б, у безпечному режимі.

Виявлення зв'язку між дитячим негативним досвідом і хворобами, які виникають пізніше, дає шанс зцілитися. Вивчення негативного дитячого досвіду та пов'язаних із ним стресів дає нові лінзи, крізь які можна краще зрозуміти залежну людину. Озброєні знаннями, залежні люди зцілюються на більш глибокому рівні.

Фелітті та Андом виявлено, що люди, які пережили дитячі травми, більш схильні до куріння, зловживання алкоголем, багато хто з них «підсаджуються» на наркотики (Наказава, 2022, с. 23). Їх дослідження свідчать про те, що шлях до зцілення стає легшим, коли людина враховує всі чинники, які зіграли роль у розвитку захворювання, та шукає можливість впоратися з ними (Наказава, 2022, с. 42).

М. М. Мак Карті упевнена, що гнучкість головного мозку розкриває безліч шляхів для його ж імунної реабілітації. Мозок має можливість сам себе відновлювати. Дослідниця переконує, що залежна особа може залікувати старі рани та стати такою, якою могла б бути, якби не негатив у ранньому віці (Reich, 2009).

Отже, наш мозок здатний створювати нові синаптичні зв'язки між нервовими клітинами – синаптогенез. Це дає змогу пропонувати нові схеми реагування та мислення, знову з'єднати роз'єднані ділянки мозку та переробити стресову реакцію так, щоб вона не сприймалась як тотальна та непоправна. Тому існує внутрішня здатність для поліпшення здоров'я. Що в свою чергу є запорукою побудови «здорової врівноваженою особистості», збалансованої фізично, емоційно, когнітивно, соціально і духовно.

Як було зазначено вище, нами виділено п'ять груп дисфункцій особистості: залежність, співзалежність, стан жертви, нарцисизм, агресія.



Саме вони є перешкодою на шляху до повноцінного життя постзалежних і предметом роботи в програмі реабілітації.

НДД у вигляді травм, насильства та депривації вплинув на мозок людини так, що він пристрастився до речовин, що змінюють свідомість. У свою чергу, речовини, що змінюють свідомість, служили тому, щоб компенсувати порушений баланс нейротрансмітерів та заглушити в собі біль від провини, сорому, страху, самотності, зради, відкидання, знецінення тощо. Тому для повноцінного відновлення та реабілітації особистості після вживання ПАР людині треба розібратися з корінням залежної поведінки та пройти програму подолання НДД.

На основі інтеграції та узагальнення положень М. Мюррей, розробленого нею методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства та депривації нами розроблено модель реабілітації постнаркозалежних особистостей дорослого віку, що представлена нижче на рис. 1.3.5.



Рис. 1.3.5. Модель здійснення реабілітації постнаркозалежних

Зокрема, дана програма представляє комплексний вплив на особистість постнаркозалежного з метою формування у нього здорової і врівноваженої особистості. Як видно з рис. 1.3.5., відповідно до моделі реабілітації

постнаркозалежних особистостей даний процес розглядається нами у сукупності таких елементів як соматико-фізіологічна, емоційна, регуляторно-когнітивна, соціальна та духовно-рефлексивна складова. Ці сфери постають модифікованим варіантом сфер реабілітації постнаркозалежної особистості згідно методу М. Мюррей (Murray, 2012).

Зокрема, ми визначаємо, що процес реадaptaції є складно організованим та комплексним, відображається на всіх рівнях функціонування особистості постзалежного.

Так, згідно моделі зміни в особистості постзалежного відбуваються на рівні соматично-фізіологічної сфери. Це важливо, особливо, у контексті подолання наркотичної залежності, адже вживання психоактивних речовин або переживання травмуючого досвіду при нехімічних залежностях виявляється, першочергово, в сфері фізіологічних процесів та соматичного функціонування особистості (Бондарчук, 2001). Зміни, які вносить вживання психоактивних речовин до фізіологічних процесів функціонування людини, переміщують акцент осмислення себе та оточуючого світу в площину сприйняття свого тіла та тілесності. Саме через тілесні відчуття на етапі залежності, першочергово, відбувалося формування залежності від психоактивної речовини. Саме через сферу тілесності, першочергово, постзалежна особистість вчиться будувати стосунки з оточуючим світом, по-новому інтерпретуючи тілесні відчуття, відновлюючи поступово функціонування фізіологічних механізмів без вживання психоактивних речовин. Їх усвідомлення та сприйняття власної тілесності змінюється і набуває нових форм (Ільченко, 2019; Крамченкова, 2015). Контакт із власним тілом під час припинення вживання постзалежні встановлюють заново, долаючи фізіологічні наслідки впливу адиктивного агента на їхню нервову систему. У процес постадаптації принципово вагому роль мають процеси відчуття своєї тілесності та власного тіла, які не «забарвлені» впливом адиктивного агента (Литвинчук, 2014).

У запропонованій моделі ми виокремлюємо емоційну сферу реадaptaції постзалежних, оскільки саме афективна сфера особистості, відображаючи її загальне афективно забарвлене ставлення до життя і подій, засвідчує динаміку особистісного зростання у періоді після припинення вживання. Так, переважаючи емоційні стани постнаркозалежних засвідчують модальність їх переживань і продуктивність відмови від адиктивного агенту і побудови нової моделі власного життя. Істотно, що одразу після вживання емоційна сфера залежних характеризуються дисгармонійними проявами емоцій, тривогою, депресивними ознаками, оскільки людина в такому випадку стикається із новим для неї досвідом, відчуває психологічну незрілість від необхідності стикатися із життям без адиктивного агенту. Відповідно, у процесі здійснення реадaptaції змінюється і емоційна сфера особистості, а самі переживання набувають ознак гармонійності та позитивної модальності (Михайлів, 2018). Це реалізується із тим, як людина вчиться функціонувати без адиктивного агенту, вибудовує цілісну життєву лінію і нову життєву позицію, стає більш врівноваженою.

Вагомим компонентом є регуляторно-когнітивна сфера реадaptaції постнаркозалежних, оскільки під час реадaptaції формуються якісно нові механізми регуляції власної діяльності, яка набуває ознак цілеспрямованості, послідовності, логічності, виваженості, обґрунтованості. Здатність особистості будувати план дій та активізуватися для досягнення бажаного результату – основа її життєвого успіху та показник особистісної зрілості, здатності повноцінно функціонувати. Саме в межах регуляторно-когнітивної сфери відбувалися суттєві зміни в психіці залежної особистості, яка була підкорена мотиваційній тенденції гедонізму, характеризувалася спрощеним мотиваційним профілем та неможливістю регулювати власні дії поза межами стосунку з адиктивним агентом. Відповідно, якісні зміни в саморегуляції і мають свідчити про сутнісні зміни особистості постзалежного, коли він вчиться ставити перед собою нові цілі, реалізувати їх, здійснюючи регуляцію власної активності (Савчук, 2003).

Істотно вагомою постає соціальна сфера для процесу реадaptaції постзалежних особистостей, зважаючи на те, що саме в соціальній сфері відбувалися первинні адаптаційні процеси людини. Під час залежності соціальна сфера та соціальні стосунки залежних особистостей суттєво порушилися, звузилися навколо «партнерів по вживанню психоактивних речовин», «оточення, яке сприяє втіленню потреби у наркотичній речовині». Саме успішність і продуктивність соціальних контактів засвідчує результативність реадaptaції, коли постзалежна особистість спроможна побудувати нову систему стосунків і контактів, повноцінно будувати стосунки і довіру до оточуючих (Сердюк, 2006). У межах цього компоненту реадaptaції, типово, ми звертаємо увагу на вплив раннього дитячого досвіду на стратегії побудови стосунків наркозалежної особистості, коли саме переборення та відпрацювання ранніх дитячих травм є тригером відновлення функціонування людини як комплексного біосоціального утворення.

Останнім компонентом реадaptaції постнаркозалежних постає духовно-рефлексивний, як показник найвищого рівня функціонування постзалежної особистості. Під час реадaptaції за допомогою рефлексивних механізмів відбувається суттєва і вагома робота по відпрацюванню травматичного досвіду, його переживанню та переборенню, модифікації. За допомогою рефлексії постзалежні усвідомлюють не конструктивність їхніх моделей поведінки ат патернів, будуючи нові, конструктивні способи діяльності і взаємодії з середовищем. Показник духовності засвідчує спрямованість постзалежної особистості на цінності прийняття інших людей, досягнення спільних результатів, осягнення трансценденції, розкриття смислу життя та діяльності у період після вживання (Михайлів, 2018). Відповідно, показник рефлексивно-духовної сфери у контексті реабілітації уособлює комплексний рівень відновлення функціонування особистості наркозалежного.

Тож, у відповідності до розробленої моделі ми розглядаємо реадaptaцію пост залежних у якості комплексного процесу взаємодії з

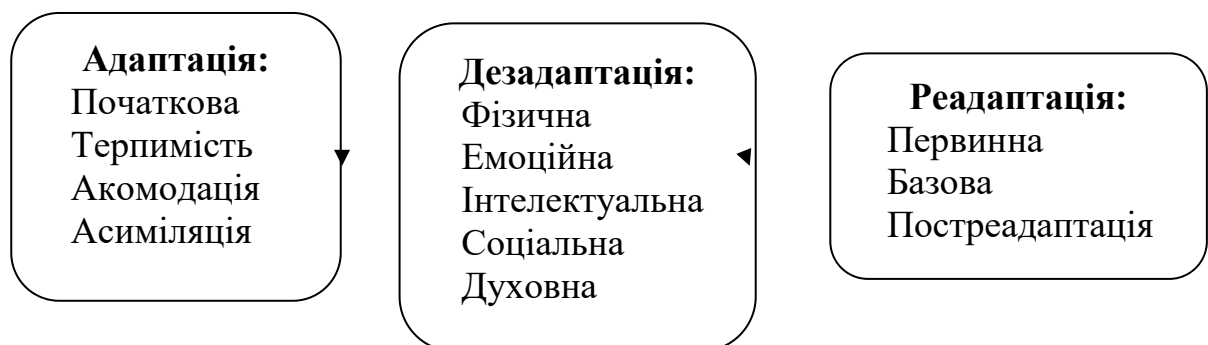
особистістю з метою досягнення її внутрішньої зрілості і узгодженості, оптимальних показників функціонування соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної складових.

Взаємозв'язок реадаптації, ресоціалізації, реабілітації та третинної профілактики наркозалежності представлено на рис. 1.3.6.



**Рис. 1.3.6.** Взаємозв'язок реадаптації, ресоціалізації, реабілітації та третинної профілактики наркозалежності

Узагальнюючи, можна побудувати таку траєкторію нормативної адаптації – дезадаптації – реадаптації людини (див. нижче рис. 1.3.7.).



**Рис. 1.3.7.** Схема відновлення траєкторії нормативної адаптації людини (за Р. М. Ільченком) (Повернення..., 2020).

Отже, внаслідок наркозалежності у людини виникають дезадаптації, які порушують звичну гармонійну соціалізацію людини в п'яти сферах:

соматико-фізіологічній, емоційній, регуляторно-когнітивній, соціальній та духовно-рефлексивній. На їх подолання після реабілітації й направлений процес реадаптації, яка має свої особливості та види: соціально-психологічну, психологічну, професійну, психіатричну, ацентричну. Реедаптація має такі рівні: первинну реадаптацію, базовий рівень та постреадаптацію, котрі зв'язані між собою логічно-результативними зв'язками.

При цьому, процес реадаптації особистості відбувається у контексті подолання нею закономірно виникаючих вікових криз.

Людина від народження до смерті змінюється як фізіологічно, так і психологічно, проходячи кілька етапів свого розвитку. Різні вчені займались створенням вікових періодизацій розвитку особистості людини: Д. Біррен, П. Блонський, Д. Бромлей, Ш. Бюллер, Д. Векслер, Г. Гінзберг, Ж. Годфруа, Д. Ельконін, Е. Еріксон, Г. Крайг, В. Моргун, М. Савчин, Л. Яновська, З. Фрейд, С. Холл, В. Ямницький та ін.

Кожна людина протягом свого життя проходить певні вікові періоди, котрі пов'язані з біологічними, психологічними та історичними змінами людини. Існує багато різноманітних вікових періодизацій, у залежності від того, які головні фактори в особистості людини виділяє той чи інший вчений.

Так, наприклад, С. Холл розглядає стадії розвитку людини за аналогією з розвитком суспільства: 1) період від народження людини до досягнення нею 5 років – позначається у якості стадії життя й копання. У цей період діти часто грають в піску, ліплять пасочки, здійснюючи маніпулятивні дії із знаряддями праці – відерцем та совком; 2) період 5-11 років – позначається як етап захоплення та мисливства. Протягом цього часу діти починають демонструвати острахи відносно чужих людей, іноді проявляючи жорстокість, агресивність, прагнення відмежуватися від дорослих, більшою мірою, сторонніх, і тенденцію до виконання певних дій потайки; 3) період 8-12 років – пастуший. У цей час діти реалізують прагнення мати власну індивідуальну територію, що виражається в побудові схованок за межами житла – переважно, у посадках, лісах чи полях. Діти на цьому етапі також

виявляють позитивне ставлення до домашніх тварин і прагнуть за ними доглядати. Для більшості дітей на цьому періоді характерними стають вияви прагнення до ніжності та пестощів; 4) період 11-15 років – землеробська фаза, що пов'язана із проявом вираженого зацікавлення до явищ природи, садівництва, а у дівчат – ще і до вирощування квітів. У такий період діти починають демонструвати обачливість та спроможність до спостережливості; 5) період 14-20 років – фаза торгівлі та промисловості, або період сучасної людини. На даному етапі діти знайомляться зі поняттям грошей та починають усвідомлювати їхню цінність, що пов'язано із ознайомленням з арифметикою та циклом природничих наук. Діти також демонструють прагнення до здійснення обміну предметами при цьому. С. Холл зауважував, що саме починаючи із 8 років, а саме із «пастушої» стадії, розпочинається ера цивілізованої людини, і саме з цього періоду доцільно розпочинати навчання й виховання дитини, що, принципово, не можливо на більш ранніх етапах онтогенезу.

П. П. Блонський для своєї періодизації виділив як головну ознаку – появу і зникнення зубів дитини: 1) період беззубого дитинства – до 8 місяців–2-2,5 роки; 2) період дитинства молочних зубів – приблизно 2,5–6,5 років; 3) період дитинства постійних зубів – від 6,5 років до появи зубів мудрості.

Засновник психоаналізу З. Фрейд у своїй періодизації розвитку особистості людини найважливішим фактором вважав рух енергії інстинкту життя лібідо в організмі та її зосередження в різних органах (Hjelle, 1992). Зокрема, онтогенез у його науковій позиції розглядається як такий, що протікає в наступних стадіях і з відповідними закономірностями. На першій стадії – оральній (0-18 місяців) – лібідо зосереджується в області роту, про що свідчить активізація дій смоктання, жування й кусання. Основним завданням цього періоду постає відокремлення від материнського тіла та відвикання від груді. На другій – анальній (1-1,15–3 роки) – лібідо зосереджується в області анусу, що виражається в формуванні функцій

утримання чи виштовхування фекалій. Це передбачає формування навичок здійснення самоконтролю. Третя стадія – фалічна (3-6 років) – передбачає циркуляцію лібідо в області статевих органів і може провокувати прояви мастурбації. На цій стадії реалізується ідентифікація з дорослим однієї статі, який постає зразком для імітації поведінки та дій. Під час четвертої стадії – латентної (6-12 років) – активність енергії лібідо чітко не диференційована і виражається в сексуальній бездіяльності, що супроводжується розширенням комунікативних контактів із однолітками. На останній, п'ятій, – геніальній (від пубертатну до статевого дозрівання) – стадії фіксується циркуляція енергії лібідо в статевих органах, що передбачає формування спроможності до гетеросексуальних стосунків. На цьому етапі формується спроможність до встановлення інтимних стосунків, переживання стану закоханості, здійснення трудового внеску до функціонування суспільства.

Неопсихоаналітик Е. Еріксон запропонував концепцію проходження стадій психосоціального розвитку, впродовж яких реалізується формування Его особистості. Він зауважував, що формування особистості триває протягом всього життя і кожен період розвитку може передбачати чи позитивний, чи негативний підсумок. Кожна наступна стадія формування Его передбачає психологічні, біологічні і соціальні компоненти і засновується на результатах проходження попередніх (Hjelle, 1992).

Вітчизняні вчені Л. С. Виготський, Д. Б. Ельконін створили вікові періодизації онтогенезу, на основі показників динаміки трьох детермінант – зміни соціальної ситуації розвитку, провідних діяльностей і розвитку особистісних новоутворень. Проте, ці періодизації, здебільшого, стосуються дитячого етапу онтогенезу і не пояснюють зміст наступних періодів розвитку.

Продуктивні спроби побудови цілісної періодизації розвитку протягом життя людини, виходячи із культурно-історичної теорії та діяльнісного підходу в психології, здійснили В. Ф. Моргун (1992; 2013b; 2004; 2022) і В. І. Слободчиков (Дзюба, 2013, с. 24). Так, у таблиці 1.3.1. представлено ступені та періоди особистісного розвитку людини.



### Основні ступені та періоди розвитку людини

(цит. за Остапенко, 2007, с. 65 – 66)

Ступені розвитку Ступінь суб'єктивності	Матриця віку			
	Період становлення подієвості в розвитку		Період реалізації самобутності особистості	
	Нормативні кризи народження	Нормативні стадії прийняття	Нормативні кризи розвитку	Нормативні стадії освоєння
Ступінь поживлення	криза народження: (-2 місяці) – (+3 тижні)	стадія новонародженості: 0,5-4,0 місяців	криза новонародженого: 3,5-7,0 місяці	немовлячий вік (немовля): 6-12 місяці
Ступінь одухотворення	криза немовлячого віку: 11-18 місяців	стадія раннього дитинства: 1 рік 3 місяці - 3,0 роки	криза раннього дитячого віку: 2,5 - 3,5 років	стадія дошкільного дитинства: 3-6,5 років
Ступінь персоналізації	криза дитячого віку: 5-7,5 років	стадія отрочтва: 7,0-11,5 років	криза отрочього віку: 11,0-14,0 років	Стадія юності: 13,5-18,0 років
Ступінь індивідуалізації	криза юнацького віку: 17,0 – 21,0 роки	стадія молодості: 19,0-28,0 років	криза молодого віку: 27,0 - 33,0 років	стадія дорослості: 32,0-42,0 роки
Ступінь універсалізації	криза дорослого віку, персонального життя 39,0-45,0 років	стадія зрілості : 44,0-60,0 років	криза зрілого віку: 55,0-65,0 років	стадія старості: 62,0 роки

У віковій періодизації розглядаються п'ять ступенів розвитку суб'єктивності людини: 1) поживлення, 2) одухотворення, 3) персоналізація, 4) індивідуалізація, 5) універсалізація. Увесь віковий розвиток людини відбувається шляхом періодів становлення подієвості та реалізації самобутності, котрі чергуються критичними та стабільними стадіями (див. Дзюба, 2003, с. 24).

В. Ф. Моргун на основі моністичної концепції багатовимірного розвитку особистості (Моргун, 1992; 2017; 2021а) створив свою періодизацію розвитку особистості людини. Багатовимірна теорія особистості, спираючись на системно-діяльнісну методологію (С. Л. Рубінштейн, Г. С. Костюк, С. Д. Максименко та ін.) виходить із розуміння особистості як людини, яка активно і дієво опановує, свідомо перетворює сфери природи і суспільства, власної індивідуальності. Внутрішній світ людини має неповторне динамічне поєднання та співвідношення змістовних спрямованостей, потребнісно-вольових емоційних переживань, просторово-часових орієнтацій, форм реалізації та рівнів опанування досвідом і діяльністю. Таким співвідношенням представляється свобода активного суб'єктного самовизначення людини у вчинках та показник відповідальності за наслідки власних вчинків (у тому числі і підсвідомо непередбачувані) перед природою, суспільством і власним сумлінням (Моргун, 2013b, с. 26–261).

П'ять інваріантів структури особистості позначають полюси і змістові сфери, в яких відбувається розгортання активності людини: просторово-часові орієнтації (*на минуле, сучасне, майбутнє*); потребо-вольові переживання (*негативні, амбівалентно-врівноважені, позитивні*); змістовні спрямованості особистості (*орієнтованість напредмет-засіб-продукт; іншу людину; процес; самого суб'єкта*); рівні опануванні досвідом (*навчання, відтворення, пізнання, творчості*); форми реалізації діяльності (*моторна, перцептивна, мовленнєва, розумова*) (Моргун, 1992; 2021а).

Використання постулатів багатомірної теорії особистості за В.Ф. Моргуном дозволила побудувати оригінальну періодизацію розвитку особистості та динаміку вікових (нормативних) криз протягом життя (Моргун, 2013b; Седих, 2019).

Моргун (2013b; Седих, Моргун, 2019) у своїх наукових пошуках засновується на гіпотезі, що протягом дитячого періоду провідними критеріями періодизації й формування особистості людини доцільно вважати показники динаміки соціальної ситуації розвитку, системи провідних

діяльностей та значущих особистісних новоутворень у представленому порядку (ієрархії) вагомості: найбільш значущою постає *соціальна ситуація розвитку* дитини. Протягом дорослого віку ця *детермінація обертається*. Посідають перше місце, становляться вирішальними як рушійна сила розвитку особистісні – *новоутворення дорослого*, завдяки яким доросла людина сама обирає, що робити (провідну діяльність), із ким мати стосунки (соціальну ситуацію власного розвитку).

Увесь проміжок життя людини диференціюється на 4 основні етапи, що передбачають 12 періодів. Кожен з періодів проходить по 3 стадії: навчання, відтворення, творчості. Кожна стадія складається з трьох фаз: моторно-практичної, наочно-перцептивної (образної) та мовленнєво-розумової.

На першому етапі життя особистості провідною є ділова спрямованість людини на здійснення предметно-знарядчево-продуктивного осягнення та перетворення оточуючого світу. Це доводиться тим фактом, що вже з немовлячого віку фіксується предметно-маніпулятивна діяльність у контакті зі значущою дорослою людиною, а вже в періоді дошкілля провідними діяльностями постають рольові чи ділові ігри.

На наступному – другому – етапі становлення людини провідним є спілкування, зокрема, у підлітків – набуває вигляду встановлення й реалізації дружніх відносин та товаришування, в юнацькому віці – у вигляді бурхливих емоційних переживань від кохання, а у ранній молодості – шляхом створення сімейного союзу та виховання дітей.

Наступний – третій – етап пов'язаний із трудовою діяльністю як апробацією можливостей із амбівалентною спрямованістю на теперішнє, що проявляється в досягненні не лише майстерності у професійному плані, але й через визначення у всій справі власного життя.

Наступний – четвертий – етап (що позначається як «третій вік») має тенденцію до переходу у самодіяльність, яка проявляється у самоактуалізації (за А. Маслоу) людини, або ж імовірній самодеградації, як протилежному варіанті. При цьому домінуючими постають такі різновиди діяльності

особистості поважного віку, як спогади (мемуари), наставництво і самообслуговування.

Переходи між етапами і періодами диференціюються переживанням нормативних криз розвитку людини.

Зокрема, виділяють кризу новонародженості, яка передбачає «перший подих» (від 0 до 3,5 місяців), переживання кризи немовляти – «перший крок» (від 11 до 18 місяців), кризу раннього дитинства: «я сам» (від 2,5 до 3,5 років), кризу дитинства за типом «обов'язок» (від 5,5 до 7,5 років), кризу отроцького періоду за типом «незалежності» (від 11 до 14 років), кризу юнацького віку за типом «кохання–професія» (від 17 до 21 року); кризу молодого віку за позначенням «сім'я–покликання» (від 27 до 33 років); кризу дорослого віку за типом «визнання» (від 39 до 45 років); кризу зрілості, що позначається як «наставництво» (від 55 до 65 років); кризу смислу життя під назвою «мудрість і спокій».

Найбільш вагомими є три кризи, які диференціюють вікові етапи: новонародженості; дитинства, що передбачає перехід до шкільного віку; та молодості, яка засвідчує самостійне життя та перехід до незалежності. При подоланні кризових переходів реалізується зміна соціальних ситуацій розвитку та провідних діяльностей з попереднього етапу, завдяки чому людина проживає попередні етапи та переходить до реалізації наступних провідних діяльностей та участі у спільнотах. Це виражається, в свою чергу, у формуванні наступних особистісних новоутворень.

Ефективними засобами профілактики і подолання нормативних криз розвитку особистості, що запропоновані В. Ф. Моргуном, є методика багатовимірного аналізу досягнень оптанта, що обирає / міняє професію (Моргун, 2016а), багатовимірний опитувальник реального, бажаного і фантастичного бюджетів часу людини (Моргун, 2014; 2020), багатовимірний опитувальник мотивації кохання (Седих, Моргун, 2019), типологія ігор, що використовуються як активні методи навчання та психокорекції (Моргун, 2013а) тощо.

На міжнародному рівні діє всесвітня періодизація розвитку людини, прийнята ще в 1960-х роках на симпозиумах із проблем геронтології та вікової фізіології Всесвітньої організації охорони здоров'я (Дзюба, 2013, с. 20). (Див. нижче табл. 1.3.2.).

Таблиця 1.3.2.

**Всесвітня вікова періодизація розвитку людини,  
що прийнята ВООЗ у 1965 році**

<b>Періоди розвитку особистості</b>	<b>Тривалість в онтогенезі</b>
Новонароджений	Від 1 до 10 днів
Грудний вік	Від 10 днів до 1 року
Період раннього дитинства	Від 1 до 2 років
Перший період дитинства	Від 3 до 7 років
Другий період дитинства	Від 8 до 12 років для хлопчиків, від 8 до 11 років для дівчат
Підлітковий період	Від 13 до 16 років для хлопців, від 12 до 15 років для дівчат
Юнацький віковий період	Від 17 до 21 років для представників чоловічої статі, від 16 до 20 років – для жіночої
Середній (зрілий) вік – 1	Від 22 до 35 років для чоловіків, від 21 до 35 років для жінок
Середній (зрілий) вік – 2	Від 36 до 60 років для чоловіків, від 36 до 55 років для представниць жіночої статі
Період літнього віку	Від 61 до 74 років для чоловіків, від 56 до 74 років для представниць жіночої статі
Старечий вік	Від 75 до 90 років для представників обох статей
Довгожителі	Старше 90 років

Окреме місце у життєвому шляху людини займають ненормативні кризи, котрі непередбачувані та неприродні. На відміну від вікових криз, вони можуть виникати несподівано для самої людини, а отже становити перед нею значні труднощі в реалізації життєвих планів та задумів, а інколи взагалі змінювати весь життєвий сценарій. Різновиди життєвих криз особистості вивчали в їх багатоманітті прояву такі вчені – О. О. Байєр (Байєр, 2010), Є. О. Варбан (Варбан, 2010), К. Н. Василевська, Л. М. Вольнова (Психосоціальна..., 2012), П. П. Горностаї (Психологія..., 1998, с. 69 – 96), К. Гроф та С. Гроф (Grof, 2017), Е. Еріксон (Hjelle, 1992), В. М. Заїка (Заїка, 2006; 2009а; 2009б; 2011; 2015), О. О. Кронік, Е. П. Крупник, П. В. Лушин (Лушин, 1999; 2002; 2005; 2008), С. Д. Максименко (Максименко, 2007; 2013; 2015), І. П. Маноха (Маноха, 2001), К. В. Седих (Седих, 2008; 2013а; 2013б; 2016; 2022), Л. В. Сохань (Життєві..., 1998), Т. М. Титаренко (Титаренко, 1997; 2003; 2007а), І. О. Черезова (Черезова, 2016), та ін.). Вони представили характеристику видів криз, причини їх виникнення, стадії протікання, описали переживання людини в умовах кризи, шляхи подолання та трансформації людини.

Зокрема, виділяють наступні види криз: 1) криза першого роду, при якій залишається можливість відновного функціонування перерваного кризою закономірного процесу життєвого розвитку; 2) кризи другого роду, коли реалізація життєвого задуму неможлива і потрібна трансформація особистості; 3) короткочасні мікрокризи; 4) мерехтливі кризи, коли відбувається «зісковзування» до інфантильних станів.

С. Гроф говорить про духовні кризи, за яких людина та її особистість кардинально перетворюються. Духовна криза може виникнути за будь-яких подій, а її переживання будуть обов'язково пов'язані з трансцендентними переживаннями, які не ґрунтуються на матеріальному досвіді (Grof, 2017).

Т. М. Титаренко кризи особистості поділяє на нормальні та аномальні. Нормальна криза позначається як перехід від певного вікового етапу до наступного. Натомість, аномальна або життєва криза з'являється у складних

життєвих умовах, у той час як особистість переживає події, які раптово і незворотно змінюють її долю, спосіб життя. Ці події можуть стосуватися сімейної, професійної, особистісної сфер життя людини (Титаренко, 2007а).

З позиції змістовних і характерних психологічних проблем або ж обставин життя людини, що спровокували кризову ситуацію, а також особистісних ролей, які виникають, розгортаються і зникають, П. П. Горностай, в рамках вчення рольової психології, диференціює кілька типів криз життя. Зокрема, він позначає кризи формування особистості, здоров'я, термінальні кризи, кризи життєвих помилок, кризи досягнення особистісної автономії, кризи значущих стосунків та відносин, кризи самореалізації (Психологія..., 1998).

Є. О. Варбан наводить зміни, які під час кризи відбуваються в особистості людини (Варбан, 2010):

1) суттєві зміни в емоційному аспекті – у почуттях, що переживаються відносно власного життя та життєздійснення (наприклад, підвищення тривожності, психологічний дискомфорт, переоцінка вагомості певних впливів у житті, зниження здатності до вольової регуляції власної діяльності, тощо);

2) суттєві зміни в пізнавальному аспекті функціонування людини – погіршення пізнавальних здібностей (пам'ять, мислення, увага). Це також передбачає суттєву видозміну самоствавлення й сприйняття власного «Я» людиною.

Спираючись на ці дослідження, В. М. Заїка продовжив розвиток багатовимірної теорії особистості В. Ф. Моргуна, на основі якої побудував типологію життєвих криз особистості, що мають багатовекторну направленість та зачіпають майже всі сфери життя (Заїка, 2006; 2011; 2015; Моргун, Заїка, 2016b; 2021b). До них відносять:

– за просторово-часовими орієнтаціями: кризи життєвих помилок (скоєні: злочин, зрада, кризи гріха), ситуативні (що одягти, що купити, якою

дорогою піти на роботу, що сказати знайомому), термінальні та кризи здоров'я (кінець життя, невиліковне захворювання, вирок суду);

– за знаком та інтенсивністю потребо-вольових переживань: глибокі (відчуття неповноцінності, нікчемності, психосоматика, суїцидальні думки), середні (страхи, все виходить з-під контролю, хронічна втома, порушення сну, апетиту), поверхові кризи (стомленість, тривожність, апатія, байдужість, незадоволення);

– за змістовими спрямуваннями: операціональні кризи (“не знаю, як жити далі?”), значущих стосунків (кризи кохання, розлука), втрати Я (деперсоналізація, «Хто Я?», пошук себе);

– за рівнями опанування досвідом: кризи становлення особистості (вікові, нормативні), рольові (зміна міжособистісної ролі), самореалізації (наприклад, крах життєвих планів, вихід на пенсію, безробіття, банкрутство);

– за формами реалізації діяльності: кризи особистої автономії (каліцтво, позбавлення волі, свободи, гіперопіка), духовні кризи (пошук Бога, істини, одкровення), кризи сенсу життя (“не знаю, навіщо взагалі жити далі”);

– за результативністю життєдіяльності людини: деструктивні кризи (аутоагресія, божевілля, суїцид, адиктивна поведінка, девіації та делінквентність), кризи відсутності змін (застій, невроз, внутрішня боротьба двох протилежностей), конструктивні кризи (самовдосконалення) (гармонізація життя, розвиток творчого потенціалу, віднаходження нових можливостей розвитку, реалізація життєвих задумів на благо собі та іншим).

3. Зміни в компоненті досвіду людини мають тенденцію зруйнувати старі навички або ж звички, які втратили актуальність, на зміну яким формуються нові. Це, переважно, відбувається вже у процесі кризи. При цьому, видозмінюється і підструктура особистісної спрямованості (інтереси, ідеали, переконання, цінності). При цьому, змінюється відношення до передбачуваного майбутнього, цінність і осмислення життя.

4. Порушення функціонування смислової відповідності буття та усвідомлення суб'єкта.



5. Відповідні зміни в проявах Я-концепції людини та її самоусвідомлення.

Для розуміння того, що відбувається з людиною в умовах кризового стану В. М. Заїка пропонує розрізняти *об'єктивну модель кризи (ОМК)* та *суб'єктивну модель кризи (СМК)* (Заїка, 2009а).

ОМК – це результат емпіричного наявного об'єктивного стану людини, позбавленого емоційного навантаження, що має чітку структуру цього стану, причини виникнення кризи, можливості особистості з подолання проблеми, шляхи виходу з кризи тощо.

За В. М. Заїкою, суб'єктивна модель кризи людини – це все те, що відчуває людина у стані переживання кризи, її переживання, особливості самопочуття, спостереження за власним внутрішнім світом, її уявлення відносно власного стану, детермінант, що його викликали (Заїка, 2009а, с. 72) (див. нижче рис. 1.3.8.).

СМК має наступні рівні: 1) сенситивний, що заснований на відчуттях особистості; 2) емоційний, що має зв'язок із формами реагування на певні симптоми переживання кризи, на її стан у загальному та наслідки перебування в стані кризи; 3) інтелектуальний, що постає наслідком тлумачення, розуміння власного стану, думки щодо його причин та можливих наслідків; 4) мотиваційний, який зв'язаний із відповідним ставленням до власного кризового переживання і стану, що супроводжується змінами поведінки та способу життя в умовах переживання та подолання кризи.

Ф. Ю. Василюк виділяє наступні типи ставлення до кризової ситуації: ігнорувальне ставлення; перебільшувальне ставлення; демонстративне ставлення; волюнтаристське ставлення; продуктивне ставлення.



**Рис. 1.3.8.** Структурно-динамічна модель протікання кризи:  
 суб'єктивна модель кризи (СМК)  
 (за В. М. Заікою, 2009а, с. 73)

Під час переживання кризи людина намагається її позбутися, використовуючи різні способи та методи подолання. Х. Вебер зауважує, що базовий репертуар можливостей психологічного подолання кризового стану передбачає наступні форми: 1) дійсне (когнітивне чи поведінкове) вирішення проблеми; 2) віднаходження підтримки в соціальних стосунках;

3) перетлумачення ставлення до ситуації відповідно до своєї вигоди; 4) прояв психологічного захисту та відмежування від проблем; 5) ухилення та уникнення необхідності вирішення проблеми; 6) прояви співчуття відносно себе; 7) погіршення самооцінки; 8) емоційна експресія.

Внаслідок подолання людиною кризової ситуації відбуваються зміни (трансформації) її особистісної сфери. Різні вчені вивчали трансформації особистості, особливості її ініціювання, її стадії та види (Н. В. Волкова, В. М. Заїка (Заїка, 2006; 2009b; 2011; 2014; 2015), Дж. Келлог, К. Ленктон, С. Ленктон, В. П. Лушин (Лушин, 1999, 2002, 2005), І. П. Маноха (Маноха, 2001), Р. Мей, Л. І. Пономаренко, О. А. Родіонова, В. Сатір, К. В. Седих (Седих, 2013б), Дж. Уїланд-Бергсон, Е. Фромм (Фромм, 2019; 2020), О. С. Штепа, К. Г. Юнг та ін.). Зокрема, В. М. Заїка, в межах вивчення особистісних змін людини та їх ініціювання, запропонував параметри трансформації особистості: когнітивний, емотивний, конативний і соціально-психологічний, кожен із яких має свою наповненість та може свідчити про зміни, які відбулися з особистістю людини під час трансформації (Заїка, 2006).

Таким чином, вікові періодизації різних вчених мають свої вікові межі розвитку індивіда, які пов'язані або з набуттям певного досвіду, фізіологічним дозріванням чи оволодінням певними видами діяльності, появою психологічних новоутворень особистості людини та ін. Протягом життя з людиною можуть траплятися різні види криз (нормативні та ненормативні), які можуть призводити як до гармонійного, так і до деструктивного розвитку особистості людини та відповідної трансформації особистості.

Процес реабадптації постзаленої особистості ми розглядаємо як своєрідний шлях подолання життєвої кризи, яка не є нормативною. Разом із тим, попри увагу дослідників до закономірностей і процесу здійснення соціально-психологічної реабілітації наркозалежних, недостатньо вивченим та актуальним залишається проблема ефективність використання методу Мюррей під час віддаленої психологічної реадптації постнаркозалежних у дорослому віці. Це доводить актуальність теми даного дослідження –

«Особливості психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом М. Мюррей» – і дозволяє перейти до викладу методик і результатів емпіричного дослідження та формувального експерименту.

Отже, у своєму дослідженні ми перевіримо ефективність програми становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків насильства, депривації та травматизації за методом Мюррей; вивчимо, настільки принципи та техніки, які використовуються в методі Мюррей, сприятимуть особливостям реадaptaції постнаркозалежних дорослих в інтелектуальній, фізичній, емоційній, соціальній та духовній сферах особистості.

### **Висновки до першого розділу**

У результаті проведеного теоретичного аналізу за темою дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Причину виникнення наркозалежності психологічні школи – психоаналітична, біхевіоральна, когнітивна, гуманістична, гештальтпсихологія, транзактний аналіз та ін. – пояснюють по різному. Існує кілька моделей ставлення до адикції (залежності): системно-особистісна модель, модель хвороби, симптоматична модель, моральна модель, психоаналітична модель, модель життя-процесу. Але всі науковці відмічають психологічні проблеми, які виникають у таких людей: від порушення когнітивних функцій, уваги, пам'яті, координації, до егоцентризму, високої тривожності та депресії, неадекватної самооцінки, агресивності та соціофобій тощо.

Під час тривалої наркозалежності у людини порушуються процеси соціалізації та адаптації в суспільстві. Виникають десоціалізація та дезадаптація: особистість втрачає набуті раніше соціально схвалені моделі поведінки, з'являються антисуспільні цінності, ігноруються або порушуються соціальні норми. На їх подолання і спрямовані процеси ресоціалізації та

реадаптації, тобто – повторне пристосування до соціуму. Психологічна реактація постнаркозалежних дорослих направлена на всі сфери життя особистості та має свої рівні: первинну реактацію, базовий рівень та постреактацію. Також виділяють кілька типів реактації: соціально-психологічну, психологічну, професійну, психіатричну, ацентричну.

За підсумками узагальнення наукових досліджень нами акцентовано увагу на п'яти групах дисфункцій особистості: залежність, співзалежність, стан жертви, нарцисизм, агресія. Саме вони є перешкодою на шляху до повноцінного життя постзалежних і повинні стати предметом роботи в програмі психологічної реактації постнаркозалежних.

2. Вченими різних країн було встановлено, що несприятливий дитячий досвід психологічних травм, різних видів насильства та емоційної депривації стає причиною багатьох проблем дітей у дорослому віці: від емоційних порушень, до залежності, що спричинена зловживанням психоактивних речовин, ранньої інвалідизації та смерті. Саме на становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання ранніх психологічних травм, насильства і депривації направлений психотерапевтичний метод Мерілін Мюррей. Одним із базових понять концепції М. Мюррей постає «природна дитина», що має таланти та обдарування, інтелект, творчі здібності, здорову сексуальність, духовність, для неї властивими є гармонійно відчувати та проявляти всі почуття. Під впливом несприятливих зовнішніх чинників, таких як зневага, хвороба, травма, образа, тощо, сутнісна цілісність «природної дитини» піддається деструкції – з'являється «дитина, що плаче». Болючі переживання, які відчувала «природна дитина» у дитинстві, створили її «море болю», в якому накопичуються безпорадність, страх, самотність, смуток, злість, образа тощо – саме такі почуття, які дитині не дають можливість виражатися під час травми. Для захисту «дитини, що плаче», додається «контролююча дитина». Особа стає залежною від того, що дає їй допомогу не відчувати переживання болю (наркотики, їжа, алкоголь, азартні ігри, нікотин, секс, кофеїн, тощо).

Гармонійним поєднанням сильних сторін «природної дитини», «дитини, яка плаче», «контролюючої дитини» постає «здорова врівноважена особистість». Терапевтичний підхід М. Мюррей базується на достатньо сильному зануренні в «море болю» і його «спустошенні» в атмосфері підтримки та любові, зменшенні ролі захисного механізму за підсумком роботи з образами, прояву, проговорення хворобливих емоцій, аналізу травмуючого досвіду, також – на пошуку й становленні особистих талантів, формуванні врівноваженої здорової особистості, спроможної співчувати, проявляти співпереживання, захищати себе, не нашкодивши іншим, радіти життю.

3. На основі інтеграції та узагальнення положень М.Мюррей, розробленого нею методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства та деривації, нами розроблено модель реадaptaції постнаркозалежних особистостей дорослого віку. Процес реадaptaції розглядається нами у скупності змін в соматико-фізіологічній, емоційній, регуляторно-когнітивній, соціальній та духовно-рефлексивній сферах особистості. Соматико-фізіологічна сфера важлива, оскільки саме через процес усвідомлення тілесності, соматичні відчуття формувався адитивний процес та, відповідно, на цьому ж компоненті найбільшою мірою відчуваються наслідки подолання залежності. Через нові стосунки з тілом та сприйняття тілесності постзалежна особистість віднаходить нові модули адаптації у соціумі. Емоційна сфера постзалежної особистості відображає якісні зміни в контексті ставлення людини до подій життя, розкриваючи модальність переживань особистості під час реадaptaції, її типовий психоемоційний стан. Зміни в регуляторно-когнітивній сфері є важливими у контексті реадaptaції, оскільки спроможність до цілеспрямованої регуляції дій типowo терпить найбільші деструктивні зміни під час залежності. Відповідно, спроможність постзалежної особистості до цілеспрямованої організації своєї активності засвідчує успішність процесу реадaptaції та відмови від вживання. Соціальний аспект реадaptaції є беззаперечним з огляду на те, що реалізація

особистості на етапі реадaptaції відбувається виключно в контексті складно організованої і багатогранної взаємодії з оточуючим соціальним світом.

Зміни у духовно-рефлексивній сфері постзалежної особистості засвідчують найвищий рівень відновлення її функціонування. На основі механізмів рефлексії під час реадaptaції руйнуються дисфункціональні патерни залежної поведінки, формується якісно вищий рівень орієнтації на духовні цінності, альтруїстичні позиції, здатність до досягнення свого буття і його осмислення у єдності з іншими людьми і світом.

### **Основні наукові результати розділу опубліковано у працях:**

1. Ільченко Р. М. Метод становлення здорової врівноваженої особистості через подолання наслідків травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) як засіб психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (м. Київ). 2019. Том. XI. Вип. 19: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Житомир: Вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2019. С. 190-208. – 0,75 д.а.(ISSN 2072-4772).*

2. Ільченко Р. М. Допомога особистості методом подолання травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) в умовах сучасного комунікативного простору. *Актуальні проблеми сучасного дискурсу в теоретичній та прикладній лінгвістиці: Мат-ли IV Регіон. наук.-практ. конф. (м. Полтава, 5 грудня 2019 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2019. С. 299-301.*

3. Ільченко Р. М. Проблема реадaptaції та ресоціалізації постнаркозалежних дорослих. *Вектори психології-2019. Мат-ли Міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Харків, 24 квітня 2019 р.). Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. С. 130-133.*

4. Ільченко Р. М. Психологічні особливості ресоціалізації постнаркозалежних осіб. *Соціальна робота в сучасному суспільстві:*

*тенденції, виклики, перспективи*: Матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2019 р.). К. – Полтава: Університет «Україна», 2019. С. 124-126.

5. Ільченко Р. М. Вплив несприятливого дитячого досвіду на вживання психоактивних речовин у дорослому віці. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: Мат-ли Міжнародної наук.-практ. онлайн конф. (м. Полтава, 25-26 березня 2020 р.). Полтава: Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2020. С. 77-81. – 0,2 д.а. (*Особистий внесок автора – 0,1 д.а., де викладено результати обстеження показників несприятливих подій дитинства як чинника ризикованої поведінки*).

6. Ільченко Р. М. «Дерево дисфункцій» у програмі психосоціальної реадaptaції постзалежних дорослих людей від наркотиків, алкоголю та азартних ігор за методом Мюррей. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*. Мат-ли IV Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2020 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2020. С. 16-30. – 0,5 д.а.

7. Ільченко Р.М., Заїка В.М. Несприятливі події дитинства як чинник виникнення ризикованої поведінки в майбутньому. *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: тези доповідей XVII Всеукр. наук. конф., м. Київ, 27–28 травня 2020 р. У III част., ч. III. К. : Університет «Україна», 2020. С. 194 – 196. – 0,2 д.а.

8. Ільченко Р. М. Психологічний аналіз причин виникнення наркозалежності. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: Мат-ли IV Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2020 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2020. С. 89-92. – 0,2 д.а.



## Розділ 2

# АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ

Другий розділ містить опис етапів та методичних засад емпіричного дослідження психологічної адаптації постнаркозалежних осіб дорослого віку, представлено опис програми психологічного дослідження та обґрунтування підбору методик дослідження психологічної адаптації. Проаналізовано результати констатувальної серії емпіричного дослідження показників соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної складових адаптації постнаркозалежних.

### 2.1. Організація емпіричного дослідження

Комплексна програма дослідження показників реадaptaції постнаркозалежних дорослого віку включала два послідовних етапи.

1. Перший етап – зрізовий. Метою даного етапу виступало вивчення першочергових показників адаптації постнаркозалежних дорослого віку після припинення вживання психоактивних речовин.

На даному етапі проведено зрізові емпіричне дослідження за методиками дослідження негативного дитячого досвіду (ACE; за В. Фелітті, Р. Андом), Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R; за Л. Дерогатисом), «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою), Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд) та Методика «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним).

Для емпіричного дослідження сформована вибірка, до якої увійшли 120 дорослих постнаркозалежних, що є клієнтами Благодійної організації «Вихід Є!» (м. Полтава). Дослідження проведено в період з 2018 по 2020 роки. Діагностика вихідної групи здійснювалась у 2018 році.

За підсумками першого етапу емпіричного дослідження виявлені проблеми в показниках адаптації постнаркозалежних, що і виступало обґрунтуванням необхідності здійснення формульованого етапу емпіричного дослідження.

2. Другий етап – формульовальний. Метою даного етапу виступала реалізація формульованого дослідження для забезпечення процесу реадaptaції постнаркозалежних за методом М. Мюррей та оцінка його результативності.

В апробації даної програми прийняли участь 60 постзалежних осіб, які були обрані із вибірки 120 постнаркозалежних дорослих осіб методом рандомного вибору, і пройшли 4 рівні реалізації цієї програми. Решта 60 осіб дорослого віку склали контрольну групу, що не брала участі в формульовальній сесії дослідження. Вікові характеристики респондентів варіюються від 22 до 45 років. За ознакою статі вибірка включає 96 чоловіків та 24 жінки. Тривалість ремісії респондентів експериментальної групи варіюється від 6 місяців до 12 років. Проведення формульованого етапу дослідження охоплювало з 2018-2020 роки: 30 днів (240 годин) протягом 12 місяців (4-ри сесії по 7-8 днів). Підсумкова діагностика за обраними методиками проведена у 2020 році. Емпіричне дослідження та формульовальний етап дослідження проведені на базі Благодійної організації «Вихід Є!» (м. Полтава).

На формульовальному етапі дослідження використано той же діагностичний інструментарій, що і на попередньому етапі дослідження. Це дало можливість виносити адекватні судження про результативність апробованої корекційної програми реадaptaції постнаркозалежних. Разом із тим, порівняння показників динаміки реадaptaції постнаркозалежних із даними контрольної групи дало можливість прослідкувати вплив саме спеціально організованої активності досліджуваних в межах апробації корекційної програми на зміни в основних показниках адаптації досліджуваних.

За підсумками формульованого етапу дослідження здійснено аналіз результативності запропонованої програми корекції постнаркозалежних. Перейдемо до аналізу показників адаптації постнаркозалежних, що виявлено

за результатами проведення першого – зрізового – етапу емпіричного дослідження.

## **2.2. Комплекс методик діагностики психологічної адаптації постнаркозалежних дорослих осіб**

Відповідно до загальних вимог щодо реалізації емпіричного дослідження, що традиційно представлені у психологічній науці, під час планування, організації і реалізації дослідження, ми покеровувалися принципами єдності свідомості та діяльності, системності, детермінізму і психодіагностичними вимогами валідності інструментарію відносно досліджуваної проблеми (Л. Ф. Бурлачук, І. Г. Тітов, В. Ф. Моргун, Г. С. Костюк, М. М. Кононова, С. Д. Максименко, В. В. Рибалка, К. В. Седих, Т. С. Яценко та ін.).

Вибір психодіагностичних методик здійснювався на базі аналізу діагностичного інструментарію, який типово застосовується при вивченні психологічної адаптації особистості, її духовного потенціалу та стилю саморегуляції поведінки у відповідності до представлених методологічних основ дослідження (О. С. Кочарян, В. О. Крамченкова, Л. М. Литвинчук, С. Д. Максименко, Н. Ю. Максимова, М. Мюррей, К. В. Седих, Ю. Федорі, О. О. Фільц, Ю.І. Чернецька, О. В. Чуйко та ін.).

Згідно з обраною нами моделлю психологічної дезадаптації її основними змістовими сферами є фізична, емоційна, когнітивна, соціальна і духовна. Для вивчення цих сфер та їх динаміки було відібрано п'ять методик психодіагностики, які доповнювали або перевіряли одна одну:

- методика дослідження негативного дитячого досвіду (АСЕ) (за В. Фелітті, Р. Андом),
- симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R: за Л. Дерогатисом),
- методика «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою),

–методика діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд),

–методика «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним).  
(див. нижче також табл. 2.2.1.).

Таблиця 2.2.1.

**Відповідність методик дослідження зі шкалами психодіагностики складовим психологічної реадaptaції особистості розробленої теоретико-емпіричної моделі**

Складові психологічної реадaptaції	Методики дослідження				
	Методика дослідження несприятливого дитячого досвіду (НДД) (за В. Фелітті, Р. Андом)	Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R) (Symptom CHECK LIST-90-REVISED) (за Л. Дерогатісом)	Опитувальник “Стиль саморегуляції поведінки” (за В. Моросановою)	Діагностика соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд)	Методика «Духовний потенціал особистості - 2» (за Е. Помиткіним)
Соматико-фізіологічна	фізична агресія, насилля, згвалтування, голод	соматизація, obsесивно-компульсивні розлади			психофізіологія
Емоційна	дериwація, неприйняття, відчуження, булінг, цькування, приниження	депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїдні симптоми		емоційна комфортність	
Регуляторно-когнітивна			планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкість, самостійність		інтелект
Соціальна	неприйняття, дезадаптація, девіації, делінквентність	міжособистісна сензитивність, психотизм		інтернальність, домінування, прийняття інших, адаптивність	
Духовно-рефлексивна				ескапізм, самосприйняття	спілкування, спрямованість, характер, самосвідомість, досвід

Короткий опис указаних методик подано далі.

## **Методика дослідження негативного дитячого досвіду (Adversive Childhood Exposure, ACE; за В. Фелітті, Р. Андом)**

З метою виявлення випадків і оцінки інтенсивності впливу жорстокого поводження і зневаги в дитинстві був розроблений ряд інструментів, призначених для використання в дорослому періоді життя. Одним, з найбільш широко використовуваних інструментів, є опитувальник дитячих переживань, що травмують – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), розроблений D.P. Bernstein зі співавторами в 1997 році. Ця методика пройшла значуще психометричне апробування як в клінічних, так і в загальних популяціях. Оригінальний CTQ містив 70 пунктів, однак пізніше він був скорочений до форми з 28 елементів (CTQ-SF), яка також була психометрично підтверджена (Anda, 2006; Dube, 2001; Felitti, 1998; 2010; 2014; Gjelsvik, 2014; Heim, 2000; Heringa, 2013; James, 2004; Kendall-Tackett, 1993; Lansford, 2010; Mandavia, 2016; NewDirections..., 2014).

За кількістю досліджень, спрямованих на визначення психометричної значущості, достовірності та надійності результатів, є опитувальник дитячого досвіду занедбаності і жорстокого поводження (Childhood Experience of Care and Abuse questionnaire (CECA-Q) Bifulco A., Brown G.W. розроблений у 1994 році. Цей опитувальник включає розділи, присвячені втраті батьків (смерть батьків, розлуку на 1 рік або більше з-за переїзду і постійного проживання батьків в іншому місці у віці дитини до 17 років), оцінку батьківського догляду і психологічного, фізичного та сексуального насильства з боку батьків.

Третім відомим тестом з дослідження несприятливого дитячого досвіду є «Хронологічний опитувальник жорстокого поводження та зловживання в дитинстві» (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) 2015 року, що був спеціально створений для проведення досліджень, які вивчають взаємозв'язок типу жорстокого поводження і тривалості впливу. Особливістю MACE і основною причиною його розробки є потенційна

здатність інструменту визначати періоди дитинства, в які відбувався вплив факторів жорстокого поводження.

У 80-х роках ХХ століття Вінсент Фелітті, директор Кайзерівського центру контролю і профілактики захворювань (м. Сан-Дієго, США), звернув увагу на високу відмову (близько 50%) від подальшої участі в програмі саме тих клієнтів, хто успішно втрачав зайву вагу. Під час тактовної та детальної співбесіди з учасниками, які залишили програму ( $n = 286$ ), було виявлено, що пацієнти неусвідомлено використовують ожиріння як форму захисту від небажаної сексуальної уваги або як щит від фізичного нападу.

Дослідження В. Фелітті та Р. Анда було першим, що зруйнували соціальне і психологічне табу про можливість відвертих розмов про насильство, нехтування або порушень сімейних відносинах в дитинстві, як з боку дорослих пацієнтів, так і лікарів. Для підтвердження припущення про взаємозв'язок дитячих психотравмуючих подій і здоров'я дорослих був розроблений опитувальник несприятливих подій дитинства (НПД; Adversive Childhood Exposure, ACE). Методика вивчення несприятливих подій дитинства об'єднала кілька груп чинників: фізичне насильство (ФН), психологічне насильство (ПН), сексуальне насильство (СН), психологічну зневагу (ПЗ), фізичну зневагу (ФЗ), серйозні порушення внутрішньосімейних стосунків (СПВС): партнерське насильство над матір'ю або сиблінгами (ПНМС), психічні розлади членів сім'ї (ПРЧС), вживання ними психоактивних речовин (ВЧСПАР), розлучення або розлука з батьками (РРБ), тюремне ув'язнення батьків (ТУБ), чим відрізнялася від попередніх досліджень, які були зосереджені на окремих видах жорстокого поводження, переважно сексуального насильства і пов'язаних із ним психопатологічних розладах .

У подальшому запропонована методика оцінки несприятливих подій дитинства дозволила дослідникам структурувати весь спектр важких і хворобливих переживань, пов'язаних із дитячим віком, і визначити три основні групи шкідливих факторів: зловживання, зневага, внутрішньосімейна

дисфункція, що в цілому складає несприятливий дитячий досвід (НДД – Adversive Childhood Experience, ACE), як термін, що описує все перелічене.

Масив досліджень, який прийняв форму федерального в США, а пізніше – міжнародного (WHO – Adversive Childhood Experience Study), виявив доведені взаємозв'язки НДД та онкологічних захворювань, серцево-судинних захворювань, хронічних обструктивних захворювань легенів, хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту (ерозивний гастрит, неспецифічний виразковий коліт), неврологічних порушень з боку опорно-рухового апарату. Подальші дослідження виявили, що збільшення балів оцінки ACE-score збільшує шанси вживання тютюну в 2 рази, алкоголю – в 7, внутрішньовенних наркотиків – у 10 разів, спроб вчинити суїцид – в 12 разів.

Таким чином, Міжнародний опитувальник несприятливого дитячого досвіду (Adverse Childhood Experience International Questionnaire, ACE-IQ) є модифікованою версією оригінального опитувальника НДД, розробленого в 1995 р. в Кайзерівському центрі. Крім основних 10 факторів НДД, в Міжнародний опитувальник додані 3 групи факторів, що визначають насильство, яке виходить від групи осіб: на мікросоціальному рівні – знущання з боку однолітків (булінг – Б), свідoctво насильства в мікрогрупі (колективне насильство – КН) і на громадському рівні, що включає війни, політичні, етнічні конфлікти, насильницькі дії організованих злочинних формувань – суспільне насильство (СН).

Міжнародний опитувальник несприятливого дитячого досвіду (Adverse Childhood Experience International Questionnaire, WHO ACE-IQ) представлений наступною структурою. Питання до респондентів мають свій номер і закодовані в 6 груп: 1) демографічна (персональна) інформація (код С – Core question); 2) справжня сім'я (код М – Marriage question); 3) взаємовідносини з батьками / опікунами (код Р – Parents / guardian question); 4) проблеми сімейного оточення (код F – Family question); 5) зловживання дитячим періодом життя (код А – Abuse question); 6) насильство (застосування додаткової сили) (код V – Violence).

Згідно з розробниками, побудова опитувальника передбачає перехресний розподіл питань на 13 категорій, що мають безпосереднє відношення до несприятливого дитячого досвіду: фізичне насильство (A3, A4); емоційне насильство (A1, A2); сексуальне насильство (A5, A6, A7, A8); вживання ПАР батьками та опікунами (F1); кримінальна поведінка батьків і опікунів (F3); хронічні психічні захворювання, депресії, суїциди батьків, опікунів (F2); партнерське внутрішньосімейне / домашнє насильство (F6, F7, F8); розлучення, розлука, смерть батьків (F4, F5); емоційне нехтування (P1, P2); фізична зневага / нехтування основними потребами (P3, P4, P5); булінг, знущання з боку однолітків (V1, V2, V3); колективне насильство (V4, V5, V6); суспільне насильство (V7, V8, V9, V10).

У преамбулі сформульований запит «Коли вам не було 18 років ...». У цьому дослідженні використовується частотний підхід обліку зазначених категорій НДД (багато разів – 1 бал, було кілька разів – 2 бали, одного разу – 3 бали, ніколи – 4 бали); питання, що відображають проблеми сімейного оточення (F1-F5), припускають відповідь «так» – 1 бал, відповідь «ні» – 2 бали; до питань категорії «Емоційне зневага» (P1, P2) застосована 5-бальна шкала зі зворотним значенням (Власова, 2022). Мілютіна К.Л. модифікувала даний опитувальник та врахувала окремо різні види насильницьких та травмуючих дій, додала територіальні обмеження, досвід тяжких захворювань та шкільний булінг (Мілютіна, 2018).

Бланк і ключ для обробки результатів методики дослідження негативного дитячого досвіду (за В. Фелітті, Р. Андом) див у додатку А.1.

### **Симптоматичний опитувальник дистресу**

**(The Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R; за Л. Дерогатисом)**

Симптоматичний опитувальник дистресу «The Symptom Checklist-90-Revised» був створений Л. Дерогатисом у 1973 році (Дембіцький, 2015; Derogatis, 1973). Методика SCL-90-R має 90 пунктів, де кожне з 90 питань



оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 – «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів підраховуються і інтерпретуються по 9 основними шкалами симптоматичних розладів: соматизації – Somatization (SOM), obsесивно-компульсивності – Obsessive-Compulsive (O-C), міжособистісної сензитивності – Interpersonal Sensitivity (INT), депресії – Depression (DEP), тривожності – Anxiety (ANX), ворожості – Hostility (HOS), фобічної тривожності – Phobic Anxiety (PHOB), паранояльних тенденцій – Paranoid Ideation (PAR), психотизму – Psychoticism (PSY) і по узагальненим шкалами другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс готівкового симптоматичного дистресу (PTSD), загальне число позитивних відповідей (PST). Індекси другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість гнучкіше оцінювати психопатологічний статус пацієнта.

Операціональні визначення шкал SCL-90-R мають свої особливості.

1. Соматизація (Somatization – SOM). Порушення, названі соматизацією, відображають дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги, фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах. Компонентами розладів є також головні болі, інші болі та загальний м'язовий дискомфорт і на додаток – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність удаваних розладів, хоча можуть бути і проявом реальних соматичних захворювань.

2. Obsесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive – O-C). Obsесивно-компульсивний розлад має симптоми, які в значній мірі тотожні стандартному клінічного синдрому з тією ж назвою. При цьому характерні думки, імпульси і дії, які сприймаються як постійні та непереборної сили, але чужі Его або небажані.

3. Міжособистісна сензитивність (Interpersonal Sensitivity – INT). Даний розлад визначається почуттям особистісної неадекватності та неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими.

Самозвинувачення, почуття неспокою і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Окрім того, індивіди з високими показниками по INT повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії та будь-яких комунікацій із іншими людьми.

4. Депресія (Depression – DEP). Симптоми цього розладу відображають широку область проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії та такі афективні симптоми, як ознаки падіння інтересу до життя, нестачі мотивації та втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид та інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

5. Тривожність (Anxiety – ANX). Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. Головна ознака тут – вільно плаваюча тривога. Їй відповідає відчуття, що загроза або предмет страху пронизує все, хоча тривога не прив'язана до чогось конкретного. До числа ознак входить нервозність, напруга, тремор, а також відчуття страху і напади паніки.

6. Ворожість (Hostility – HOS). Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

7. Фобічна тривожність (Phobic Anxiety – PNOB). Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується ірраціональністю і неадекватністю по відношенню до стимулу і тягне за собою поведінку уникнення. Пункти, що відносяться до представленого розладу, спрямовані на найбільш патогномічні та руйнівні прояви побічної поведінки. Структура даного розладу близько відповідає визначенню агорафобії (страху відкритих просторів, скопичень людей, великих відстаней від житла), яку називають також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації.

8. Паранойяльні симптоми (Paranoid Ideation – PAR). Паранойяльну поведінку тут представлено як вид порушень мислення. Її кардинальні характеристики: проєкції думок, ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії – розглядаються як основні ознаки цього розладу, і орієнтовані на дані ознаки проблеми.

9. Психотизм (Psychoticism – PSY). У шкалу психотизму включені питання, які вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі, як зорові або звукові галюцинації. Шкала психотизму розташована в континуумі від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних ознак психозу.

10. Додаткові питання. Сім питань, які входять у SCL, не потрапляють ні під одне визначення симптоматичних розладів; ці ознаки вказують на деякі розлади, але не належать до жодного з них. Додаткові питання не є об'єднаними між собою у вигляді шкали певного розладу, а враховуються при загальній обробці тесту (Дембіцький, 2015).

Бланк і ключ для обробки результатів методики «Симптоматичний опитувальник дистресу» (за Л. Дерогатисом) див. у додатку А.2.

### **Методика «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП; за В. І. Моросановою)**

Методика «Стиль саморегуляції поведінки» направлена на вивчення загального показника саморегуляції, а також таких когнітивних аспектів регуляторного процесу як: моделювання, програмування, гнучкість, планування, оцінювання результатів, самостійності та складається з 46 запитань і може використовуватися з 14 років та старше (Опитувальник..., 2021).

Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП) розроблений 1988 року в психологічному інституті російської академії наук в лабораторії психологічної саморегуляції, яку очолювала В. І. Моросанова, і може бути

використаний як у наукових дослідженнях, так і як інструмент практичної діагностики різних компонентів індивідуальної саморегуляції. Положення опитувальника сконструйовані на типових життєвих ситуаціях і не передбачають безпосереднього зв'язку зі специфікою певної професійної чи навчальної діяльності. Наступними роками було розроблено ряд модифікацій такої методики.

Метою методики є діагностика розвитку індивідуальної саморегуляції та її персональний профіль, що включає когнітивні показники моделювання, програмування, планування, оцінки результатів, а також дані стосовно розвитку регуляторно-особистісних характеристик – гнучкості та самостійності. За допомогою цієї методики можна вирішувати і практичні завдання, зокрема, виявляти індивідуальний профіль різних регуляторних процесів і рівень розвиненості загальної саморегуляції як передумов успішності оволодіння новими видами діяльності.

Шкала «Планування» позначає індивідуальні показники висування й досягнення цілей, сформованість у особистості усвідомленого процесу планування власної діяльності. Високі значення за цією шкалою свідчать про сформованість нужди в усвідомленому плануванні власної діяльності. В цьому разі плани реалістичні, достатньо деталізовані, ієрархічні і стійкі, а цілі формуються самостійно. У респондентів із низькими показниками планування за методикою потреба в плануванні сформована слабо, а цілі часто змінюються, поставлена ціль зрідка буває досягнута, планування не реалістичне. Такі респонденти вважають за краще не задумуватися над своїм майбутнім, цілі висувають хаотично і, зазвичай, залежно від оточуючих.

Шкала «Моделювання» дає можливість визначити індивідуальну сформованість уявлень стосовно зовнішніх та внутрішніх значущих умов реалізації мети, показник їх усвідомленості, розробленості та адекватності. Респонденти з високими даними за цією шкалою спроможні виділяти значущі умови реалізації цілей як у процесуальному аспекті, так і в перспективному майбутньому, що являється у відповідності запланованої програми дій планам

активності, відповідно одержуваних результатів – запланованим цілям. У респондентів із низькими показниками за такою шкалою – знижена сформованість характеристик моделювання призводить до викривленої оцінки значущості внутрішніх детермінант і зовнішніх умов, що виражається у процесі фантазування, що може супроводжуватися суттєвими перепадами відношення до розвитку ситуації, підсумків своїх дій. У таких особистостей часто з'являються труднощі стосовно визначення мети і програмування своїх дій, адекватних актуальній ситуації, вони не завжди бачать зміни ситуації, що також часто виражається в невдачах.

Шкала «Програмування» дозволяє вивчити індивідуальну сформованість цілеспрямованого програмування особистістю своїх дій. Високі дані за цією шкалою стверджують про сформованість у особистості потреби продумувати варіанти своїх дій і поводження для досягнення запланованих цілей, про розробленість і розгортання сформованих програм. Програми дій розробляються самостійно, вони гнучко варіюються в нових обставинах та стійкі у випадку виникнення перешкод. У разі невідповідності отриманих підсумків цілям проводиться корекція розробленого програмування власних дій до отримання результату, що задовольнить особистість. Знижені показники за шкалою програмування діяльності свідчать про невміння і неможливість людини роздумувати над послідовністю своїх дій. Такі особи вважають за краще чинити імпульсивно, вони не спроможні самостійно сформулювати розроблені дії і програми, часто стикаються з невідповідністю отриманих результатів цілям активності водночас не вносять змін до програми дій, вчиняють шляхом спроб і помилок.

Шкала «Оцінювання результатів» засвідчує індивідуальну сформованість і адекватність оцінки та підсумків своєї діяльності та поведінки. Виражені показники за цією шкалою свідчать про сформованість і адекватність самооцінки, розвиненість стійкості суб'єктивних параметрів оцінки результатів. Особа адекватно оцінює як сам факт невідповідності отриманих результатів у діяльності, так і детермінанти, що призвели до цього,

гнучко пристосовуючись до зміни умов. У варіанті низьких показників за такою шкалою людина не бачить своїх помилок, некритична до власних дій. Суб'єктивні параметри успішності недостатньо чіткі, що веде до різкого зниження якості результатів під час підвищення обсягу роботи, погіршення стану або появи зовнішніх труднощів.

Шкала «Гнучкість» виявляє рівень розвитку регуляторної гнучкості, тобто спроможності перебудовувати, коригувати в систему саморегуляції за підсумком зміни зовнішніх і внутрішніх умов. Респонденти з високими показниками за цією шкалою демонструють пластичність більшості регуляторних процесів. Коли виникають непередбачені труднощі такі люди легко модифікують плани і програми дій та поведінки, спроможні швидко оцінити модифікацію значущих умов і змінити програму дій. При виникненні незгодженості отриманих підсумків із прийнятою метою відповідно до часу оцінюють сам факт невідповідності та вносять необхідну поправку. Гнучкість дає можливість адекватно реагувати на швидку зміну життєвих подій і успішно розв'язувати поставлену задачу в ситуації ризику. Респонденти з низькими даними за шкалою гнучкості в динамічній, змінюваній обстановці почувають себе не добре, важко звикають до швидких варіацій у житті, до нових умов і способу життя. Вони не спроможні адекватно реагувати на ситуацію, своєчасно і динамічно планувати діяльність і поведінку, сконструювати програму дій, виокремити значущі умови, оцінити невідповідність отриманих підсумків із метою діяльності та коригувати. В результаті у таких респондентів неминуче з'являються регуляторні збої і, як підсумок, невдачі у діяльності.

Шкала «Самостійність» позначає розвиненість регуляторної самодостатності. Наявність високих показників самостійності засвідчує про автономність в здійсненні та плануванні діяльності людини, її спроможності самостійно планувати власну діяльність і поведінку, планувати і здійснювати роботу по досягненню поставленої мети, контролювати процес її виконання, аналізувати і категоризувати як проміжні, так і кінцеві підсумки діяльності.

Респонденти з низькими показниками самостійності залежні від позицій і оцінок оточуючих. Плани і алгоритми дій розробляються не самостійно, такі особи часто некритично слідують чужим словам та рішенням. За відсутності сторонньої допомоги у таких осіб неминуче з'являться регуляторні збої.

Опитувальник загалом працює як єдина шкала «Загальний показник саморегуляції», що оцінює загальний показник сформованості індивідуальної системи цілеспрямованої саморегуляції активності людини. Респонденти з високими показниками загального рівня сформованості саморегуляції самостійні, динамічно і адекватно реагують на зміну життєвих умов, висунення і реалізації мети у них в значній мірі піддається свідомому контролю. Маючи високий показник мотивації досягнення, вони спроможні формувати такий стиль здійснення саморегуляції, який дає можливість компенсувати вплив особистісних, характерологічних властивостей, що перешкоджають реалізації мети. Чим вище загальний показник усвідомленої регуляції, тим легше особа опановує нові форми активності, впевненіше почувається в незнайомих ситуаціях, тим більш стабільні її успіхи в звичних формах діяльності. У респондентів із низькими показниками за цією шкалою потреба в усвідомленому плануванні та програмуванні власної поведінки не реалізована, така людина більш залежна від контексту і думки інших людей. У таких респондентів знижена спроможність компенсації несприятливих для досягнення визначеної мети особистісних характеристик, у порівнянні з піддослідними з високим показником регуляції. Відповідно, успішність оволодіння новими формами діяльності значною мірою залежить від відповідності стильових показників регуляції і вимог виду розумової активності, що опановується.

Бланк і ключ для обробки результатів методики «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою) див. у додатку А.3.

## **Діагностика соціально-психологічної адаптації** **(за К. Роджерсом, Р. Даймонд)**

Методика Роджерса-Даймонд – особистісний опитувальник, спрямований на виявлення особливостей особистості тестованого і ступеня соціально-психологічної адаптації, часто до нового середовища, умов та правил поведінки (Методика..., 2006, с. 505 – 511). Опитувальник включає в себе 101 знеособлене твердження, і тестований повинен висловити свою згоду або незгоду з ними відповідно до 7-бальною шкалою відповідей.

Методика спрямована на виявлення специфіки адаптаційного періоду людини через інтегральні показники «адаптація», «самосприйняття», «самосприйняття», «прагнення до домінування», «емоційна комфортність», «прийняття інших», «інтернальність».

Даний опитувальник був розроблений Карлом Роджерсом, одним із творців гуманістичної психології та засновником особистісно-орієнтованої психотерапії, і Розаліндою Даймонд. Оpubлікований – у 1954 році в статті «Психотерапія і зміни особистості: координовані дослідження у клієнт-центрованому підході».

Російською мовою опис методики вперше було перекладено канд. психол. наук Т. В. Снегірьовою в 1987 році. У 2004 році опитувальник був значно модифікований канд. психол. наук А. К. Осницьким і опублікований в журналі «Психологія і школа». З тих пір методика отримала помітне поширення, ставши одним із часто використовуваних методів діагностики соціально-психологічної адаптації, зокрема, у таких груп, як студенти. Методика Роджерса-Даймонд використовується в основному для діагностики можливих проблем з адаптацією першокурсників до нових умов і правил поведінки. Шкала опитувальника показала високу ефективність і дифференцируючу здатність в плані діагностики не тільки показників адаптації і дезадаптації, але і специфіки уявлень про себе, їх зміни у вікові критичні періоди формування особистості і в критичних показниках, які



спонукають людину до переоцінки себе і власних можливостей.

Опитувальник містить 101 твердження. 37 з них відповідають критеріям адаптованості особистості, 37 – дезадаптированности, 26 – нейтральні. У число висловлювань останньої категорії входить також так звана «шкала відвертості». Всі твердження носять знеособлений характер. Мета цього полягає в тому, щоб тестований не потрапив під вплив «прямого ототожнення» і більш об'єктивно співвідносив твердження зі своїми здібностями, особливостями і психологічним станом.

Крім того, тестований уникає впливу «соціально-бажаних відповідей». Класична шкала відповідей включає в себе 7 балів, але деякими фахівцями такий розподіл піддається сумніву, оскільки градація значень часто не є значною для обивательського свідомості. Автори виділили 6 інтегральних показників, що дозволяють аналізувати результати опитування: адаптація; прийняття інших; інтернальність (рівень суб'єктивного контролю); самосприйняття; емоційний комфорт; прагнення до домінування. Кожен із наведених показників розраховується за емпірично виведеної формулою. Інтерпретація результатів опитування здійснюється за нормативами, що відрізняється в залежності від віку респондента. Дослідження із застосуванням методики проводяться в більшості випадків із 12-13 років, у більш ранньому віці – тільки в індивідуальному порядку.

Бланк і ключ для обробки результатів методики діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд) див. у додатку А.4.

### **Методика «Духовний потенціал особистості-2»**

**(за Е. О. Помиткіним)**

Методика «Духовний потенціал особистості-2» Е. О. Помиткіна виходить із його психологічної теорії духовності та розвитку духовного потенціалу особистості (Помиткін, 2013, с. 113 – 115). Оскільки духовний потенціал особистості, за автором методики, актуалізується завдяки дії

специфічних психологічних механізмів (децентрації, духовної ідентифікації, рефлексії, трансценденції та усвідомлення буттєвої єдності), його діагностика може здійснюватися через дослідження рівня актуалізації цих механізмів у підструктурах спілкування, спрямованості, характеру, самосвідомості, досвіду, інтелекту та психофізіології особистості. У кожній із цих підструктур духовний потенціал може набувати різного рівня прояву, що впливає на загальне значення показника.

Актуалізація психологічних механізмів духовного розвитку особистості у спілкуванні, спрямованості, характері, самосвідомості, інтелекті, досвіді та психофізіології має відобразитися у таких якісних показниках:

Ідентифікація – ототожнення себе з духовними подвижниками, носіями ідеалів Краси, Добра та Істини; прагнення вдосконалення характеру, здатність примноження духовних знань; наслідування прикладів здорового способу життя в гармонії з природою.

Децентрація – увага до інших у процесі спілкування; спрямованість на допомогу потребуючим, реалізація Добра в конкретних вчинках, здатність, турбуючись про ближніх, відставляти на другий план власні інтереси; замислення над людськими долями, пошук смислів і закономірностей; розуміння своєї єдності з іншими; наявність досвіду децентрації; визнання цінності життя свого та інших.

Рефлексія – прагнення дотримуватися чесності у спілкуванні; спрямованість на усвідомлення власної життєвої мети, смислів і цінностей; розвиток позитивних рис характеру; здатність до розвитку свідомості, самоконтролю; досвід орієнтації на духовне «Я», голос совісті; врахування у повсякденному житті та вдосконалення власних психофізіологічних якостей тощо.

Трансценденція – спілкування про місію людини у Всесвіті; спрямованість на реалізацію ідеалів Краси, Добра та Істини в повсякденному житті; схильність до споглядання; здатність до керування процесами мислення

та уяви; пізнання свого духовного «Я», досвід уявлення ідеального буття; піднесення над біологічними потребами власного тіла тощо.

Усвідомлення буттєвої єдності – схильність до спілкування з Природою, Буттям (у релігійному контексті – з Богом); спрямованість на інтеграцію різних поглядів і світоглядних позицій у єдину картину світу; визнання цінності всіх живих істот у Всесвіті; усвідомлення взаємозв'язків людей і Природи; замислення над глобальними проблемами; наявність досвіду трансперсональних переживань; турбота про власне тіло як частину Природи.

Наведені положення були покладені в основу розробки тестової методики «Духовний потенціал – 2», яка включає 35 запитань і є ефективною для вікової категорії, починаючи від 14 років (Помиткін, 2013, с. 112).

Бланк і ключ для обробки результатів методики «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним) див. у додатку А.5.

### **2.3. Аналіз результатів результатів констатувального етапу емпіричного дослідження показників адаптації постнаркозалежних дорослих осіб**

Складні життєві умови, в яких опиняється постнаркозалежна особистість, гостро ставить питання її реадаптації до життєвих умов, власного внутрішнього світу, оскільки відміна від вживання психоактивних речовин призводить до суттєвої перебудови системи життя особистості, яка стикається із проблемою зміни поведінкових патернів, нового усвідомлення життєвих перспектив, формування у себе нового рівня адаптивного потенціалу та духовності.

Задачею даного етапу дослідження виступало вивчення специфіки реадаптації постнаркозалежних із метою виявлення найбільш загальних характеристик особистості після припинення вживання психоактивних речовин та оцінки необхідності здійснення формувальних впливів із даною категорією осіб.

Проаналізуємо показники реадaptaції постнаркозалежних на етапі зрізового дослідження, що розглядаються у контексті виділених нами раніше сфер реадaptaції постнаркозалежної особистості – соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної. Такі показники виявлено за підсумками проведення методик дослідження негативного дитячого досвіду (АСЕ; за В. Фелітті, Р. Андом), Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R; за Л. Дерогатисом), «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою), Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд) та Методика «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним). Кількісні дані представлені в таблицях В1, В4, В7, В10, В11 у додатку В.

Для унаочнення і порівняння отриманих результатів кількісні дані були переведені у відсотки і побудовані гістограми, які наведені нижче.

Тож, розглянемо показники соматико-фізіологічної сфери реадaptaції постнаркозалежних, що визначено за окремими шкалами методик Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R) (Symptom CHECK LIST-90-REVISED) (за Л. Дерогатисом; див. табл. Б1, додаток Б) та шкалою «психофізіологія» методики «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. Помиткіним; див. табл. В11, додаток В), що подано на рис. 2.3.1.

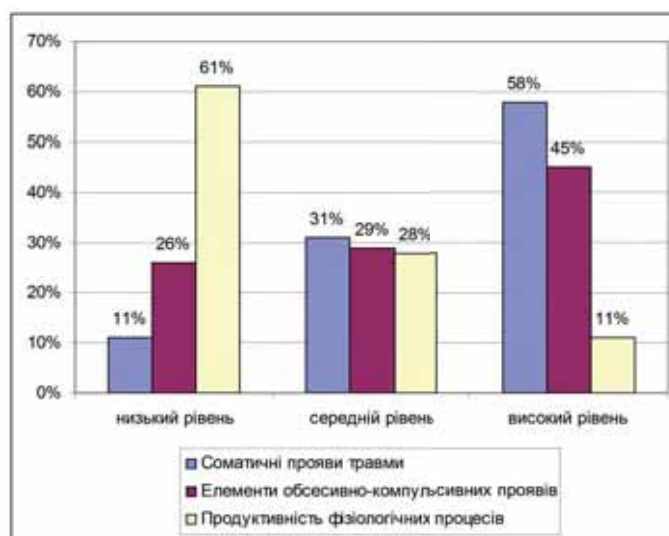


Рис. 2.3.1. Вихідні показники соматико-фізіологічного компоненту реадaptaції постнаркозалежних дорослих

Як свідчать дані рис. 2.3.1., постнаркозалежним характерні достатньо знижені показники соматико-фізіологічного компонента реадaptaції після припинення вживання. Зокрема, для них властиві знижений показник продуктивності психофізіологічного функціонування (64%) як аспекту реалізації рефлексивно-духовного потенціалу при вираженому у 50% респондентів показнику самотинних проявів травматизації та залежності – виходу психологічних проблем у сфері соматичного функціонування (порушення сну, збалансування процесів збудження та гальмування, витримки у поведінці, тощо). Разом із тим, елементи obsесивно-компульсивних проявів характерні на високому рівні вираженості 45% респондентів. Така тенденція доводиться відсотковими значеннями низького рівня за цими ознаками, який становить – за показником соматичних проявів травми – 11%, елементи obsесивно-компульсивних проявів – 26% та високого рівня показника продуктивності фізіологічних процесів – у 11%. Тож, соматико-фізіологічна сфера реадaptaції постнаркозалежних відображає достатньо кризові стани цих досліджуваних.

Закономірно, що постнаркозалежним характерні виражені показники проявів травм у соматичній сфері, вираженості їх емоційних порушень та наслідків вживання психоактивних речовин через сферу тілесності, соматичних проявів їх переживань. Така закономірність сформована ще в період вживання психоактивних речовин, коли тілесні, соматичні відчуття та пов'язані з ними емоційні стани були переважаючими у системі їх задоволення. Відповідно, і вихід емоцій, що мають сильне негативне забарвлення, передбачає вихід у сферу тілесності та психосоматичних співвідношень відповідно до сформульованого раніше механізму отілеснення змісту психічного. Наявність елементів obsесивно-компульсивної симптоматики серед постнаркозалежних відображає порушення функціонування їх психіки, наявність нав'язливих елементів поведінки, повторюваних поведінкових актів, навичок, що засвідчують руйнівний вплив наркотичної речовини на психіку особистості.

Істотно, що для них характерні знижені показники соматично-фізіологічного компоненту реадаптації, оскільки в умовах припинення вживання, коли організм знаходиться, фактично «в стані стресу» після відмови від наркотику, особистість відчуває виражені соматичні проблеми, її нервова система функціонує згідно зв'язків і патернів, сформованих у процесі вживання, проте ключовий фактор функціонування – наркотична речовина – вже не фігурує у житті постнаркозалежного.

Отже, соматично-фізіологічний компонент процесу реабілітації відображає кризові стани постнаркозалежних після припинення вживання та акцентує увагу на необхідності здійснювати корекційну роботу.

Дані щодо вираженості емоційної сфери реадаптації постнаркозалежних після припинення вживання психоактивних речовин досліджено за методиками Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R) (Symptom CHECK LIST-90-REVISED) (за Л. Дерогатисом; див. табл. В1, додаток В) та шкалою «емоційний комфорт» методики Діагностика соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд; див. табл. Б7, додаток Б), що подано на рис. 2.3.2.

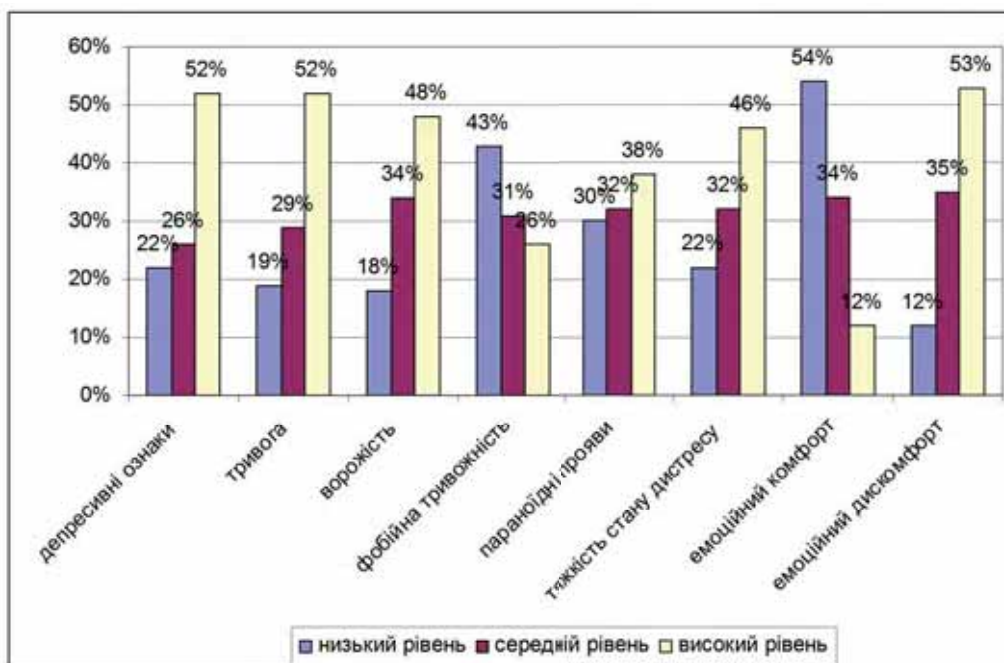


Рис. 2.3.2. Вихідні показники емоційної сфери реадаптації постнаркозалежних

Як свідчать дані рис. 2.3.2., найбільш виражена симптоматика постнаркозалежних стосується порушень їх емоційної сфери у вигляді тривожності та ознак депресивності, погіршення лабільності емоційної сфери у бік проявів ворожості. Зокрема, за більшістю симптоматичних показників у представників вибірки зафіксовано високі значення, які дозволяють охарактеризувати їх емоційну сферу як достатньо дисгармонійну та проблемну, а сам процес утримання від вживання на початкових стадіях як достатньо травматичний для особистості, коли сформовані раніше когнітивно-афективні закономірності ще не зруйновані повністю, а набувають свого максимуму від неможливості отримати задоволення під час вживання психоактивної речовини. Зокрема, респондентам характерне переважання високих показників за вираженістю депресії і тривоги (52%), ворожості (48%), тяжкості дистресу (46%), емоційного дискомфорту (53%).

Загалом, така симптоматика емоційної і поведінкової сфери досліджуваних відображає властивий їм важкий перебіг переживання дистресу, як негативної стадії адаптації постнаркозалежної особистості до умов уникнення вживання наркотичної речовини. Істотно, що це виступає стресом для людини, оскільки зачіпає функціонування особистості на фізіологічному, внутрішньо-психологічному, міжособистісному рівнях, включаючи всі форми реалізації діяльності, опанування досвідом та в усіх часових перспективах.

Вони характеризуються вираженим емоційним дискомфортом, неспроможністю нормально емоційно функціонувати як у сфері міжособистісної взаємодії, так і в сфері трудової діяльності. Для них характерне переживання почуття дискомфорту, тривоги, іноді дисфорії, тощо. Така характеристика їх емоційної сфери засвідчує наявність удосліджуваних складнощів щодо емоційного реагування на життєві події, пристосування до нових умов життя без вживання наркотику.

Разом із тим, фобійна тривожність (26%) та параноїдні тенденції (38%) дещо меншою мірою властиві представникам вибірки. Тобто, досліджуваним

характерні дисгармонійні прояви емоційної сфери та наявність надцінних утворень у вигляді obsesій та компульсій у поєднанні з проявами депресії й тривоги, які, однак, рідко доходять до крайніх варіантів прояву у вигляді фобічного чи параноїчного феноменів. Зрозуміло, що тривалий період вживання психоактивної речовини неодмінно накладає відбиток на функціонування емоційної сфери наркозалежних, але після припинення вживання більшість показників починає відновлення. Проте, виражені прояви комплексного дисфункціонування психіки постнаркозалежних у вигляді фобій та параноїчних форм поведінки слабо виражені серед вибірки.

Розглянемо особливості регуляторно-когнітивної сфери реадaptaції постнаркозалежних, що визначені за методиками Опитувальник “Стиль саморегуляції поведінки” (за В. Моросановою; див. табл. Б4, додаток Б) та шкали «інтелект» методики «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. Помиткіним; див. табл. В11, додаток В). Ці дані подано на рис. 2.3.3.

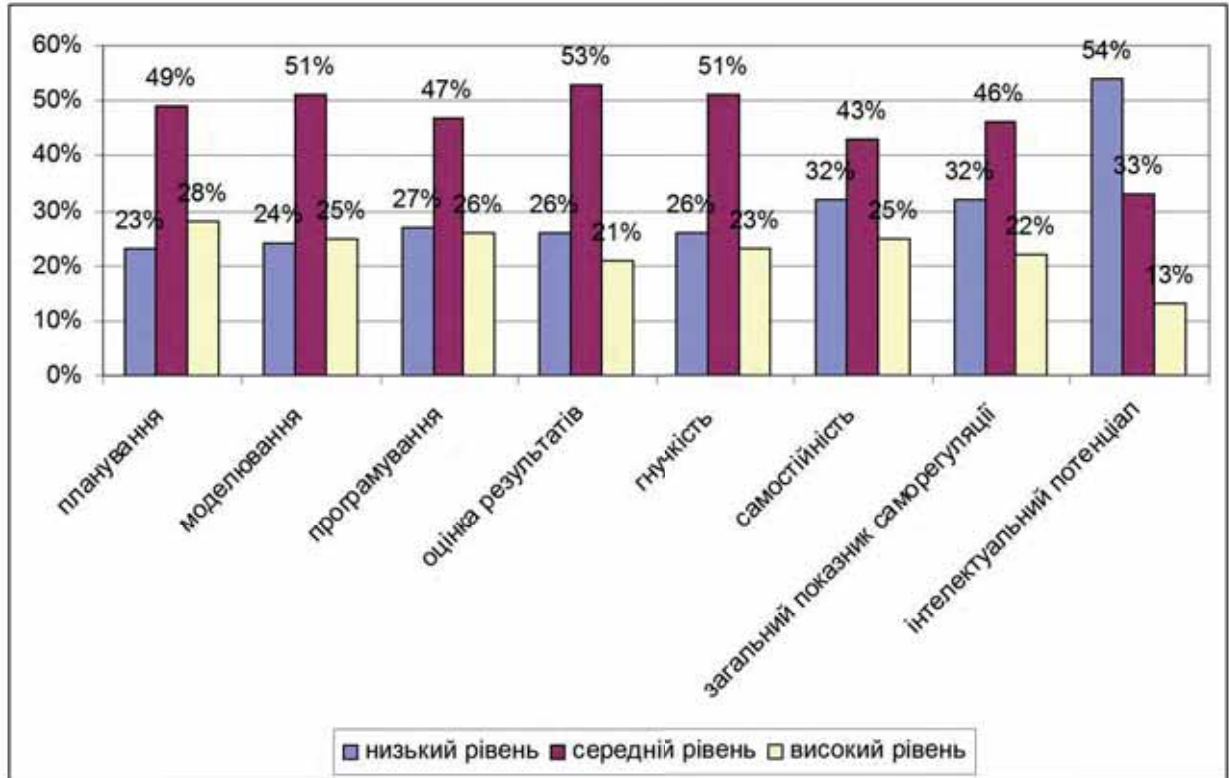


Рис. 2.3.3. Вихідні показники регуляторно-когнітивної сфери реадaptaції постнаркозалежних



Як свідчать дані рис. 2.3.3., серед досліджуваних переважає середній рівень саморегуляції. Зокрема, такий рівень характерний у проявах планування (49%), моделювання (51%), програмування (47%), оцінки результатів діяльності (53%), гнучкості (51%), самостійності (43%) та загального показника саморегуляції (46%). Низькі показники цих якостей характерні приблизно третині вибірки. Зокрема, прояви низького рівня зафіксовані за показниками – планування (23%), моделювання (24%), програмування (27%), оцінки результатів діяльності (26%), гнучкості (26%), самостійності (32%) та загального показника саморегуляції (32%).

Тобто, якісно аналізуючи такі результати дослідження, можемо узагальнити, що для постнаркозалежних характерні посередньо виражені саморегуляторні уміння. Вони спроможні, переважно на достатньому рівні, організувати свою діяльність, спланувати її, слідкувати за її перебігом, здійснюючи поточний контроль та корекцію своїх дій. Тобто, не зважаючи на руйнівний вплив психоактивної речовини на психіку наркозалежних, їх спроможність до регуляції діяльності залишився на достатньо високому рівні.

Імовірно, такі навички сформовані у них у процесі активності, направленої на отримання адиктивного агенту. Для того, щоб отримати наркотичний агент, постнаркозалежні були вимушені організувати «складні та багаторівневі схеми добутку наркотику», що передбачало розвиток навичок передбачення діяльності, наслідків дій та їх планування й поточної оцінки. Відповідно, такі навички будучи сформованими на високому рівні в процесі вживання психоактивних речовин, збереглися і на початку ремісії. Імовірно, проблематика реадaptaції постнаркозалежних лежить в іншій площині – пов'язаній із впливом раннього дитячого досвіду, емоційній сфері, суб'єктивному переживанні власної особистості, тощо – що і виступило об'єктом здійснення корекційної роботи.

Разом із тим, досліджуваним характерний знижений рівень інтелектуального потенціалу як аспекту духовності. Їм складно досягнути зміст своїх намірів та нахилів, психологічних характеристик, вони не роздумують

стосовно питань саморозвитку та духовності. Постнаркозалежні центровані на своїх проблемах та потребах, не звертаючи увагу на глобальні потреби і проблеми суспільства, нівелюючи соціальні наслідки своїх вчинків.

Отже, результати дослідження регуляторно-когнітивної сфери постнаркозалежних засвідчують посередню сформованість механізмів і процесів саморегуляції при вираженій егоїстичній когнітивній спрямованості, орієнтації на задоволення своїх потреб.

Розглянемо особливості вираженості соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних, що вивчено за методиками «Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R) (Symptom CHECK LIST-90-REVISED)» (за Л. Дерогатисом; див. табл. Б1, додаток Б), «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (за К.Роджерсом, Р. Даймонд) та методикою дослідження несприятливого дитячого досвіду (НДД) (за В. Фелітті, Р. Андом; див. табл. В7, В10, додаток В), що подано на рис. 2.3.4.

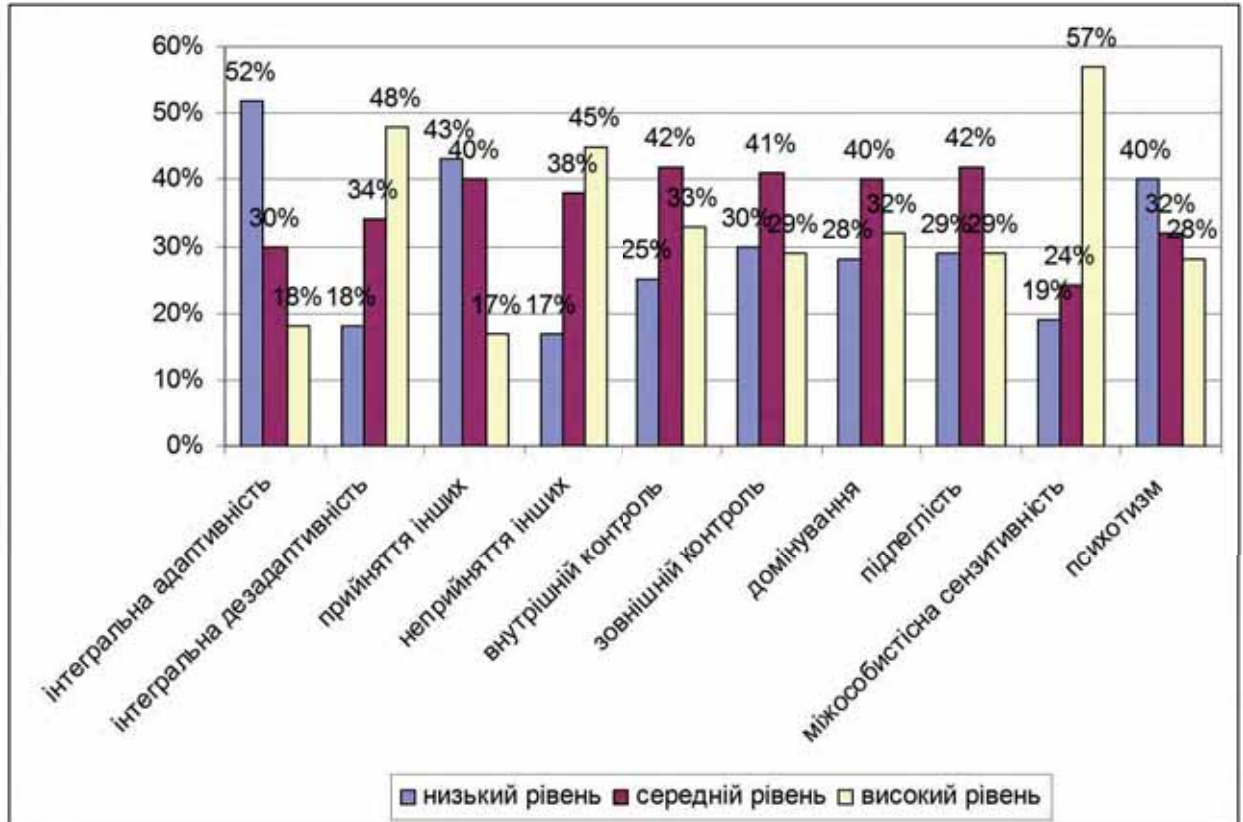


Рис. 2.3.4. Вихідні показники соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних

Як свідчать дані рис. 2.3.4., показники соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних відображають, у загальному, наявність проявів вираженої соціальної дезадаптації, що проявляються у відповідності відсоткових значень за пов'язаними шкалами методик. Загалом, більше половини (52% представників вибірки) мають низький рівень адаптованості, що доводиться високим показником дезадаптації, зафіксованих у 48% вибірки. Тобто, майже половина постнаркозалежних відчуває виражені труднощі в пристосуванні до нових умов життя, не має вираженої спроможності до пристосування до мінливих умов життя. У випадку виникнення нових соціальних умов, зміни ситуації спілкування та діяльності, такі досліджувані характеризуються зниженням адаптивного потенціалу та можливості змінити свої стратегії поведінки відповідно до нових умов ситуації. Такі досліджувані характеризуються вираженим емоційним дискомфортом від неспроможності до пристосування до умов життя, що змінилися. Їх дезадаптованість відображає виражену потребу в розвитку особистісного адаптаційного потенціалу з огляду на наявність негативного ставлення до себе оточуючих, їх неприйняття як проявів дезадаптації особистості після припинення вживання психоактивних речовин. Лише 18% досліджуваних характеризуються високим рівнем адаптації, спроможні до успішного пристосування до мінливих умов життя та соціальної дійсності. Однак, це не значна частина вибірки, а загальна тенденція серед досліджуваних засвідчує низький рівень соціально-психологічної адаптованості.

Загальний показник дезадаптації у вибірці конкретизовано через прояви компонентів адаптаційного потенціалу особистості. Зокрема, постнаркозалежні характеризуються низьким рівнем прийняття інших (43%). Тобто, постнаркозалежні не мають вираженого адаптаційного потенціалу після припинення вживання, що в дозволяє ставити питання про необхідність розгляду реадaptaції даної категорії осіб. Тобто, дезадаптованість постнаркозалежних проявляється у базових сферах їх життя – ставленні до себе, оточуючих, емоційній оцінці результативності свого життя. Їх стосунки

із оточуючими мають характер порушеної міжособистісної взаємодії, що є певним «продовженням» співзалежної взаємодії із відповідними патернами, які сформувалися упродовж періоду вживання. Вони очікують від оточуючих негативного ставлення до себе, оскільки сприймають соціальне середовище як вороже.

Така тенденція підтверджується показником міжособистісної сенситивності, що виражений на високому рівні у 57% респондентів досліджуваної вибірки. Тобто, постнаркозалежні характеризуються схильністю до надання надмірної значущості словам і думкам оточуючих відносно їхньої поведінки, соціальна оцінка виступає для них вагомим чинником отримання соціального дискомфорту. Це відображає нестійкість та не сформованість адаптаційних механізмів постнаркозалежних та їх самооцінки. Саме в цьому і полягає механізм соціальних труднощів постнаркозалежних – надаючи надмірну вагу соціальному оточенню у своєму житті, вони очікуються негативного ставлення до себе, що і порушує їх систему взаємодії з оточуючим світом.

Разом із тим, встановлено показники адаптованості, за якими постнаркозалежні мають не настільки критичні дані на початку ремісії. Зокрема, мова йде про співвідношення показників «внутрішнього чи зовнішнього контролю» та «схильності до домінування-підлеглості». Тобто, постнаркозалежні після закінчення вживання характеризуються рівномірно вираженими тенденціями до домінування та внутрішнього контролю. Частина досліджуваних (33%) відмічає у себе внутрішній контроль і спроможність підпорядкувати своє життя своїм цілям, інтересам та переконанням. Зовнішній контроль як почуття «залежності від життя та соціальних умов» характерний для 29% представників вибірки. Схожа тенденція зафіксована і за параметром домінування. Зокрема, схильні до домінування 32% респондентів, а до підлеглих стосунків – 29% представників вибірки. Таким чином, домінування та внутрішній контроль у постнаркозалежних відображають не настільки критичні дані періоду початку ремісії.

Саме такі показники адаптації постнаркозалежних актуалізують проблематику запровадження їх реадaptaції як нового рівня адаптивних можливостей постнаркозалежної особистості для пристосування до умов оточуючого світу, внутрішнього світу та стосунків, що істотно змінилися.

Нами також проаналізовано вплив раннього травматичного досвіду, як аспект соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежної особистості. Істотно, що даний показник «стосується» і інших сфер реадaptaції особистості, проте ми розглядаємо його саме в рамках соціальної сфери, оскільки даний досвід як формується в системі соціальних стосунків, так і виражається, головним чином, у системі взаємодії з оточуючими. З метою можливості оцінки вираженості рівнів впливу негативного дитячого досвіду нами умовно визначено такі його рівні: 1-2 бали – низький рівень впливу досвіду, що відображає не значний рівень травмування; 3-5 балів – середній рівень впливу негативного досвіду, що відображає середній рівень травмування досвідом ранньої взаємодії та життя; 6-10 балів – високий рівень впливу раннього дитячого досвіду на життя особистості (див. табл. Б10, додток Б). Ці дані подано на рис. 2.3.5.

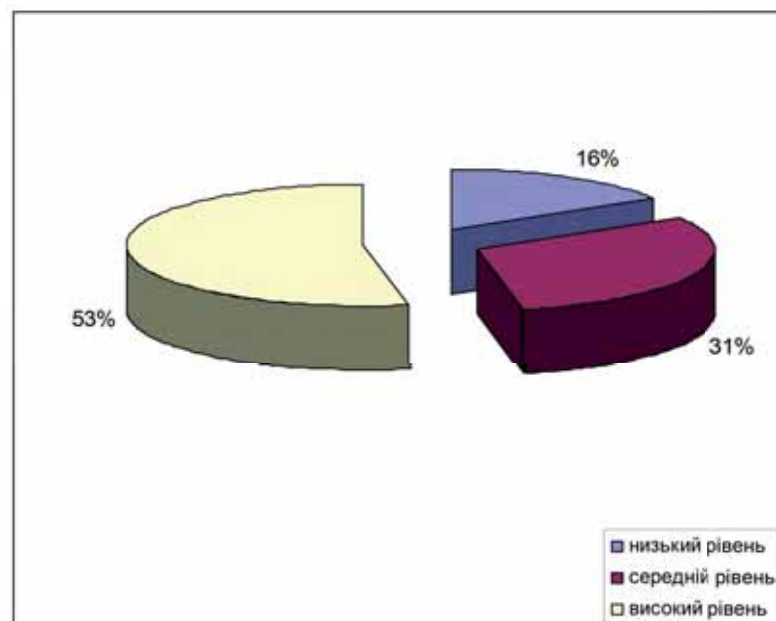


Рис. 2.3.5. Вихідне співвідношення рівнів впливу раннього негативного досвіду на соціальну реадaptaцію серед представників вибірки

Як видно з рис. 2.3.5., постнаркозалежні характеризуються переважанням високого рівня впливу негативного раннього досвіду, що зафіксовано у 53% представників вибірки. Тобто, більшість постнаркозалежних розцінюють своє дитинство як таке, що мало травматичний вплив на їх особистість, сприяло появі невпевненості у собі, викривленню емоційної сфери, порушенню встановленню балансу контакту з оточуючим світом, що призвело до порушення системи відношень адиктивної особистості. Наявні фактори травматизації у їх ранньому дитинстві не лише наявні в ретроспективі досліджуваних, вони чинять значний вплив на їх актуальну поведінку у вигляді «флеш бек-ефектів», особливо на початку ремісії, коли система, в якій всі проблеми минулого та сьогодення заміщувались наркотичною речовиною, зруйнована і особистість після припинення вживання зустрічається із явно вираженою необхідністю нової адаптації до життя. Саме в такому контексті ми розглядаємо вплив раннього травмуючого досвіду на процес реадaptaції постнаркозалежних, спираючись на теоретичні положення психології психічного розвитку про визначальну роль ранніх етапів онтогенезу на формування особистості та її схильності до залежності також.

Третина (31%) представників вибірки характеризується середнім рівнем впливу раннього досвіду на їх актуальне життя. Тобто, травматичних подій у їх дитинстві було менше, ніж у представників попередньої групи, а сам досвід не виступає для них настільки критичним. Вони мають механізми подолання впливу негативного раннього досвіду на поведінку в актуальних умовах життя, проте часто такі механізми не спрацьовують (що, імовірно, і відбулося у процесі формування наркотичної залежності, коли ранній досвід був настільки травматичним для людини, що вона не змогла віднайти ресурси для його подолання).

Меншість (16%) представників вибірки характеризується низьким показником впливу раннього негативного досвіду на їх життєдіяльність. Травматичних подій у їх дитинстві було не настільки багато, як у

представників інших груп, а механізми переробки негативного впливу у цих досліджуваних сформовані краще.

Отже, як засвідчують дані рис. 2.3.5., більшість досліджуваних вибірки характеризується високим рівнем впливу раннього негативного досвіду на їх життєдіяльність, що значною мірою ускладнює їх реадаптацію і призводить до проблем у формуванні адаптаційного потенціалу на початку ремісії.

Найвищим рівнем, на якому відбувається реадаптація постнаркозалежних, виступає духовний рівень, що передбачає реалізацію найбільш загальних, складних форм активності особистості відповідно до аспектів духовності. Тож, розглянемо вираженість різних аспектів духовно-рефлексивного компоненту реадаптації постнаркозалежних на початку ремісії, що подано на рис. 2.3.6. Даний показник вивчений за методиками «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. Помиткіним; див. табл. В11, додаток В) та шкалами «ескапізм» і «самоприйняття» методики Діагностика соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд; див. табл. В7, додаток В).

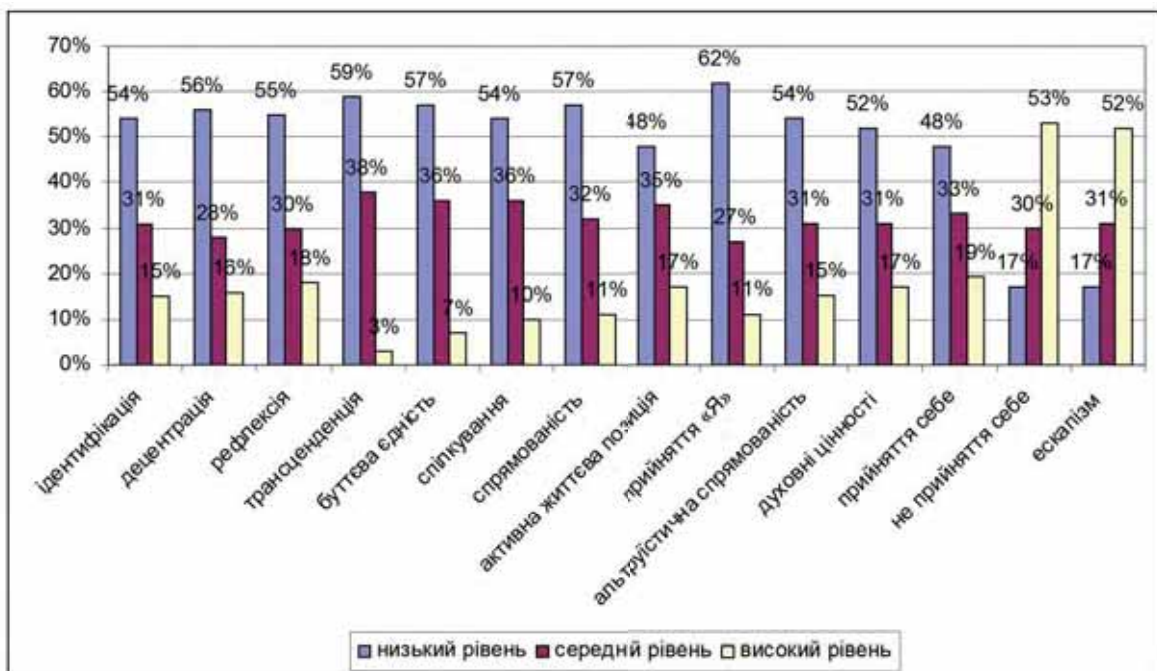


Рис. 2.3.6. Вихідні показники духовно-рефлексивної сфери постнаркозалежних

Як свідчать дані рис. 2.3.6., постнаркозалежним на початку ремісії характерні достатньо знижені показники духовно-рефлексивної сфери, що є закономірним, оскільки розвиток духовних спрямованостей – достатньо тривалий процес, що відображає найвищі, вершинні, ціннісно-обумовлені зміни в особистості і вимагає значних затрат часу. Більше того, для розвитку духовного потенціалу особистості необхідно, щоб вона пройшла усі гострі етапи становлення особистості, яким саме і виступає подолання наркотичної залежності. Проте, якщо зміни в показника емоційної сфери, соматично-фізіологічних показниках функціонування особистості мають більш виражену динаміку в процесі ремісії, то зміни рефлексивно-духовного потенціалу – процес більш тривалий, що передбачає переосмислення людиною набутого досвіду припинення вживання, реадaptaції та поновлення духовного потенціалу та ціннісного осмислення життя. Нами зафіксоване переважання відсоткових значень низького рівня вираженості показників методики. Зокрема, постнаркозалежним характерне переважання низьких рівнів ідентифікації (54%), децентрації (56%), рефлексії (55%), трансценденції (59%), буттєвої єдності (57%), спілкування (54%), спрямованості (57%), самосвідомості (62%), альтруїстичної спрямованості (54%), та загального рівня духовного потенціалу (52%), неприйняття себе (48%) та ескапізму (52%).

Маючи знижені показники ідентифікації, постнаркозалежні не мають вираженого ототожнення себе із духовними подвижниками, носіями ідеалів добра і краси. Вони не мають вираженої спрямованості до розвитку духовних знань та духовного потенціалу. При цьому, вони чітко усвідомлюють, що їх поведінка далека від показників духовно розвиненої особистості. Вони не налаштовані на дотримання здорового способу життя та розвитку своєї духовності. Високе прагнення до ідентифікації себе з духовними лідерами виражено лише у 15% представників вибірки, які мають виражені показники ототожнення себе з духовними лідерами.



Зважаючи на знижені показники децентрації, постнаркозалежним характерні не виражені орієнтації на прояви уваги до оточуючих у процесі спілкування, спрямованість на надання допомоги оточуючим у спільній взаємодії. Вони не спроможні на якісному рівні турбуватись про інших людей, жертвувати власними інтересами на користь інтересів оточуючих, проявляючи альтруїзм. Їх відрізняє достатньо егоїстична позиція, орієнтація на задоволення власних інтересів у спілкуванні з оточуючими людьми та житті загалом. Вони не схильні замислюватися над людськими долями, розшукувати смисл вчинків інших людей та своїх власних вчинків. Ці досліджувані не мають вираженої єдності з людством та не розцінюють себе як вагомих особистостей у культурному прогресі людства. Імовірно, майже весь вектор активності досліджуваних направлений на відновлення повноцінного функціонування після припинення вживання психоактивних речовин, побудову нової системи стосунків із оточуючим світом та інтрапсихічним простором за результатами реадaptaції до внутрішнього та зовнішнього світу.

Нестача розвинутої рефлексії серед досліджуваних засвідчує відсутність у них прагнення до дотримання чесності у спілкуванні, відсутність чітко поставленої життєвої мети, смислів і цінностей. Їм характерна знижена здатність до розвитку власної самосвідомості, звернення до змісту свого психічного, орієнтації на власне духовне «Я». Загалом, таким досліджуваним достатньо складно звертатися до змісту свого психічного, аналізувати свої переживання та почуття, думки, ефективність у системі стосунків з оточуючими людьми. Високий рівень рефлексії зафіксований лише у 18% представників вибірки, які спроможні до успішного рефлексування своїх психологічних характеристик та особливостей, успішно аналізують зміст власної психіки.

Постнаркозалежним також характерні знижені показники трансценденції, що виражається у їх неспроможності до спілкування про місію людини у Всесвіті, не сформованій спрямованості на реалізацію ідеалів Добра та Краси. Вони, переважно, не схильні до споглядання та зосередження на оточуючому

світі, своєму внутрішньому світі, не орієнтовані на визнання єдності всіх істот, безумовної цінності всіх живих істот у Всесвіті. Виражена трансценденція характерна тільки 3% представників вибірки, які орієнтовані на реалізацію найвищих духовних орієнтації у своєму житті. Загалом, такий показник трансценденції характеризує наявність проблем постнаркозалежних у реадаптації, оскільки на момент дослідження вони зайняті переформатуванням системи стосунків із оточуючим світом, а питання духовного розвитку для них на момент дослідження мало актуальні.

На низькому рівні вираженості респондентам характерне і усвідомлення буттєвої єдності, що властиво 57% досліджуваної групи. Вони не схильні до спілкування з Природою, Буттям, Богом, не мають вираженої спрямованості до інтеграції світоглядних позицій та поглядів у єдину картину світу. Їх не цікавлять глобальні проблеми людства та всесвіту, а життєва активність лежить у площині організації власного життєвого простору, здобуття більш високого рівня адаптаційного потенціалу. Високий рівень усвідомлення буттєвої єдності характерний для 7% представників вибірки, які налаштовані на спілкування з Всесвітом та Богом, активно реалізують свій духовний потенціал.

Водночас, такі особливості духовного потенціалу постнаркозалежних переважно на низькому рівні реалізуються у різних життєвих сферах – спілкуванні, ставленні до досвіду, самосвідомості, інтелектуальному осягненні світу, тощо. Єдиним показником, що має відносно високий рівень за результатами діагностики, виступає прояв духовності у структурі активної життєвої діяльності респондентів, який виражений на низькому рівні у 48% представників вибірки, що, однак, менше виражено, порівняно з іншими показниками.

Разом із тим, знижений духовний потенціал постнаркозалежних реалізується і в негативному ставленні досліджуваних до себе (53%) і їх прагненні до ескапізму (52%). Тобто, вони негативно ставляться до себе, не вбачають у собі духовного потенціалу та можливості реалізуватися у різних

сферах життєдіяльності. Також, типовим для постнаркозалежних є тенденція до прояву ескапізму, уникнення життєвих проблем. Якщо раніше вони використовували ескапізм у контексті вживання психоактивних речовин, то після припинення вживання вони зберегли таку поведінкову тенденцію – уникнення від життєвих негараздів – проте реалізують її в інших формах.

Отже, проведене констатувальне дослідження дає підстави стверджувати, що постнаркозалежні досліджуваної вибірки характеризуються вираженими проблемами у реадaptaції до нових умов життя після припинення вживання психоактивних речовин. Зокрема, досліджуваним характерні знижені показники адаптації, що особливо яскраво виражаються у ставленні до себе та очікування ставлення від оточуючих людей, емоційному дискомфорту та схильності до ескапізму. Для постнаркозалежних характерний високий рівень впливу негативного раннього дитячого досвіду, що дезорганізує їх життя. Їм властиві виражені показники соматизації, чутливості до різних аспектів міжособистіної взаємодії, депресивних ознак та тривоги, складність переживання дистресу в умовах ремісії. Також, постнаркозалежні характеризуються зниженими показниками рефлексивно-духовної сфери, не спроможністю реалізувати у взаємодії духовні цінності.

Такі показники постнаркозалежних гостро ставлять питання про необхідність підвищення рівня їх реадaptaції, формування нового рівня адаптаційного та духовного потенціалу, що вимагає застосування спеціально організованих корекційних процедур. Саме така необхідність і зумовила актуальність проведення формувального етапу дослідження, направлено на підвищення показників реадaptaції постнаркозалежних.

### **Висновки до другого розділу**

1. Невід’ємною частиною процедур, що використовують сьогодні в психології для дослідження процесів соціально-психологічної адаптації та

реадаптації, є застосування методик, що відзначаються високим ступенем валідності, надійності та мають достовірні шкали вимірювання.

Виходячи зі створеної нами комплексної моделі психологічної реадаптації, яка має соматико-фізіологічну, емоційну, регуляторно-когнітивну, соціальну та духовно-рефлексивну складові, було обрано відповідно п'ять методик їх психодіагностики.

2. Для експериментального дослідження особливостей психологічної реадаптації постнаркозалежних дорослих нами було використано: методику дослідження негативного дитячого досвіду (АСЕ; за В. Фелітті, Р. Андом), симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R; за Л. Дерогатисом), методику «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою), методику діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд), методику «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним).

3. За результатами констатувальної серії дослідження виявлені кризові ознаки у вираженості соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер реадаптації наркозалежних після припинення вживання психоактивних речовин. Отже, проведене констатувальне дослідження дає підстави стверджувати, що постнаркозалежні характеризуються проблемами у реадаптації до нових умов життя після припинення вживання психоактивних речовин, що актуалізує потребу проведення із ними цілеспрямованих формувальних впливів.

Констатувальне дослідження в межах функціонування соматико-фізіологічної сфери зафіксовано переважання показниками соматичного прояву травми та адикції при посередній вираженості елементів obsесивно-компульсивної проблематики та знижених можливостях оптимального психофізіологічного функціонування. Тобто, постнаркозалежні характеризуються наявністю негативних соматичних станів, порушенням фізіологічного функціонування (режиму сну, ознак стресу, тремтіння рук та порушення харчової поведінки, тощо) при певній вираженості нав'язливих думок та факторів, що дезорганізують їх діяльність та поведінку.

Розглядаючи особливості емоційної сфери за більшістю симптоматичних показників у представників вибірки зафіксовано високі значення, які дозволяють охарактеризувати їх емоційну сферу як дисгармонійну та проблемну, а сам процес утримання від вживання на початкових стадіях як достатньо травматичний для особистості, коли сформовані раніше когнітивно-афективні закономірності ще не зруйновані повністю, а набувають свого максимуму від неможливості отримати задоволення під час вживання психоактивної речовини. Зокрема, респондентам характерне переважання високих показників за виявом депресивних ознак і тривоги, ворожості та тяжкості дистресу. Найбільш виражена симптоматика постнаркозалежних стосується порушень їх емоційної сфери у вигляді тривожності та депресивних ознак, погіршення лабільності емоційної сфери у бік проявів ворожості, ознак емоційного дискомфорту.

У межах функціонування регуляторно-когнітивної сфери встановлено, що серед досліджуваних переважає середній рівень саморегуляції, який виражається у відповідних проявах планування, моделювання, програмування, оцінки результатів діяльності, гнучкості, самостійності та загального показника саморегуляції. Також, їх відрізняє знижений показник функціонування інтелектуального осмислення саморозвитку, спроможності до успішної інтелектуальної діяльності в процесі реадаптації.

Аналіз соціальної сфери реадаптації постнаркозалежних засвідчив наявність проблем у сфері соціально-психологічної адаптації, надмірний вияв міжособистісної сенситивності при високому впливі негативного раннього досвіду. Так, встановлені чітко виражені прояви дезадаптації у постнаркозалежних. Вони характеризуються зниженим рівнем прийняття інших, залежністю від соціального оточення при наявності тенденції до домінування у соціальних стосунках. Такі показники доповнюються високими значеннями неприйняття себе та своєї особистості, неприйняття інших. Дезадаптованість постнаркозалежних проявляється у базових сферах

їх життя – ставленні до себе, оточуючих, емоційній оцінці результативності свого життя. Разом із тим, вони мають надмірно виражену сензитивність у міжособистісному спілкуванні, що часто їх травмує за умови приєднання ознак психотизму.

Постнаркозалежним на початку ремісії характерні достатньо знижені показники духовної-рефлексивної сфери, що виявляється через переважання низьких рівнів ідентифікації, децентрації, рефлексії, трансценденції, усвідомлення буттєвої єдності, спілкування, активної життєвої спрямованості, прийняття власного «Я», інтелектуального осмислення свого саморозвитку, досвіду.

### **Основні наукові результати розділу опубліковано у працях:**

1. Ільченко Р. М. Комплексне психодіагностичне забезпечення психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Вип. 4. Херсон, 2019. С. 94-102. (DOI 10.32999/ksu2312-3206/2019-4-12; ISSN2312-3206 (Print), 2663-2764 (Online)).

2. Ільченко Р. М. Комплексна методика діагностичного супроводу психологічної реадaptaції постнаркозалежних у зрілому віці. *Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості*. Зб. наук. праць за матер. II Міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 26-27 вересня 2019 р.). Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 99-103. – 0,2 д.а.

3. Ільченко Р. М., Заїка В. М., Моргун В. Ф. Психосоціальна реадaptaція постнаркозалежних за методом Мюррей як основа формування здорової врівноваженої особистості. *Scientific Collection «InterConf»*, (42): with the Proceedings of the 1-st International Scientific and Practical Conference «Theory and Practice of Science: Key Aspects» [Psychology and Psychiatry] (Rome, February 19-20, 2021). Rome, Italy: Dana, 2021. P. 445-455. – 0,9 д.а. (Особистий внесок автора – 0,5 д.а., де викладено авторську Програму

*психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі психотерапевтичного методу М. Мюррей).*

4. Ільченко Р. М. Динаміка показників соціально-психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом М. Мюррей / Р. М. Ільченко. *Психологія і особистість*. К.-Полтава, 2020. № 2 (18). С. 96-111. – 0,6 д.а.(<https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.2.211915>;ISSN 2226-4078 (Print). ISSN 2410 - 3527 (Online))

### Розділ 3

## **АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ АПРОБАЦІЇ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ НА ОСНОВІ МЕТОДУ М. МЮРРЕЙ**

Розділ містить опис загальних засад реалізації формувального етапу дослідження, змістовних аспектів реалізації програми реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей. Представлено аналіз динаміки показників соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної складових сфер постнаркозалежної особистості дорослого віку протягом апробації розробленої програми.

### **3.1. Опис програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей**

Програма психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) ґрунтується на саморозкритті, самоаналізі, відвертому оповіданні про себе і свої почуття, довірі, вмінні приймати рішення, переорієнтації своїх цінностей і відданості справі позбавлення від залежності та дорослішання. Кваліфікований персонал Благодійної організації «ВИХІД Є!» отримав дозвіл на використання методу від автора – М. Л. Мюррей. Заняття проводилися згідно з узгодженим планом, за допомогою консультацій, індивідуальної та групової психокорекційної роботи, тренінгових занять за Методом Мюррей і співпрацею з групами взаємодопомоги Анонімних Співтовариств за «Програмою 12 кроків».

Комплексний метод Мюррей – психотерапевтичний метод становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків травм,



насилства, депривації спрямований на оптимізацію процесу особистісного зростання (Ільченко, 2011a; 2011b; 2019a; 2019d; 2019e; 2019f; 2020b; 2020c; 2021a; 2021b; 2021c; 2021d; Мюррей, 2011; Murray, 1991; 2012). Метод був розроблений американським психотерапевтом Мерілін Л. Мюррей у 1981 році, набув поширення в понад 45 країнах світу. «Здорова врівноважена особистість» – збалансована комбінація позитивних якостей «природної дитини» разом із сильними якостями «дитини, яка плаче» і «контролюючої дитини» (Мюррей, 2011).

Одним із ключових понять методу виступає «природна дитина». Вона має інтелект, таланти та обдарування, творчі здібності, для неї характерним є відчувати та виражати всі почуття. Під впливом негативних зовнішніх факторів, таких як травма, образа, зневага, хвороба тощо, цілісність «природної дитини» руйнується – з'являється «дитина, яка плаче». Болючі почуття, які відчувала «природна дитина» у ранньому віці, створили її «море болю», в якому накопичуються смуток, страх, злість, самотність, безпорадність, образа тощо, – саме ті почуття, що до того ж дитині не дозволяється виражати. Це могло відбуватися внаслідок сімейних, культурних, етнічних звичаїв, традицій, норм, правил, моралі. З часом невідреаговані емоції накопичуються в «морі болю», і якщо в тепер виникає подразник силою в 1, 2, 3 бали за 10-ти бальною шкалою, то людина реагує на нього неадекватно інтенсивно – на 8, 9, 10 балів.

Даний метод заснований на глибокому зануренні в «море болю» та його осушення в атмосфері любові та підтримки, знятті захисного механізму внаслідок роботи з образами, вияву, вербалізації негативних емоцій, аналізі травмуючих ситуацій, а також пошуку й розвитку особистих талантів, формуванні «здорової врівноваженої особистості», здатної співчувати, проявляти емпатію, захищати себе, не нашкодивши іншим, радіти життю. Основною одиницею аналізу тут виступає емоційне страждання.

Метод М. Мюррей можна застосовувати в індивідуальній роботі, але особливо він ефективний для групової терапії, зокрема, у роботі з сімейними

парами. В основі методу лежить синтез психологічних підходів: системного, емпіричного, когнітивного, поведінкового, психодинамічного, гуманістичного. Метод спрямований на терапію клієнтів, що пережили сексуальне, фізичне, емоційне або духовне насильство; зневагу та емоційну депривацію; проблеми в стосунках; проблеми залежності та співзалежності. Мерілін Мюррей дає терапевтичний інструмент для відновлення і одужання, який спонукає клієнта орієнтуватися на прийняття відповідальності за свій стан, а також спрямовує до зрілості та пошуку балансу особистісних сфер: фізичної, емоційної, інтелектуальної, соціальної та духовної (Мюррей, 2011; Murray, 1991; 2012).

Метод Мюррей виявив свою ефективність у терапії людей: що знаходяться в стресовому або пост-стресовому стані; страждаючих від різних страхів і фобій; страждаючих некерованим гнівом; що потребують відповідей на питання по вихованню дітей; що потребують опрацювання ефекту професійного вигорання; що мають проблеми залежностей (залежність від азартних ігор, наркоманії, алкоголізму, сексу, любовних стосунків, їжі, роботи, релігії тощо) та співзалежності; що пережили сексуальне, фізичне, емоційне або духовне насильство, зневагу та депривацію; що зіткнулися з серйозними психологічними і фізичними травмами (розлучення, зрада, війна, автокатастрофа, діагноз невиліковної хвороби, таких як ВІЛ, онкологічні захворювання тощо). Він корисний для: охочих поліпшити свою самооцінку; охочих зрозуміти сенс свого життя; охочих працювати з цілями життя; охочих навчитися розбиратися з конфліктами; охочих побудувати або поліпшити міжособистісні стосунки тощо.

У процесі реалізації комплексного психотерапевтичного методу М. Мюррей виокремлюються наступні етапи:

- здійснення попередньої діагностики та відбір учасників для тренінгової програми;

- оцінка стану та стилю життя учасників сьогодні, рівня потреби у психотерапевтичній допомозі;
- оцінка знань учасників щодо процесів особистісного зростання та роботи з травмою;
- реалізація тренінгової програми «Становлення здорової врівноваженої особистості»;
- проведення посттерапевтичної діагностики досліджуваних та оцінка ефективності програми.

Психологічна реадaptaції постнаркозалежних на основі методу Мюррей передбачає *4-ри рівні програми*:

- Рівень 1 – 40 годин, 5 днів;
- Рівень 2 – 80 годин, 10 днів;
- Рівень 3 – 40 годин, 5 днів;
- Рівень 4а – 40 годин, 5 днів;
- Рівень 4б – 40 годин, 5 днів.

Зазвичай, учаснику треба пройти всі 4 рівні програми – 30 днів (240 годин) протягом 12 місяців. Увесь цей час заняття, що проводяться в процесі реадaptaції, повинні сприяти усвідомленню та вирішенню учасником тих проблем, які виникають у постзалежних у післялікувальний період.

У таблиці 3.1.1. представлено змістовне наповнення розробленої корекційної програми та позначені основні методи, що використані на кожному етапі програми.

Структура тренінгової програми психологічної реадaptaції  
постнаркозалежних дорослих осіб

Тренінговий блок	Теми інформаційних занять	Мета даного блоку	Засоби тренінгового блоку
Рівень 1 (40 годин, 5 днів)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● «Концепція емоційного шоку»</li> <li>● «Баланс п'яти сфер життя особистості»: соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної.</li> <li>● «Види психологічних травм, насильства та депривації»</li> <li>● «Концепція особистості за методом Мюррей»</li> <li>● «Цегли виживання». Базові потреби для виживання дитини</li> <li>● Формування «Яйця травми» та «Дитини, яка плаче» (ДП).</li> <li>● Формування захисних механізмів. Контролююча дитина (КД).</li> <li>● Формування «Розгніваної бунтівної дитини» (РБД) та «Впертої егоїстичної дитини» (ВЕД). РБД – це відкрита агресія, а ВЕД – це пасивна</li> </ul>	<p>Відкриття «Природної дитини» та концепція побудови здорової врівноваженої особистості (ЗВО) за методом Мюррей.</p> <p>Мета тренінгу – бути ЗВО.</p> <p>Для цього потрібно відкрити у собі Природну Дитину, взяти позитивні риси від Дитини яка плаче та</p>	<p>Вербалізація болісних почуттів, залишені після неопрацьованих травм.</p> <p>Виконання письмових завдань для формування нових нейронних зв'язків та побудови здорової системи цінностей.</p> <p>Відпрацювання письмових завдань в парах та групах з тренером, групова та індивідуальна психотерапія.</p> <p>Інформаційні заняття,</p>

	<p>агресія. Ці образи об'єднують негативні риси ДП, КД та ПД, і їх не повинно бути у ЗВО.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● «Трикутник Стівена Карпмана» (жертва – переслідувач – рятівник) та «Фільтр любові й поваги». Як не потрапити до «Трикутника» і залишатися у «Фільтрі любові й поваги».</li> <li>● «Межі особистості». Визначення, загальні поняття, вміння вибудовувати здорові кордони.</li> <li>● «Проживання почуттів та здорове їх вираження».</li> <li>● «Кола близькості, відповідальності та впливу». Як вибудовувати пріоритети.</li> <li>● Відкриття та розвиток «Природної дитини» (ПД) та формування здорової врівноваженої особистості (ЗВО).</li> </ul>	<p>Контролюючо ї дитини та збалансувати особистість.</p>	<p>інтерактивні бесіди, практичні завдання, тренінгові вправи, групи підтримки. Завдання на ранжування: виконати завдання, розставити всіх людей, себе, Бога, діяльність, хобі, тварин, залежності, служіння, роботу та ін. у вигляді пріоритетів.</p>
<p>Рівень 2 (80 годин, 10 днів)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Високі вимоги до себе та до інших людей. Як перемогти перфекціонізм.</li> <li>● «Співзалежність». Як впоратися зі співзалежністю.</li> </ul>	<p>Формування почуття власної гідності незалежно від</p>	<p>Метод вербалізації переживань, використання елементів арт-</p>

	<p>Причина, наслідки, рішення.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● «Ціна одужання і ціна хвороби». Що отримуєте і що втрачаєте Ви, перебуваючи в стані «героя», «жертви», «кривдника», «здорової врівноваженою особистості».</li> <li>● Як приймати рішення, аналізувати поведінку, позбутися від РБД і ВЕД. Докладний розбір плюсів і мінусів «дітей».</li> <li>● «Як розібратися з почуттями», щоб не допускати втрати контролю над ними.</li> <li>● «Коло безпеки». Як здоровим способом висловлювати гнів і не входити в пасивну і активну агресію.</li> <li>● «Море болю». Як минулі неопрацьовані почуття впливають на поведінку сьогоднішнього дня. Як припинити притягувати з минулого болісні почуття та жити «тут і зараз», реагуючи адекватно ситуації.</li> <li>● «Ощення». Як пробачити і убезпечити особистість від її власних вчинків.</li> </ul>	<p>того, що негативного робили учасникові люди, або що саморуйнівно го учасник робив власноруч; позбавлення від дисфункцій, що заважали жити повноцінним життям у постзалежний період, та формування відповідально го ставлення до власного життя та потреб.</p>	<p>терапії (символічного позначення травми). Виконання письмових завдань для формування нових нейронних зв'язків та побудови здорової системи цінностей. Відпрацювання письмових завдань в парах та групах з тренером, групова та індивідуальна психотерапія. Інформаційні заняття, інтерактивні бесіди, практичні завдання, тренінгові вправи, групи підтримки. Техніки ранжування: виконати</p>
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Сексуальна залежність. Рівні залежності, лікування та профілактика.</li> <li>● Сексуальне та інше насильство. Визначення і наслідки.</li> <li>● «Система цінностей». Що керує людиною. Як пов'язана система цінностей із поведінкою людини.</li> <li>● «Нарцисизм» – вищий ступінь егоцентризму у батьків і дітей. Аналіз себе та опрацювання знайдених у собі проявів, рис нарцисизму.</li> <li>● «Межі». Як залишитися особистістю зі своїми переконаннями і водночас, щоб не постраждали люди, як не давати себе образити і вміти сказати «ні».</li> <li>● «Запрошення до близькості». Причини конфліктів та способи їх вирішення між будь-якими людьми.</li> <li>● «Коріння співзалежної поведінки». Як «покинутість» у минулому впливає на страх бути покинутим у теперішньому, та</li> </ul>	<p>завдання з виявлення цінностей та поведінки, яка не відповідає їм.</p> <p>Техніка роботи з тригерами: наприклад, виконати завдання з аналізу почуттів у «яйці травми», та виявлення чотирьох основних кнопок, які запускають або можуть запустити дисфункційну поведінку.</p>
--	---	--

	<p>вихід у зрілу поведінку.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● «Платівки». Переконавання, що заважають дорослішанню, одужанню. Зміна переконань на підсвідомому рівні.</li> <li>● Як говорить кожна «Дитина». Вчимося розпізнавати їх «голос» для того, щоб бути ЗВО.</li> <li>● Кнопки-тригери РБД, ВЕД, залежного, співзалежних, дисфункційної поведінки.</li> <li>● «Здорові та нездорові системи». Сім'я, робота, школа, церква, держава та ін. Наскільки здорові системи, в яких існує учасник програми. Виявити дисфункцію.</li> <li>● Як бути мудрим і зрілим. Визначення та відповідальність.</li> </ul>		
<p>Рівень 3 (40 годин, 5 днів)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● «Прогноз успішності реадaptaції». Як можна спрогнозувати особисті або чийсь позитивні зміни в процесі реадaptaції.</li> <li>● «Чинники успішної реадaptaції». Зовнішні та внутрішні чинники, що сприяють процесу реадaptaції учасника програми.</li> </ul>	<p>Відтворення бачення та відчуття цілісності свого життя, на раціональному та емоційальному рівнях.</p>	<p>Метод вербалізації переживань. Виконання письмових завдань для формування нових нейронних зв'язків та побудови</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>● «Потреби». Які відповідні потреби є в учасника програми як у дорослої людини не тільки для виживання, а й для отримання повного задоволення й щастя в житті.</li> <li>● Аналіз, чому людина залишається в нездоровій системі. Причини та наслідки.</li> <li>● «Шляхи. Причини і альтернативи залежностям та іншій дисфункційній поведінці».</li> <li>● Як допомагають позитивні й заважають помилкові цінності у взаєминах, і як їх корегувати.</li> <li>● Докладне вивчення взаємовідносин.</li> <li>● «Час приймати рішення». Різні варіанти (в залежності від обставин) прийняття рішень для учасників, якщо вони перебувають у нездорових системах або хворих відносинах. Аналіз та прийняття рішення.</li> <li>● «Як розбиратися з конфліктами».</li> <li>● «Реакція на страх».</li> </ul>	<p>Усвідомлення стану та реалізації «тут і тепер» в контексті цілісного бачення всього свого життя.</p> <p>Усвідомлення свободи вибору, незалежності та здатності проактивного формування свого власного життя.</p>	<p>здорової системи цінностей.</p> <p>Відпрацювання письмових завдань в парах та групах з тренером, групова та індивідуальна психотерапія.</p> <p>Інформаційні заняття, інтерактивні бесіди, практичні завдання, тренінгові вправи, групи підтримки.</p> <p>Метод терапевтичних метафор (робота із символічними зображеннями ґрунтів дисфункцій; використовуючи метафори різних тварин розробляються копінг-стратегії).</p>
--	--	---	---

Рівень 4а (40 годин, 5 днів)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Формула життя. Формула для виявлення сили власного Его через глибинний аналіз позитивних та негативних впливів різних «систем» (сім'я, держава, церква, школа, робота, друзі, мас-медіа та ін.) на прашурів, аналіз життя прашурів, та які нездорові риси та руйнівна поведінка дісталися учаснику від них.</li> </ul>	Побудова нового, здорового кола	Метод вербалізації переживань.
Рівень 4б (40 годин, 5 днів)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● «Маскування». Як приховували свої погляди, думки, почуття прашури, щоб вижити у нездоровій системі сім'ї та країни.</li> <li>● Аналіз як ДП, КД та ПД брали участь у формуванні залежності від наркотиків та ін.</li> <li>● Вживання українців як нації та кожного з прашурів окремо. Як нездорова система держави, голод, війни, час перебудови, сталінські переслідування, закритість Радянського Союзу, комунізм загрожували життю роду учасників програми, та яка якість роду учасників дійшла до теперішнього часу.</li> </ul>	взаємовідносин та напрацювання навичок вирішувати конфлікти.	Виконання письмових завдань для формування нових нейронних зв'язків та побудови
		Знаходження себе, становлення та самореалізація особистості у соціумі.	здорової системи цінностей. Відпрацювання письмових завдань в парах та групах з тренером, групова та індивідуальна психотерапія.
			Інформаційні заняття, інтерактивні бесіди, практичні завдання, тренінгові вправи, групи підтримки. Вправи на самоаналіз. Завдання на самоаналіз

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Щасливі та негативні спогади з дитинства щодо впливу культури та життя в різні етапи становлення незалежної України: в Радянському Союзі, під час перебудови М. Горбачова, в Україні 90-х років, та в Україні III-го тисячоліття, в залежності від того, на яких етапах проходило дитинство учасника.</li> <li>● Любов до себе, позитивне мислення з урахуванням визнання і не заперечення існування болю в житті.</li> <li>● «Почуття власної гідності». Як руйнували або підтримували його різні системи.</li> <li>● «Подяка впливовим людям за життя». Прийняття свого життя таким, яким воно є, та отримання потенціалу для розвитку та зростання.</li> <li>● Вплив пращурів, систем, в яких вони жили, на організацію нашого способу життя та подолання негативних наслідків через формування почуття власної гідності.</li> </ul>		ретроспективного життєвого досвіду.
--	--	--	-------------------------------------

Програма тренінгу реадaptaції постзалежних передбачає їх активну участь у інтерактивних психотерапевтичних бесідах та готовність виконати **комплекс завдань на 4-ох рівнях програми** за наступною тематикою.

Рівень 1. Відкриття «природної дитини» та концепція побудови здорової врівноваженої особистості.

Рівень 2. Формування почуття власної гідності незалежно від того, що негативного робили учасникові люди, або що саморуйнівного учасник робив власноруч; позбавлення від дисфункцій, що заважали жити повноцінним життям у постзалежний період, та формування відповідального ставлення до власного життя та потреб.

Рівень 3. Побудова нового, здорового кола взаємовідносин та напрацювання навичок вирішувати конфлікти. Знаходження себе, становлення та самореалізація особистості у соціумі.

Рівень 4. Вплив пращурів, систем, в яких вони жили, на організацію нашого способу життя та подолання негативних наслідків через формування почуття власної гідності.

Докладний опис програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) подано у додатку А.6.

Формувальна сесія експериментального дослідження реадaptaції постнаркозалежних осіб методом М. Мюррей передбачала проведення тренінгових занять із учасниками тривалістю 30 днів (240 годин) протягом 12 місяців (4-ри сесії по 7-8 днів). У ході формувального експерименту за методом становлення здорової врівноваженої особистості через подолання травм, насильства і депривації М. Мюррей було реалізовано чотири його рівні:

(1) відкриття «Природної дитини» та опанування концепції побудови здорової врівноваженої особистості;

(2) формування почуття власної гідності; позбавлення від дисфункцій та формування відповідального ставлення до власного життя і потреб;

(3) побудова нового, здорового кола взаємовідносин та напрацювання навичок вирішення конфліктів; знаходження себе, становлення та самореалізація особистості у соціумі;

(4) вплив пращурів, систем, в яких вони жили, на становлення сучасного способу життя, подолання негативних рис, формування власної гідності.

В апробації даної програми взяли участь 60 постзалежних осіб, що були обрані із групи 120 дорослих постнаркозалежних осіб методом рандомного вибору, які пройшли 4 рівні даної програми. Такий метод вибору досліджуваних до експериментальної групи дав можливість забезпечити її максимальну репрезентативність – спроможність відображати тенденції та якості генеральної сукупності – постнаркозалежних осіб. За умови формування експериментальної групи за певними критеріями (наприклад, рівнем адаптації чи іншого показника, тощо) репрезентативність експериментальної групи була б зменшена з огляду на наявність тенденції за якою досліджувані були б угруповані. Термін ремісії представників експериментальної групи варіюється від 6 місяців до 12 років.

Решта 60 осіб склала контрольну групу, яка не брала участі в формувальній серії дослідження.

Процедура формувальної сесії експериментального дослідження передбачала проведення діагностики після проходження кожного з 4 етапів програми та діагностику показників за тими ж методиками в контрольній групі. Використання контрольної групи було необхідним з огляду на необхідність оцінки саме корекційних впливів у формуванні нового рівня показників експериментальної групи, тобто, контролю впливу побічних змінних на процес реадaptaції постнаркозалежних.

Проведення формувального дослідження тривало з 2018 по 2020 роки; підсумкова діагностика проведена в 2020 році.

Проаналізуємо показники реадaptaції постнаркозалежних на етапах формувального дослідження, що розглядаються у контексті виділених нами сфер реадaptaції постнаркозалежної особистості – фізичної, емоційної,

когнітивної, соціальної та духовної. Такі показники виявлено за підсумками проведення методик дослідження негативного дитячого досвіду (ACE; за В. Фелітті, Р. Андом), Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R; за Л. Дерогатисом), «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою), Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд) та Методика «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним). Кількісні дані за всіма методиками представлені в таблицях В.1, В.4, В.7, В.10, В.11 у додатку В.

Для оцінки статистичної значущості отриманих результатів застосовано *t*-критерій Стьюдента (Чуб, 2014, с. 57-62), обробка здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS 21.0 for Windows. Результати статистичного аналізу див.у таблицях В.2-3, В.5-6, В.8-9, В.12-13 додатку В.

Для унаочнення і порівняння отриманих результатів кількісні дані були переведені у відсотки і побудовані гістограми, які наведені нижче.

Емпіричне дослідження та формувальна серія проведені на базі Благодійної організації «Вихід Є!» (м. Полтава).

Нижче представлено та проаналізовано результати дослідження динаміки реадаптації за соматико-фізіологічною, емоційною, регуляторно-когнітивною, соціальною та духовно-рефлексивною сферами особистості постнаркозалежних дорослих у ході формувальної серії за методом М. Мюррей. Дається порівняльний статистичний аналіз результатів 1-4 етапів корекційної програми експериментальної та контрольної груп.

### **3.2. Аналіз показників ефективності апробації програми психологічної реадаптації постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей**

Ефективність проведеного формувального дослідження оцінена нами у відповідності до визначених сфер реадаптації постнаркозалежної особистості – соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та

духовно-рефлексивної. Тестування учасників формувального експерименту проводилося після проходження кожного з 4 етапів реалізації програми та співставлялися із даними контрольної групи, що не зазнавала корекційних впливів.

Тож, розглянемо особливості динаміки соматико-фізіологічної сфери реадaptaції постнаркозалежних, що визначено за методиками «Симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R) (Symptom CHECK LIST-90-REVISED)» (за Л. Дерогатисом; див. табл. В1-3, додаток В) та шкалою «психофізіологія» методики «Духовний потенціал особистості - 2» (за Е. Помиткіним; див. табл. В11-13, додаток В), та подано на рис. 3.2.1.

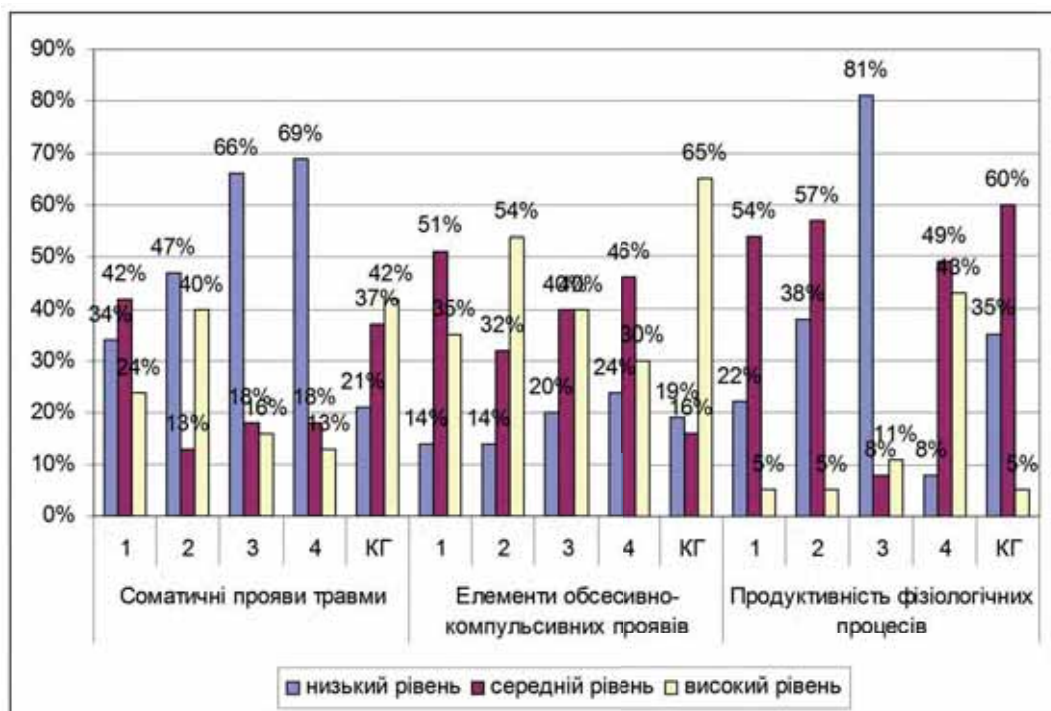


Рис. 3.2.1. Динаміка показників соматично-фізіологічної сфери реадaptaції постнаркозалежних протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як свідчать дані рис. 3.2.1., зафіксовано позитивну динаміку соматично-фізіологічного компоненту реадaptaції протягом формувального експерименту, хоча різні показники даної сфери мають різні тенденції зміни за результатами дослідження. Зокрема, показник проявів травматичного досвіду в соматичній сфері та ознак obsесивно-компульсивних проявів на початку реалізації

програми наростає, порівняно з вихідною групою, на другому етапі, спостерігається значне підвищення даних показників, а на 3 і 4 етапі нами зафіксоване суттєве їх зменшення навіть нижче показника першого етапу реалізації програми. Натомість, показник продуктивного психофізіологічного функціонування, навпаки, після підвищення на 1 етапі програми, далі (на 2 і 3 її етапах) знижується і досягає максимального піку вираження на останньому етапі формувального експерименту. Відповідні показники статистичної значущості подано в додатку В (таблиці В.2-3, В.12-13).

Зокрема, виявлено, що показник вираження травм в сфері соматичного суттєво покращується між 2 і 3 ( $t=2,2$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=2,39$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=2,34$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 і 4 ( $t=2,5$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами при його відносній стабільності за порівнянням 1 і 2 ( $t=1,23$ ), 1 і 3 ( $t=1,86$ ) етапів програми. Водночас, порівняно з контрольною групою, показник соматичних проявів травми і адикції суттєво знижується на 1 ( $t=2,96$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=4,02$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=4,15$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапах програми, а на другому ( $t=1,13$ ) не має відмінностей від даних групи контролю.

Зміни за показником елементів obsесивно-компульсивних проявів відображають не настільки виражену динаміку. Зокрема, статистично значущі відмінності зафіксовано між 3 і 4 ( $t=3,08$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами реалізації програми, хоча відмінності, порівняно з контрольною групою, зафіксовано після 1 ( $t=4,7504$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=3,46$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=4,03$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапів.

Отже, можемо підсумувати, що як соматичні прояви травматизації і адикції, так і показник елементів obsесивно-компульсивних проявів протягом формувального експерименту суттєво знижуються, хоча і набувають вираженого значення на другому етапі реалізації програми. Скоріше за все, після першочергового покращення фізіологічних показників на першому етапі програми, досліджувані стають більш зацікавленими у своєму фізіологічному функціонуванні, краще диференціюють свої соматичні прояви у сфері психічного, що власне і виражається в таких діагностичних показниках. Тобто, підвищення соматичних проявів травматизації і адикції, та показника елементів obsесивно-компульсивних проявів на другому етапі реалізації



програми ми розцінюємо не як погіршення фізичного функціонування учасників програми, а як результат підвищення рівня їх рефлексії, уважності до свого фізичного та психічного функціонування. На подальших же етапах реалізації програми ці показники суттєво знижуються, що виступає результатом успішного проходження процесу реадптації в межах корекційної роботи постнаркозалежних.

Позитивна динаміка показника соматично-фізіологічного функціонування постнаркозалежних доводиться переважанням значень, порівняно з контрольною групою, після першого ( $t=3,04$ ,  $p\leq 0,01$ ) і четвертого ( $t=5,261$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапів реалізації програми. Дані за цією шкалою після другого ( $t=0,732$ ) і третього ( $t=1,193$ ) етапів не мають суттєвих відмінностей від даних контрольної групи, що доводить їх суттєве зниження протягом проходження цих етапів корекційної програми. Спостерігається також значуща динаміка за цією шкалою в межах дослідження експериментальної групи. Так, суттєві зрушення за показником оптимального фізіологічного функціонування зафіксовано між 1 і 2 ( $t=3,3$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=5,52$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 3 ( $t=3,32$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=2,87$ ,  $p\leq 0,01$ ) та 2 і 4 ( $t=5,32$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами програми.

Тобто, загальна логіка покращення показника оптимального фізіологічного функціонування в процесі формувального експерименту передбачає його початкове підвищення на першому етапі програми, коли досліджувані замислюються над власним фізіологічним функціонуванням, повному сприймають власне тіло після припинення вживання. На 2 і 3 етапах, імовірно, зниження показника оптимального фізіологічного функціонування пояснюється пильною увагою респондентів до свого фізичного стану, детального його аналізу, знаходження певних ознак порушення функціонування. В процесі формувального експерименту вони аналізують свої психофізіологічні прояви, тілесні симптоми подолання адиктивної поведінки. У даному випадку їх оцінка свого психофізіологічного функціонування наближається до оцінки представників контрольної групи, але це виступає необхідним етапом корекційної роботи, коли учасники мають усвідомити

власні фізіологічні, проблеми, обмеження, труднощі з метою їх подальшого усунення. Саме це і реалізується на четвертому етапі програми, коли показник за шкалою оптимального фізіологічного функціонування досягає максимуму, що свідчить про ефективність програми в соматично-фізіологічній сфері.

Отже, нами зафіксовано позитивну динаміку соматично-фізіологічної сфери реадaptaції постнаркозалежних, що виражається у зниженні показників соматичних проявів травми і даикції, obsесивно-компульсивних проявів.

Вагомим аспектом реадaptaції постнаркозалежних виступає емоційне реагування на відміну процесу вживання психоактивних речовин та побудова нового життєвого середовища. Емоційна сфера постнаркозалежних, як зауважено за результатами констатувального дослідження, достатньо вразлива та дисгармонійна, характеризується проявами тривоги, депресії та труднощів переживання дистресу в нових умовах. Саме в негативних емоційних реакціях найбільшою мірою проявляється складне становище постнаркозалежних на початку та протягом ремісії. Тож, розглянемо показники динаміки симптоматики емоційної сфери постнаркозалежних протягом формувальної серії експерименту (див. табл. В.1, дод. В), що подано на рис. 3.2.2. та 3.2.3.

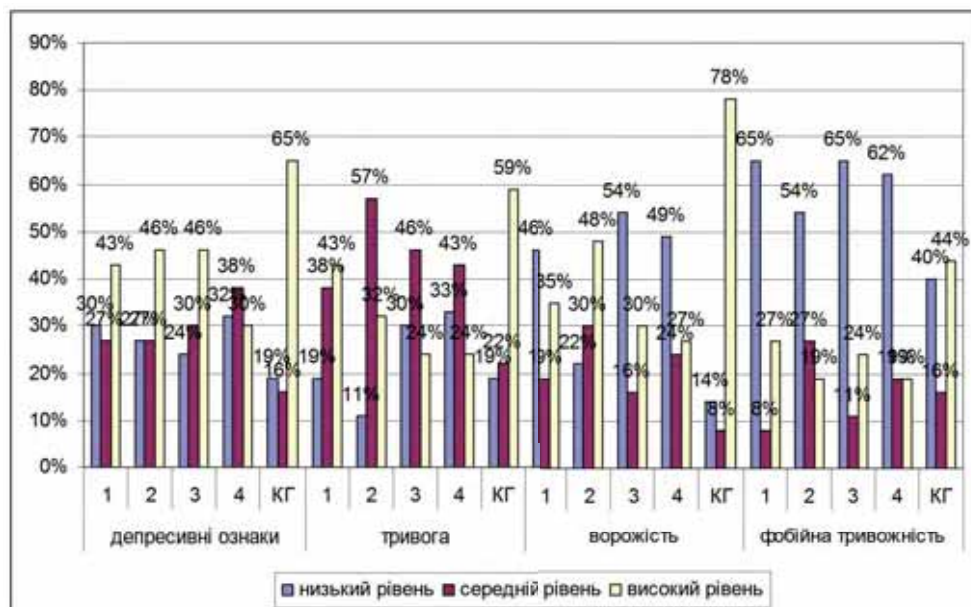


Рис. 3.2.2. Динаміка показників емоційної сфери реадaptaції постнаркозалежних протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як бачимо на рис. 3.2.2., протягом формувального етапу експерименту більшість показників емоційної симптоматики значно зменшується за рівнем вираженості. Зокрема, нами зафіксовано суттєве зменшення показників середніх значень за шкалами депресивних ознак, тривоги, ворожості, тяжкості переживання стану дистресу. Відносно показників фобійної тривожності, параноїальних тенденцій можемо зауважити, що спостерігається зменшення їх вираженості, проте не є суттєвим, імовірно, виходячи з низької вираженості даних компонентів навіть на констатувальному етапі експерименту серед постнаркозалежних (див. табл. В.1, додаток В), що подано на рис. 3.2.3.

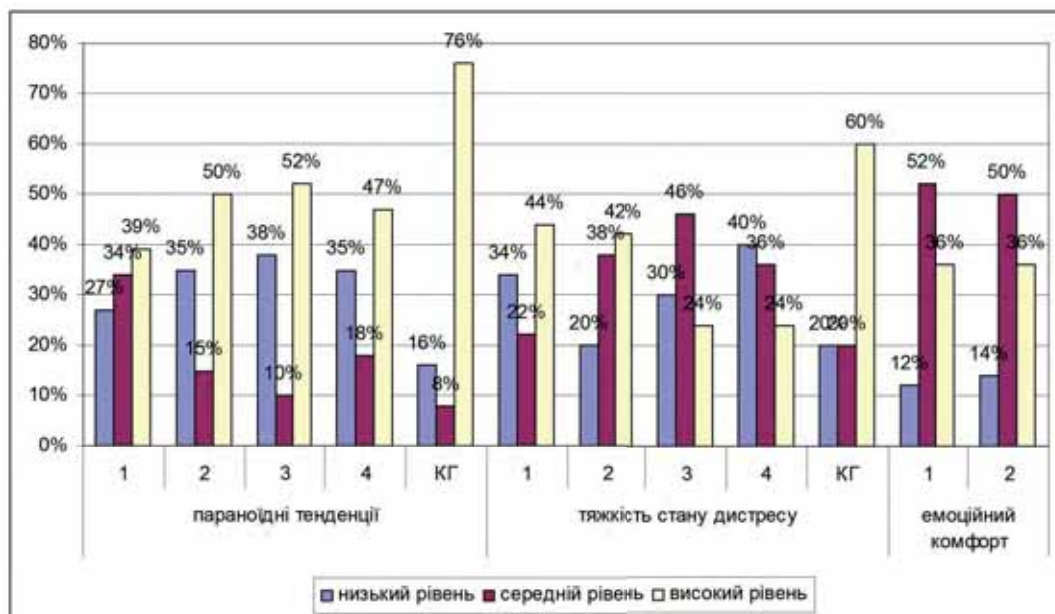


Рис. 3.2.3. Динаміка показників параноїальних тенденцій, тяжкості стану дистресу та емоційного комфорту як аспектів емоційної сфери реадaptaції постнаркозалежних протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як видно з рис. 3.2.3., виявлена динаміка показників емоційної симптоматики зменшення показника тяжкості переживання дистресу, зменшення параноїальних тенденцій та деяке покращення емоційного комфорту постнаркозалежних загалом. За даними параметрами зафіксовано суттєві відмінності із показниками контрольної групи.

Нами зафіксовані неоднорідні показники динаміки емоційних проявів постнаркозалежних у процесі реабілітації. Для зручності аналізу отриманих даних нами проведена якісна оцінка показників статистичної значущості показників емоційної симптоматики досліджуваних на різних етапах реалізації програми разом із показниками відмінностей із контрольною групою, адже статистичну цінність мають як відмінності прояву ознаки на різних етапах формувального експерименту, так і якісний ступінь відмінності ознаки в ході формувальних впливів від даних контрольної групи, що дає змогу аналізувати віддалення показників експериментальної групи від показників групи контролю (таблиці В.2-3, В.12-13 додатку В).

Аналізуючи дані відсоткових значень та статистичної значущості за цими параметрами, нами виявлено дві стратегії зміни показників емоційної сфери постнаркозалежних у процесі реалізації програми.

Зокрема, показники тривоги мають різке зниження вираженості на першому етапі програми, порівняно з даними контрольної групи ( $t=2,79$ ,  $p\leq 0,01$ ), із поступовим зниженням показників на подальших етапах формувального експерименту. Поступовість цього зниження доводиться відсутністю статистично значущих показників за порівнянням вираженості тривоги на різних етапах програми. За такими показниками можуть спостерігатися деякі підвищення показника на різних етапах програми, що обумовлено, з одного боку, закономірностями тренінгової роботи (коли певні аспекти психічного під час корекції накопичуються, а потім стрибкоподібно знижуються). Хоча така логіка не передбачає поступового зниження негативних показників емоційної сфери. У даному випадку динаміка має стрибкоподібний характер.

Тобто, на початку формувального дослідження постнаркозалежні мають істотне зниження показників тривожності, вираженості негативних емоцій у тілесній сфері, що відрізняє їх від представників контрольної групи та вихідної групи. Маючи такий результат вже на початку проходження програми їх адаптаційний потенціал покращується, формуються навички

реадаптації в соціальному середовищі та житті загалом. Протягом подальших етапів реалізації програми ці досліджувані мають виражену та статистично доведену динаміку покращення цих показників емоційної сфери. Тобто, до моменту закінчення програми досліджувані ще більшою мірою позбуваються проявів тривоги та виходу симптоматики у сферу тілесного за рахунок розвитку навичок саморегуляції та формування якісно нового рівня емоційного реагування на життєві події.

Розвиток відповідних навичок виражається у зменшенні почуття тривоги, що до початку реалізації програми було обумовлене відмовою від вживання та життєвою дезорієнтацією досліджуваних. Їх соматична сфера активно реагувала на життєві події, проявляючи сформований раніше патерн реагування виходу проблем у сферу соматичного. Натомість, проходження програми дає їм можливість більш успішно функціонувати. Такі показники мають яскраво виражену динаміку в процесі формувального пливу і є ключовими сферами, яких стосується запропонована програма.

Показники депресивних проявів, ворожості, тяжкості дистресу, фобійної тривожності та параноїальних тенденцій мають іншу динаміку. Зокрема, за даними показниками спостерігається різке зниження рівня вираженості ознаки на першому етапі програми, проте в подальшому, в ході формувального дослідження, вираженість даної якості суттєво не знижується, хоча також можуть спостерігатися певні підвищення чи зниження вираженості ознаки.

Особливість стабільності цих даних після зниження на першому етапі програми доводиться майже повною відсутністю статистично значущих відмінностей між рівнями ознаки після різних етапів. Зокрема, зафіксовано статистично значущі різниці між вираженістю депресивних проявів між 3 і 4 ( $t=2,26$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами; тяжкості стану дистресу між 2 і 3 ( $t=3,46$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=4,45$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 3 ( $t=3,36$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 і 4 етапами ( $t=2,26$ ,  $p\leq 0,05$ ). За показниками фобійної тривожності та параноїчних тенденцій між різними етапами реалізації програми статистично значущі відмінності відсутні. Разом

із тим, ці показники суттєво відрізняються від даних контрольної групи. Так, тривожність постнаркозалежних відрізняється від контрольної групи на 1 ( $t=2,79$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=3,5$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=3,68$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапах програми; ворожість – також на 1 ( $t=4,24$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=4,9$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=5,24$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапах; фобійна тривожність – на 2 ( $t=2,4$ ,  $p\leq 0,05$ ), 3 ( $t=2,4$ ,  $p\leq 0,05$ ) і 4 ( $t=2,56$ ,  $p\leq 0,05$ ) етапах; параноїдні тенденції – на всіх етапах: 1 ( $t=3$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 ( $t=3,27$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=4,04$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=4,72$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапах програми.

Такі показники можемо узагальнити як характеристики постнаркозалежних, що одноразово зменшуються з початком формувального впливу. Сам початок корекційної роботи призводить до стрімкого пониження цих показників, проте це і є тим рівнем, який можливо досягнути у вираженості даних якостей за допомогою даної програми. Тобто, з початком формувального впливу прояви депресії, ворожості, тяжкості дистресу, фобійної тривожності та параноїдальних тенденцій як виражених афективних реакцій знижуються. Проте, подальша формувальна робота не вносить суттєвих корективів у вираженість цих якостей, що виражається у відсутності змін між рівнями програми. Суть такої динаміки обумовлена характером самих параметрів. Якщо параметри другої групи відображають яскраво виражені афективні реакції постнаркозалежної особистості на життєві проблеми і одноразово знижуючись, більше не зменшуються в формувальних впливах. То показники першої групи якостей менш бурхливі, більше розтягнуті у часі і мають більш глибинний характер. Відповідно, вони зменшуються не лише на початку формувальної роботи, але і протягом проходження різних її етапів.

Стосовно певних елементів підвищення показників протягом формувальної роботи, то ми пояснюємо це, з одного боку, як закономірний процес психокорекції, коли на різних етапах роботи учасники змінюють своє ставлення до різних аспектів психічного. Може спостерігатися підвищення, наприклад, тривожності, внаслідок різкого усвідомлення неможливості досягти поставлених цілей, хоча рівень даної якості вже був знижений на

початку формувального впливу. По друге, таку тенденцію можемо пояснити деяким звиканням досліджуваних до діагностичного інструментарію.

Разом із тим, показник емоційного комфорту протягом проходження програми після підвищення на початку формувального експерименту на 2 і 3 етапах знижується, наближується до даних контрольної групи. Суттєві зрушення емоційного комфорту спостерігаються лише на 4 етапі програми. Така тенденція виражається і в показниках статистичної значущості за виявом даної ознаки (Таблиці В.5 та В.6 додатку В). Зокрема, суттєві відмінності на рівні емоційного комфорту спостерігаються між 3 і 4 ( $t=3,65$ ,  $p\leq 0,01$ ) та 1 і 3 ( $t=3,9$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами програми. Статистична значущість відмінностей емоційного комфорту від контрольної групи спостерігається лише після 4 етапу програми ( $t=2,47$ ,  $p\leq 0,05$ ). Між показниками емоційного комфорту за підсумком проходження інших рівнів реалізації програми та з контрольною групою статистично значущі відмінності відсутні, що доводить поступовість таких змін та складність процесу реадaptaції для постнаркозалежних – адже, не всі показники протягом реадaptaції одночасно покращуються, а сам процес реадaptaції достатньо складний і стадійний. Тобто, емоційний комфорт спочатку підвищується, потім, внаслідок розвитку рефлексивних навичок, переоцінки цінностей і життєвих цілей постнаркозалежних протягом тренінгу знижується. Повною мірою усвідомлюючи своє положення та всю сукупність труднощів, що перед ними виникли, наркозалежні почувають емоційний дискомфорт. Під кінець реалізації програми вони набувають ознак емоційного комфорту, їх емоційні прояви гармонізуються, а реакції стають менш лабільними і бурхливими.

Отже, показники емоційної симптоматики мають виражену позитивну динаміку протягом апробації програми, що має статистично доведені відмінності із виявом параметрів контрольної групи і засвідчує ефективність запропонованої формувальної програми.

Спроможність до когнітивної оцінки обставин життя, свого стану, усвідомлення перспектив подальшого життя, регуляції власних психічних

станів та цілеспрямованої організації поведінки виступає вагомим компонентом реадптації постнаркозалежної особистості в процесі відновлення життєвого функціонування. Особлива роль даної якості пояснюється, по перше, суттєвими змінами, що відбуваються в когнітивній сфері у процесі вживання психоактивних речовин, по друге, необхідністю особистості в період ремісії адекватно формулювати життєві цілі, обдумувати результативність свого життя, організувати власну діяльність, спрямовану на їх досягнення, тощо. Тож, розглянемо динаміку когнітивної сфери реадптації (див. табл. В4-6, В11-13, додаток В), що подано на рис. 3.2.4.

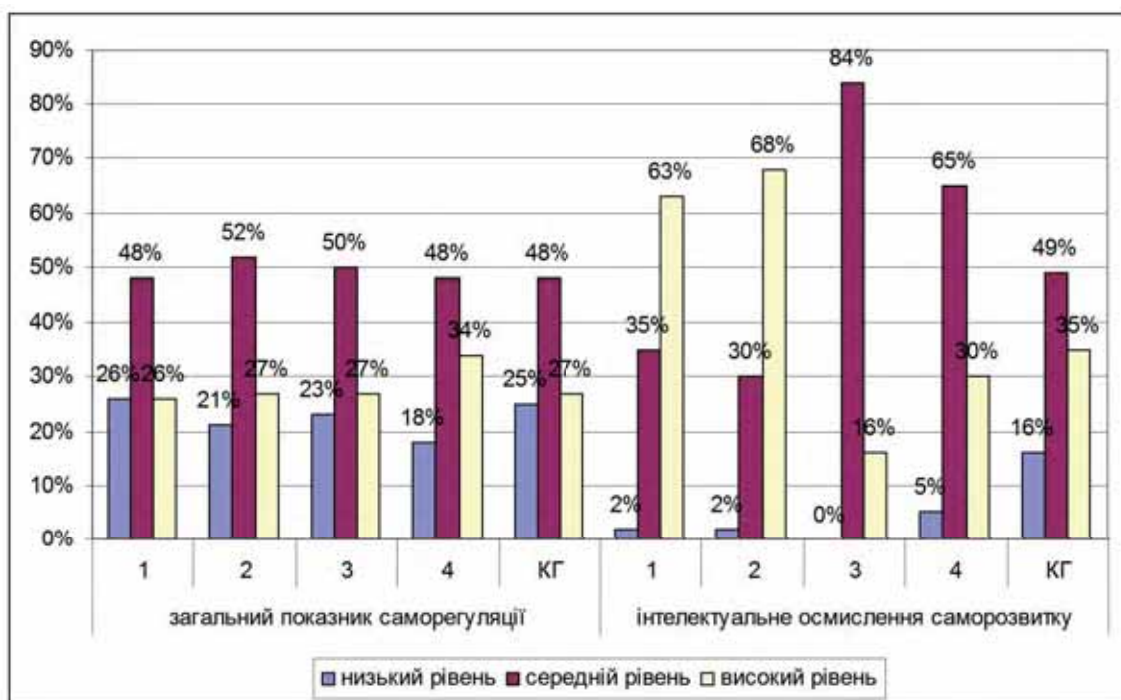


Рис. 3.2.4. Динаміка інтегральних показників регуляторно-когнітивної сфери постнаркозалежних в процесі реадптації протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як свідчать дані рис. 3.2.4., нами зафіксовано підвищення показників інтелектуального осмислення саморозвитку та саморегуляції постнаркозалежних протягом реабілітації, проте ці зміни реалізуються за різними стратегіями. Якщо показник саморегуляції поступово підвищується за рівнями проходження програми (спочатку наростаючи, а на 2 і 3 рівнях перебуваючи на одному рівні), то показник інтелекту після початкового підвищення на 2 і 3 етапах знижується, а потім знову підвищується. Так,



показник саморегуляції підвищується між 1 і 2 етапом ( $t=6,67$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=2,77$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 3 ( $t=6,28$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=8,28$ ,  $p\leq 0,01$ ), що доводить його поступову динаміку. Натомість, гіперболоподібну динаміку інтелекту протягом реалізації програми доводять статистичні відмінності між 2 і 3 ( $t=4,49$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=2,47$ ,  $p\leq 0,05$ ), 1 і 3 ( $t=3,8$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=2,52$ ,  $p\leq 0,05$ ), 2 і 4 ( $t=2,47$ ,  $p\leq 0,05$ ) етапом програми.

Причому, дані за показниками саморегуляції і інтелектуального осмислення саморозвитку вищі, ніж в контрольній групі. Зокрема, показник саморегуляції вищий, ніж в контрольній групі на 1 ( $t=2,31$ ,  $p\leq 0,05$ ), 2 ( $t=3,32$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=2,33$ ,  $p\leq 0,05$ ) і 4 ( $t=3,73$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнях реалізації програми. Натомість, показник осмислення саморозвитку має суттєві відмінності порівняно з контрольною групою лише на першому ( $t=4,22$ ,  $p\leq 0,01$ ) і другому ( $t=3,42$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапах реалізації програми, при їх відсутності на третьому ( $t=0,158$ ) і четвертому ( $t=1,11$ ) щаблях реалізації програми реадaptaції.

Тобто, протягом реалізації програми реадaptaції досліджувані розвивають свої саморегуляторні уміння та покращують показник інтелектуальної діяльності, який, однак, має більші виражену динаміку на початку корекційної роботи, а на 3-4 етапах відрізняється від контрольної групи мінімізацією учасників із низьким рівнем.

Розглянемо особливості динаміки конкретних показників саморегулятивних умінь постнаркозалежних у процесі реабілітації (див. табл. В4, додаток В), що подано на рис. 3.2.5.

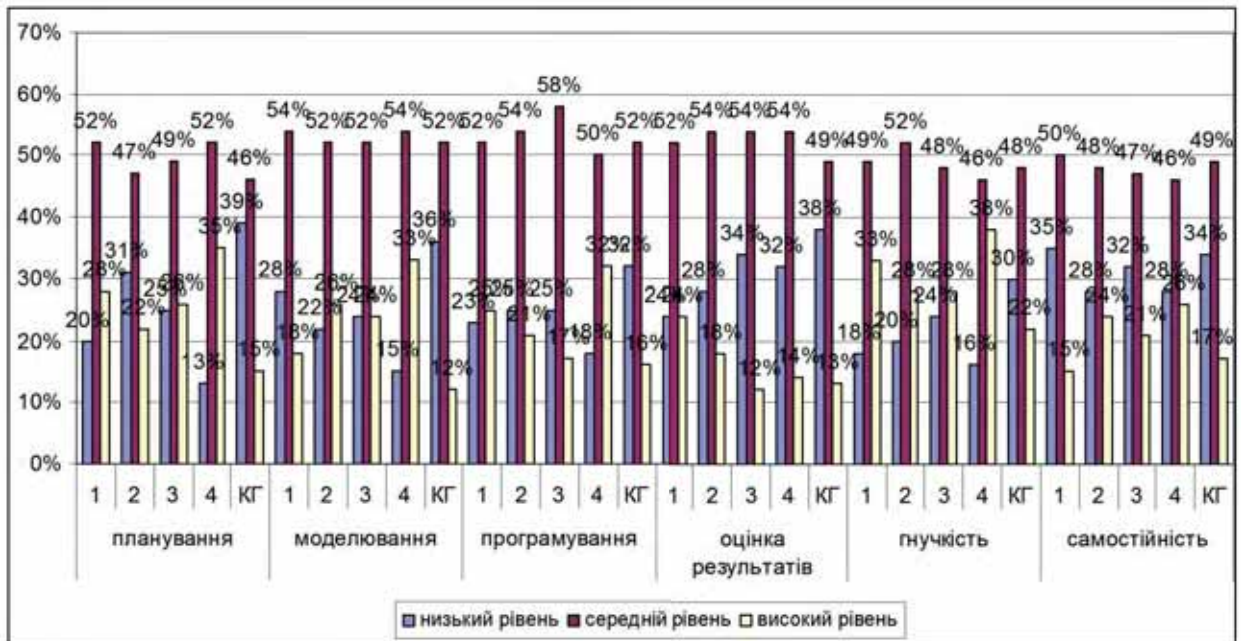


Рис. 3.2.5. Динаміка окремих аспектів саморегуляції як показників когнітивної сфери реадaptaції постнаркозалежних протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як свідчать дані рис. 3.2.5., за результатами формуючого етапу експерименту виявлене підвищення загальних показників саморегуляції постнаркозалежних, що, однак, має специфічну динаміку залежно від аспекту саморегуляції. Зокрема, нами зафіксована позитивна динаміка за показниками планування, моделювання, програмування, гнучкості та загального показника саморегуляції. Натомість, за показниками оцінки результатів діяльності та самостійності суттєві зрушення за підсумками формувального етапу експерименту відсутні. Статистична достовірність зафіксованих змін у середніх значеннях показників представлена у таблицях В5 та В6 додатку В.

Показники статистичної значущості демонструють відмінності за показником планування лише між 2 і 4 ( $t=2,14$ ,  $p \leq 0,05$ ) етапами програми; моделювання – 1 і 4 ( $t=2,21$ ,  $p \leq 0,05$ ) етапами; оцінки результатів діяльності – 2 і 3 ( $t=2,036$ ,  $p \leq 0,05$ ), 1 і 3 ( $t=3,607$ ,  $p \leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=2,93$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапами; гнучкості – 3 і 4 ( $t=3,34$ ,  $p \leq 0,01$ ) та 2 і 4 ( $t=2,21$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапами; самостійності – 1 і 2 ( $t=2,13$ ,  $p \leq 0,05$ ) етапами. За показником програмування та даними вияву ознаки за усіма шкалами між іншими рівнями програми статистичні

відмінності відсутні, а їх кількісні значення перебувають, здебільшого, у проміжку середніх діапазонів.

Розподіл показників саморегуляції порівняно з даними контрольної групи має більш виражені відмінності. Зокрема, порівняно з контрольною групою відрізняються дані за шкалами: планування – на 1 ( $t=3,02$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 ( $t=2,16$ ,  $p\leq 0,05$ ), 3 ( $t=2,92$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=3,57$ ,  $p\leq 0,05$ ) рівнях програми; моделювання – на 2 ( $t=2,17$ ,  $p\leq 0,05$ ) і 4 ( $t=3,29$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнях; програмування – на 1 ( $t=2,67$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 ( $t=2,25$ ,  $p\leq 0,05$ ) і 4 ( $t=2,82$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнях; гнучкості – на 1 ( $t=2,045$ ,  $p\leq 0,05$ ) і 4 ( $t=3,84$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнях. Дані оцінки результатів діяльності та самостійності не мають статистично значущих відмінностей із контрольною групою на жодному з рівнів реалізації програми.

Так, нами зафіксовано статистично значущі відмінності не за всіма показниками саморегуляції у процесі формувального етапу дослідження. Зокрема, виявлено статистично значущі відмінності у формуванні планування, моделювання, програмування та гнучкості. Водночас, динаміка різних показників саморегуляції змінюється. Загальними її рисами є наявність пікових та «спадаючих» моментів протягом формувального експерименту та суттєве підвищення на першому етапі програми. Такі закономірності можемо пояснити наступним чином. При входженні у програму в учасників відбувається суттєва перебудова когнітивної системи, що відповідає за планування діяльності, передбачення її результатів. Якщо до участі в програмі здібності планування у залежних осіб, здебільшого, були направлені на вживання адиктивного агента чи необхідної суми коштів для його отримання, то з відмовою від вживання та початком участі у програмі спектр завдань, що потребують планування, суттєво збільшується – перед особистістю постають проблеми планування життя, кар'єри, побудови стосунків та сімейних стосунків чи їх відновлення тощо. Водночас, усвідомлення необхідності планування та когнітивної регуляції своєї поведінки в усіх сферах життя і виражається у стрімкому підвищенні більшості показників інтелектуальної сфери реадaptaції постнаркозалежних.

Відносно періодів спаду саморегулятивних показників доцільно зазначити, що такі феномени у процесі формувальної серії експерименту ми трактуємо або як «періоди накопичення досвіду» учасниками, або як специфіку ставлення до процесу дослідження і планування діяльності, що стає згорнутим у часі. Якщо аналізувати такі «спади» як «періоди накопичення досвіду», то мова йде про те, що здобувши високий рівень уміння саморегуляції на першому етапі, учасники ставлять перед собою мету апробувати його у реальній діяльності, починають його апробувати, проте часто стикаються з нестачею досвіду та вольової витримки, тому можуть припускатися помилок не через зниження показників саморегуляції та інтелектуальної сфери, а через те, що поставили перед собою занадто високу мету (наприклад, це виявляється у твердженні «тепер я тверезий і все моє життя буде чітко сплановане і все буде лише належним чином»), яку складно або і не можливо досягнути. У такому випадку на певних етапах програми відбувається корегування рівня саморегуляції учасників до бажаного.

Якщо ж ми розцінюємо такі «спади» як прояви згортання у часі саморегуляторних дій, що стають симультанними, то в цьому випадку учасники програми, розвинувши свої саморегуляторні та когнітивні уміння, не повинні приділяти регуляторному процесу занадто великої уваги.

Проте, що в першому, що в другому випадку, мова не йде про реальне зниження саморегуляторних та когнітивних умінь. У першому випадку йдеться про те, що учасники одразу ставлять перед собою занадто недосяжні цілі з точки зору саморегуляції, тому їх негативна оцінка даної сфери реадaptaції виявляє нездійсненність їх ідеалізованих прагнень. Як правило, на пізніх етапах програми такі прагнення нормалізуються із набутим досвідом регуляції свого життя та його когнітивного осмислення. У другому випадку, також, не йде мова про зниження умінь саморегуляції, натомість проявляється зменшена увага учасників відносно процесів довільної регуляції поведінки.

Нами зафіксовані незначні спади показників планування на другому рівні програми, моделювання, гнучкості та програмування – на третьому рівні,

що виявляється у відповідності між складністю процесів саморегуляції та етапами проходження програми. Тобто, планування як відносно простий процес саморегуляції формується на першому етапі програми, потім дещо гальмується; у наслідок отримуємо знижений його рівень на другому етапі дослідження в формувальній серії.

Моделювання, гнучкість і програмування як більш складно організовані процеси саморегуляції формуються пізніше (на другому етапі), після цього дещо гальмується, і їх спад припадає на третій етап програми. До цього ж додається негативна оцінка сформованості планування при повторній діагностиці, що і виражається у деякому знеціненні набутих регуляторних умінь учасниками під час третього тестування. Натомість, під час четвертого тестування показники саморегуляції знову підвищуються, оскільки рівень домагань учасників та їх реальні можливості в сфері саморегуляції приходять у відповідність. Це є неодмінним і важливим процесом у ході реадaptaції, основний зміст якої саме і полягає в формуванні уміння учасників в нових умовах переадаптувати себе і свою поведінку – в даному випадку, саморегуляторний її аспект. Відповідно, «спади в показниках саморегуляції» на певних етапах реалізації програми розцінюються нами як закономірні коливання процесу реадaptaції.

Отже, динаміка в цілому є позитивною і уміння саморегуляції успішно формуються протягом проходження програми учасниками. Результативність апробації програми доводиться наявністю більше виражених статистичних відмінностей між проявами показників саморегуляції в експериментальній та контрольній групах, ніж за порівнянням показників за методикою протягом різних етапів реалізації програми. Тобто, не зважаючи на різний перебіг динаміки саморегуляторних умінь учасників протягом програми, на «виході», по закінченні програми їх рівень саморегуляції вищий, ніж у представників контрольної групи.

Натомість, за показниками оцінки результатів діяльності та самостійності статистична значущість між показниками експериментальної та

контрольної групи відсутня, тобто, за підсумками формувальної сесії ці аспекти саморегуляції постнаркозалежних не змінилися суттєво. Ми можемо це інтерпретувати таким чином. Показник оцінки результатів діяльності може залишитись не зміненим внаслідок згаданої вище невідповідності рівня домагань учасників та їх реальних умінь в саморегуляції. Більше того, саме оцінка результатів і виражалася у неадекватних домаганнях учасників програми відносно власних умінь саморегуляції, тому відсутність зрушень за даним показником відповідає загальній тенденції в експериментальній групі – в процесі реалізації програми вони постійно ставлять перед собою вищі цілі для саморозвитку, проте не завжди ці цілі досяжні, що і виражається в оцінці результатів діяльності. Показник самостійності можемо розцінювати як вияв індивідуалізованих особливостей саморегуляції учасників, наявність своєрідного бачення. Однак, це може свідчити і про те, що їх самостійність як спроможність проявляти самодетермінацію поведінки ще формується в процесі реадптації. Більше того, апробована програма проходила свою перевірку і не претендувала на «ідеальний експеримент», коли б підвищилися абсолютно всі показники досліджуваних.

Запропоновані механізми корекційної роботи та супроводу учасників програми здійснили необхідний корекційний ефект, який спостерігається у значному зростанні більшості показників саморегуляції (планування, моделювання, програмування, гнучкість), що свідчить про її ефективність.

Адаптація постнаркозалежної особистості до умов життя після закінчення вживання психоактивних речовин набуває ознак реадптації. Важлива особливість даного процесу пояснюється тим, що він вдвічі складніший за процес адаптації особистості до нових умов життя. Це відбувається через те, що постнаркозалежні особистості тривалий час вживаючи психоактивні речовини в минулому багато разів адаптувалися до нових умов життя – від адаптації до соціокультурного середовища в дитинстві до адаптації до умов життя в стані залежності. Натомість, припинення вживання ставить перед ними нову задачу – реадптацію в періоді припинення

вживання, перебудову системи соціальних стосунків та контактів, створення нових контактів та руйнацію старих, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Суть такого процесу полягає у перебудові адаптаційних механізмів особистості, що були сформовані раніше в нових умовах. Якщо говорити про соціально-психологічну адаптацію, то в даному випадку особистості необхідно виробляти нові механізми для нової для неї ситуації. У випадку реадaptaції змінюється і ситуація, і сама особистість, що постулює надмірно завищені вимоги до її адаптивного потенціалу та життєвого функціонування.

Необхідність зміни соціальних стосунків для наркозалежних доводить вагомість соціальної сфери їх реадaptaції. Розглянемо показники соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних на різних етапах програми та контрольної групи (див. табл. В1, В7, додаток В), що подано на рис. 3.2.6.

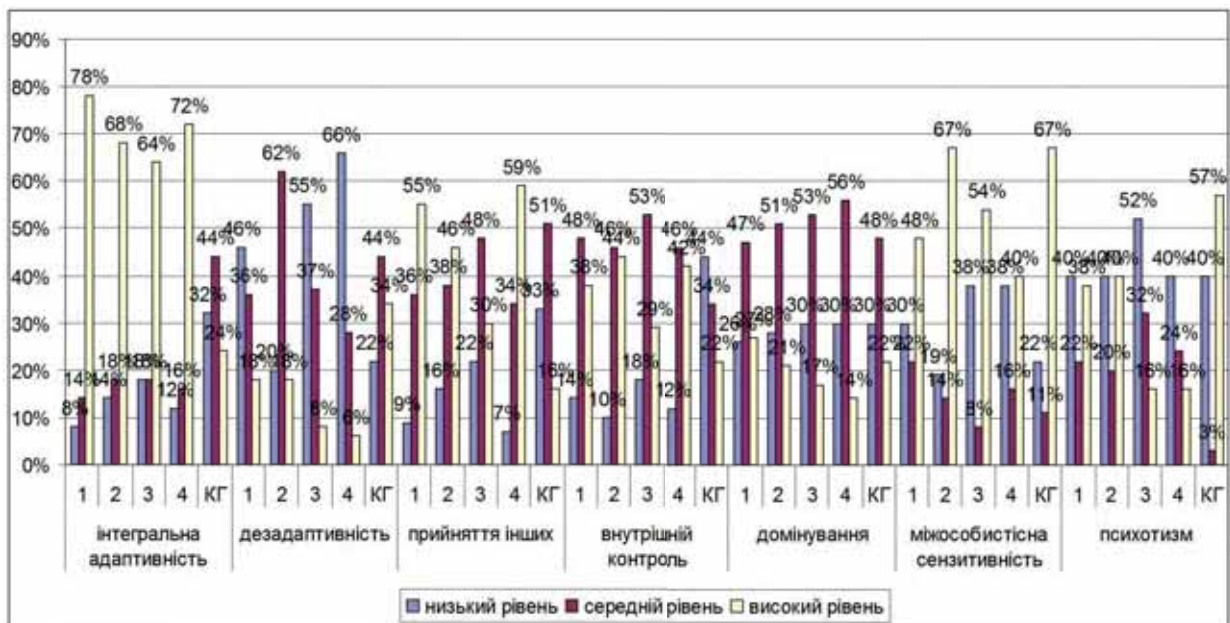


Рис. 3.2.6. Динаміка показників соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як бачимо з рис. 3.2.6., постнаркозалежним на етапі першої діагностики були характерні достатньо низькі показники функціонування соціальної сфери, адаптованості, прийняття себе та інших та нерозвинутий інтернальний контроль у житті. Саме такі їх характеристики, поряд із іншими показниками діагностики (наявністю травматичного життєвого досвіду, порушення

саморегуляції, емоційної сфери тощо), обумовили необхідність здійснення з цією категорією досліджуваних цілеспрямованого формувального впливу.

Нами зафіксована позитивна тенденція в показниках рівня адаптації постнаркозалежних протягом формувальної серії експериментального дослідження, що доводиться відповідним зменшенням показника інтегральної дезадаптації. Адже, на першому етапі реалізації програми високий рівень дезадаптації становив 18%, а на четвертому – 6%. Натомість, низький показник збільшився із 46% на першому етапі до 66% на четвертому. Водночас, така тенденція чітко простежується у порівнянні з даними вихідної та контрольної груп. Тобто, за підсумками проходження програми за методом М. Мюррей постнаркозалежні стали більш адаптованими, розвинули свій соціально-психологічний адаптаційний потенціал.

Нами зафіксовано підвищення показників за більшістю проявів соціальної сфери постнаркозалежних у процесі формувальної сесії експериментального дослідження. Зокрема, відмічена позитивна динаміка за показниками прийняття інших, внутрішнього контролю при зменшенні схильностей до домінування, міжособистісної сенситивності та психотизму. Співвідношення відсоткових значень за даними показниками доводиться показниками обрахунку статистичної значущості відмінностей, що подано в таблицях Б2-3, Б8-9 додатку Б.

Як видно з отриманих даних, протягом проходження програми реадaptaції показники соціально-психологічної адаптованості постнаркозалежних осіб суттєво покращилися. Зокрема, величина «інтегрального показника адаптованості» на першому ( $t=3,31$ ,  $p\leq 0,01$ ), другому ( $t=2,39$ ,  $p\leq 0,05$ ), третьому і четвертому ( $t=2,211$ ,  $p\leq 0,05$ ) рівнях реалізації програми вищі, ніж в контрольній групі. Також, зафіксовано суттєве підвищення адаптованості досліджуваних на третьому рівні програми, порівняно з 2 ( $t=2,08$ ,  $p\leq 0,05$ ), та на четвертому рівні, порівняно з 3 ( $t=3,73$ ,  $p\leq 0,01$ ). Тобто, протягом апробації програми адаптованість досліджуваних поступово підвищувалася, вони набували навичок пристосування до



соціального середовища, взаємодії з іншими людьми, що викликало у них позитивні емоційні реакції.

Закономірно, що «інтегральний показник дезадаптації» досліджуваних за підсумками проходження програми, навпаки, зменшився. Так, прояви дезадаптації у досліджуваних нижчі після 1 ( $t=6,65$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=3,67$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=5,65$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівня реалізації програми, порівняно з контрольною групою. Водночас, на другому рівні спостерігається суттєве підвищення проявів дезадаптації, порівняно з 1 ( $t=2,6$ ,  $p\leq 0,05$ ) і 4 ( $t=3,36$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнем програми, при відсутності статистичної значимості з даними контрольної групи ( $t=1,71$ ). Отже, дезадаптація на першому рівні програми та по її закінченні знижується, натомість на другому рівні програми внаслідок активізації рефлексивної діяльності та активного втручання у внутрішній світ клієнтів – дещо підвищується, що, однак, нівелюється на завершальних етапах програми.

За результатами участі в даній програмі істотно покращуються «комунікативні адаптивні навички» учасників, адже параметр прийняття інших статистично значимо відрізняється від показників контрольної групи на всіх етапах реалізації програми. Зокрема, учасники програми краще, ніж досліджувані контрольної групи, сприймають людей із оточення на першому ( $t=6,9$ ,  $p\leq 0,01$ ), другому ( $t=4,15$ ,  $p\leq 0,01$ ), третьому ( $t=2,2$ ,  $p\leq 0,05$ ) та четвертому ( $t=4,54$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнях реалізації програми. За даним показником зниження значень також відбувається у процесі проходження програми на третьому її рівні, що статистично значуще менше, ніж показники учасників четвертого ( $t=4,28$ ,  $p\leq 0,01$ ), другого ( $t=3,075$ ,  $p\leq 0,01$ ) та першого ( $t=3,25$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнях програми. Тобто, відносно стосунків із соціальним довкіллям третій рівень програми є тим етапом, коли учасники програми проявляють відносно близьких і колег підвищені вимоги та більш критично оцінюють свої стосунки з ними, що відбувається паралельно із переосмисленням власного дитячого травматичного досвіду, свого «Я» тощо.

За шкалою «неприйняття інших» спостерігаємо обернену тенденцію та суттєві відмінності між кількісними проявами даної якості на першому ( $t=6,42$ ,

$p \leq 0,01$ ), третьому ( $t=2,23$ ,  $p \leq 0,05$ ) та четвертому ( $t=4,16$ ,  $p \leq 0,01$ ) рівнях програми, порівняно з даними контрольної групи. Протягом тренінгу (на 2 і 3 рівнях) відбувається підвищення вираженості негативних очікувань від інших людей, що знаходить свій прояв у показниках статистичної значимості. Так, порівняно з першим рівнем реалізації програми, учасники другого ( $t=3,87$ ,  $p \leq 0,01$ ) і третього ( $t=1,99$ ,  $p \leq 0,05$ ) рівнів дійсно менше очікуються позитивного ставлення від людей із оточення. При цьому, учасники на четвертому рівні очікують кращих стосунків із іншими людьми більше, ніж учасники другого ( $t=4,01$ ,  $p \leq 0,01$ ) і третього ( $t=3,92$ ,  $p \leq 0,01$ ) рівнів програми.

Водночас, зміни у проявах показників «внутрішнього контролю» протягом реалізації програми достатньо суперечливі. Так, внутрішній контроль більше властивий лише учасникам четвертого рівня програми, порівняно з досліджуваними контрольної групи ( $t=2,2$ ,  $p \leq 0,05$ ). Внутрішній контроль учасників програми поступово формується, починаючи з першого рівня програми, і знижується на третьому її рівні, маючи критично низькі показники, порівняно з результатами за цією шкалою по закінченні програми ( $t=4,1$ ,  $p \leq 0,01$ ) та з другим її рівнем ( $t=2,31$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Водночас, «зовнішній контроль» у житті значно більшою мірою характерний представникам контрольної групи, ніж учасникам на першому ( $t=6,27$ ,  $p \leq 0,01$ ), другому ( $t=2,13$ ,  $p \leq 0,05$ ), третьому ( $t=3,35$ ,  $p \leq 0,01$ ) та четвертому ( $t=4,25$ ,  $p \leq 0,01$ ) рівні реалізації програми. Зовнішній контроль у житті значно меншою мірою властивий учасникам на четвертому рівні реалізації програми, порівняно з показниками другого ( $t=2,09$ ,  $p \leq 0,05$ ) і третього ( $t=2,51$ ,  $p \leq 0,05$ ) рівня. Отже, проходження програми реадaptaції дозволяє учасникам суттєво меншою мірою покладатися на зовнішній контроль, сподіватися на свої сили та проявляти виражену інтернальність у розумінні причинно-наслідкових зв'язків між своїми вчинками та наслідками у житті. Це є вагомим показником, адже саме зовнішній контроль часто характерний постзалежній та залежній особистості, а його зниження засвідчує подолання факту залежності.

Разом із тим, показник «домінування» суттєво не змінюється протягом реалізації програми (єдина статистично значима відмінність зафіксована між третім і четвертим етапом програми –  $t=2,21$ ,  $p\leq 0,05$ ) та не має суттєвих відмінностей із представниками контрольної групи. Тобто, проходження програми реадптації не передбачає формування у її учасників орієнтації на домінування у стосунках. Водночас, учасники програми мають і менше виражену тенденцію до зайняття «підлеглої позиції» у взаємодії. Орієнтація бути підлеглим у стосунках більше властива представникам контрольної групи, ніж учасникам першого ( $t=4,75$ ,  $p\leq 0,01$ ), третього ( $t=2,7$ ,  $p\leq 0,01$ ) та четвертого ( $t=3,63$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівня програми. Останні ж, маючи більше виражену тенденцію до внутрішнього контролю, більше направлені на встановлення стосунків на засадах рівності, ніж зайняття підлеглої позиції.

Дані стосовно міжособистісної сенситивності та психотизму мають схожу динаміку. Зокрема, нами зафіксовано статистично значущі відмінності за даними якостями між 2 і 4 (за даними сенситивності  $t=2,26$ ,  $p\leq 0,05$ , та психотизму –  $t=2,9$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами програми, разом із тим, відмінності зафіксовано за міжособистісною сензитивністю між 1 і 2 ( $t=2,29$ ,  $p\leq 0,05$ ), 3 і 4 ( $t=2,26$ ,  $p\leq 0,05$ ) етапами програми, а психотизму – між 2 і 3 етапами програми ( $t=2,36$ ,  $p\leq 0,05$ ).

На однакових етапах програми за даними якостями є відмінності із контрольною групою, що виявлені за підсумками проходження 1 (за даними сенситивності –  $t=3,4$ ,  $p\leq 0,01$ , психотизму –  $t=2,92$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=2,25$ ,  $p\leq 0,01$ ,  $t=3,76$ ,  $p\leq 0,01$ ) і 4 ( $t=3,27$ ,  $p\leq 0,01$ ;  $t=4,1$ ,  $p\leq 0,01$ ), відповідно, етапу програми. Водночас, на другому етапі програми як за даними міжособистісної сенситивності, так і психотизму відмінності з контрольною групою відсутні, що доводить підвищення їх вираженості. Отже, в процесі реадптації постнаркозалежні стають менше схильні до проявів сенситивності та психотизму міжособистісному спілкуванні.

Можна виокремити загальну тенденцію для більшості показників реадптації досліджуваних – спостерігається суттєве підвищення показників

реадаптації постзалежних осіб на початковому етапі реабілітації, що обумовлено різким підвищенням самоінтересу, зацікавленості змістом власного психічного життя, віднаходженням адаптаційних ресурсів.

На 2 і 3 етапах реалізації програми значна частина показників реабілітації зменшується, що ми інтерпретуємо як прояв поступового підвищення рівня критичності до себе після підвищення оцінки адаптаційного потенціалу на початку програми. Інтерпретуючи своє «Я» як більш адаптоване, внутрішньо узгоджене та спроможне до соціальних контактів після початкового етапу програми, досліджувані висувають більш підвищені вимоги до рівня своєї адаптації та, застосовуючи навички рефлексії, що формуються в програмі, оцінюють його, проявляючи підвищені вимоги стосовно своєї адаптованості. Тому, спостерігається деяке зниження показників адаптації на 2 і 3 рівнях програми, яке ми інтерпретуємо більше не як об'єктивні прояви зниження реабілітації, а як підвищення рівня вимог учасників програми відносно своєї адаптованості після початкових успіхів у програмі. Побачивши можливості власного реабілітаційного потенціалу вони вважають себе більш спроможними до реабілітації і більш критично оцінюють свої адаптивні навички.

Разом із тим, у процесі реалізації програми якісно підвищується і рівень рефлексії учасників, що дозволяє їм більш детально оцінити зміст психічного життя, порівняно з початковими етапами програми. До 4 рівня програми за більшістю показників така невідповідність усувається і дані реабілітації покращуються й набувають стійкої форми, що доводиться статистично значущими відмінностями з показниками контрольної групи та діагностики на початкових етапах реалізації програми.

Одним із найбільш вагомих показників, що визначає проблеми в соціальній сфері реабілітації постнаркозалежних, виступає вплив негативного раннього досвіду на процес життя особистості, що виявлено під час констатувальної серії дослідження. Окрім того, вагомість даного показника доводиться тим, що програма, реалізована нами за методом М. Мюррей, передбачає комплексну роботу з раннім досвідом, пробудженням

«внутрішньої дитини» та актуалізацією різних аспектів досвіду в свідомості досліджуваних. Тож, порівняємо вираженість впливу раннього досвіду на різних етапах формувального дослідження (див. табл. В10, додаток В), що представлено на рис. 3.2.7.

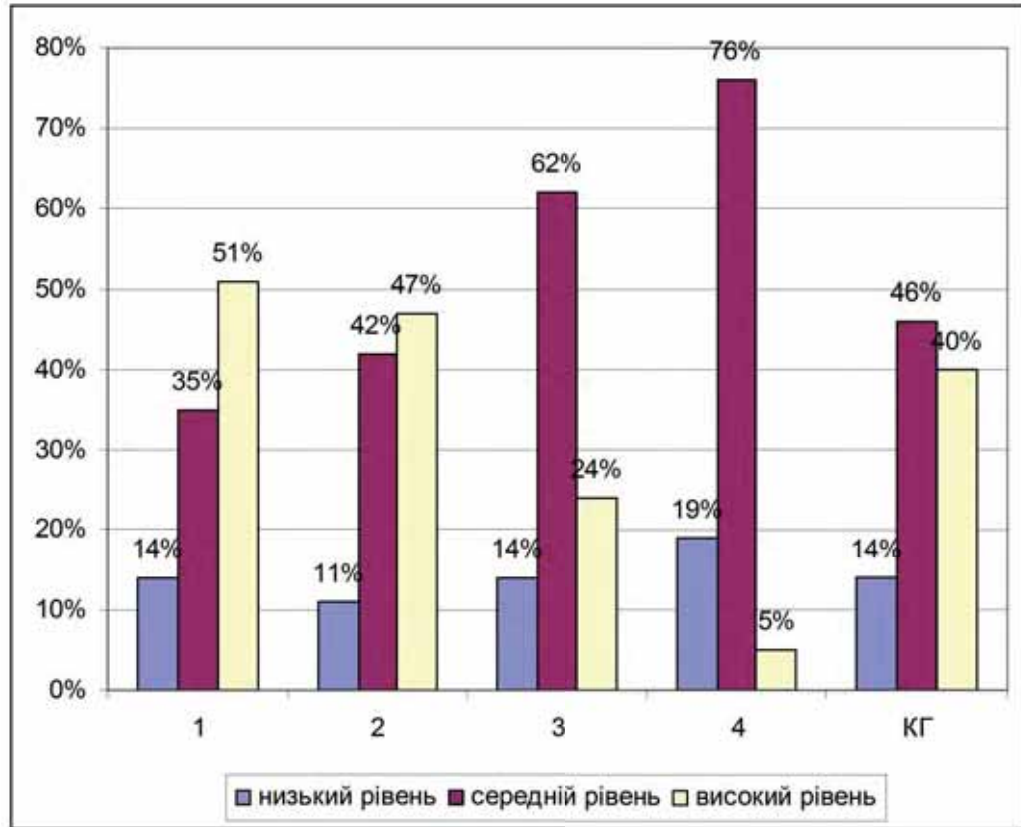


Рис. 3.2.7. Динаміка показників негативного раннього дитячого досвіду постнаркозалежних у процесі реадаптації протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як бачимо з таблиці 3.2.7., за результатами формувального дослідження нами зафіксована позитивна динаміка впливу раннього досвіду на свідомість досліджуваних, що доводиться співвідношенням відсоткових показників на різних етапах експерименту. Зокрема, можемо спостерігати поступове зменшення високого рівня впливу негативного досвіду на життя респондентів, що на першому етапі програми становить 51%, а на 4 етапі – 5%. Тобто, протягом проходження програми ступінь впливу негативного досвіду зменшується майже на 46%, що є вагомим показником. Для оцінки значущості зафіксованих відмінностей, розглянемо показники підрахунку статистичної

значущості відмінностей між різними рівнями реалізації програми та контрольною групою, що подано в таблиці 3.2.1.

Таблиця 3.2.1.

**Показники статистичної значущості  
відмінностей впливу раннього досвіду  
на життя досліджуваних протягом 1-4 етапів реалізації програми**

1 і 2 етап	2 і 3 етап	3 і 4 етап	1 і 3 етап	1 і 4 етап	2 і 4 етап
0,49	2,21*	2,74**	2,248*	3,715**	3,82**

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за  $t$ -критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за  $t$ -критерієм Стьюдента

Як бачимо з таблиці 3.2.1., нами статистично доведена позитивна динаміка у зменшенні впливу раннього досвіду на поведінку досліджуваних протягом формувального експерименту. Динаміка виражається в тому, що для досягнення стійкого та статистично значущого ефекту зменшення впливу негативного раннього досвіду досліджуваному необхідно пройти більше половини програми, оскільки статистично доведені відмінності виявляються лише після 2 етапу програми і найбільшою мірою проявляються у порівнянні з 4 етапом програми. Водночас, є значимі зрушення між рівнями, які на початку не значні, а потім наростають. Це є закономірним, оскільки статистично значущі зміни у впливі раннього досвіду після першого етапу програми реалізуються не одразу, після відкриття своєї «внутрішньої дитини» у процесі реабілітації постнаркозалежні мають певний час для оцінки набутого досвіду, після чого лише відбуваються зміни в рівні його прояву.

Порівняємо показники статистичної значущості відмінностей у проявах раннього досвіду на різних етапах програми та контрольною групи, щоб оцінити ступінь впливу саме корекційних впливів на ефект, що спостерігається (див. табл. 3.2.2).

**Показники статистичної значущості відмінностей впливу раннього досвіду на життя досліджуваних протягом 1-4 етапів реалізації програми та в контрольній групі**

1 етап і КГ	2 етап і КГ	3 етап і КГ	4 етап і КГ
1,009	0,724	1,588	3,208**

Умовні позначки:

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за  $t$ -критерієм Стьюдента

Як видно з таблиці 3.2.2., виражений корекційний ефект можемо спостерігати лише на 4 етапі реалізації формувальної програми. Тобто, для отримання результату корекції постнаркозалежного треба пройти всю програму, адже статистична різниця з контрольною групою з'являється лише на 4 етапі її реалізації. Дані 1-3 етапів програми та контрольної групи не мають суттєвих відмінностей. Тобто, теза про те, що коригування впливу раннього досвіду на життя постнаркозалежного – тривалий процес, підтверджується. Поступове проходження програми дійсно сприяє переоцінці ролі дитячого досвіду та його новому використанню, проте такий ефект спостерігається на останньому етапі реалізації програми. Це, також, можна інтерпретувати як характеристику сутності самого досвіду, адже ранній дитячий досвід, типово, відноситься до базових конструктів особистості, що складно піддаються корекції (згадуючи положення психоаналітичної концепції, яка саме і працює з таким досвідом). Відповідно, зміна рівня його впливу не може відбуватися швидко та одномоментно при входженні постнаркозалежного до тренінгової групи. Натомість, поступове проходження етапів формувальної програми дає бажаний ефект. Складність зменшення ролі дитячого досвіду у житті постнаркозалежного обумовлена і тим, що досвід ранньої взаємодії, будучи глибинним конструктом у структурі особистості, не змінюється протягом життя. Наприклад, показники інтелекту, тривожності,

ефективності, стратегій поведінки можуть змінюватися, а самі факти негативного раннього досвіду змінити не можливо. Можливо лише за умови спеціально організованої роботи змінити ставлення до даного досвіду.

Отже, можемо підсумувати, що протягом реалізації корекційної програми постнаркозалежні демонструють суттєве зростання показників інтегральної соціальної адаптивності (і, відповідно, зниження дезадаптованості та психотизму), прийняття інших, внутрішнього контролю. Вони стали менше відчувати вплив негативного досвіду раннього дитинства, більш оптимально його використовувати, що позначилось на рівні їх реадaptaції та гармонізації соціальної сфери.

Найвищим рівнем реадaptaції постнаркозалежних виступає формування у них не лише вираженого адаптивного потенціалу, але і високого рівня духовного потенціалу відповідно до моральних законів людства.

Розглянемо показники динаміки духовно-рефлексивного компоненту реадaptaції постнаркозалежних дорослого віку (див. табл. В.11, додаток В). Зокрема, на рис. 3.2.8. подано вияв показників духовно-рефлексивної сфери.

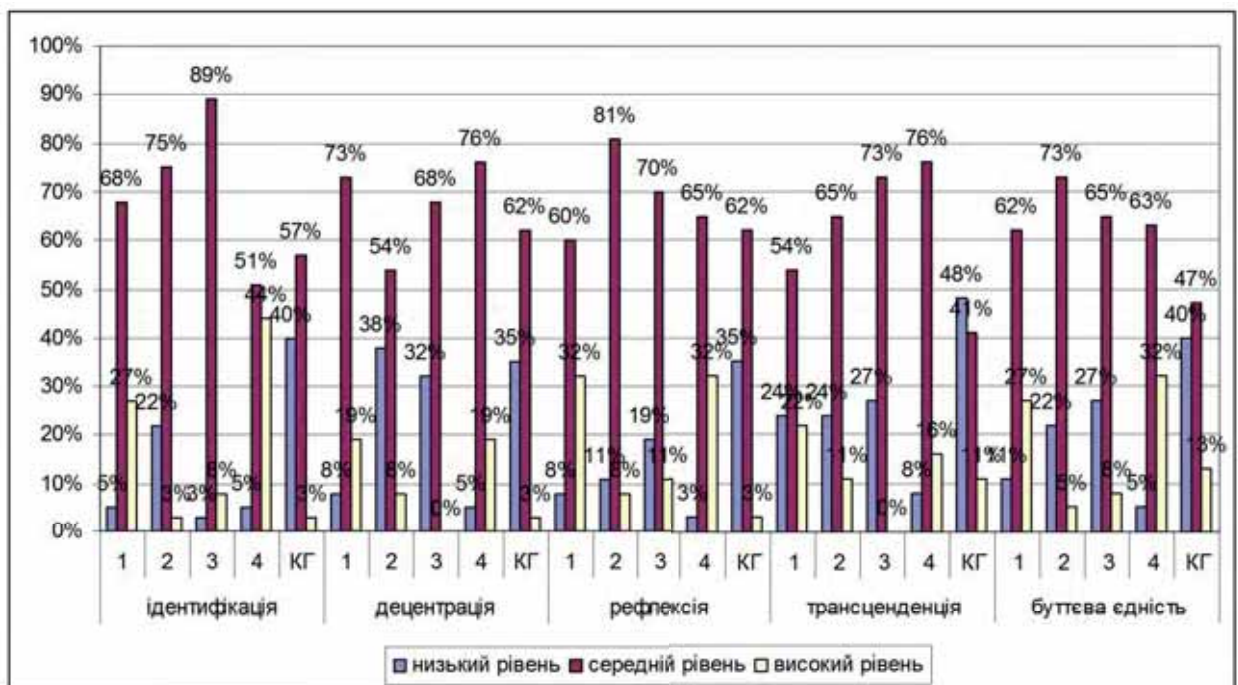


Рис. 3.2.8. Динаміка базових показників духовно-рефлексивної сфери постнаркозалежних у процесі реадaptaції протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)



Як свідчать дані рис. 3.2.8., нами зафіксовано підвищення показників ідентифікації, децентрації, рефлексії, трансценденції і усвідомлення буттєвої єдності протягом реадaptaції постнаркозалежних, що доводиться підвищенням відсоткових значень. Так, на першому етапі високі рівні за цими ознаками характерні для: ідентифікації – 27%, децентрації – 19%, рефлексії – 32%, трансценденції – 22% і усвідомлення буттєвої єдності – 27%. Натомість, на останньому рівні реадaptaції нами отримано високі показники за шкалами: ідентифікації – 44%, децентрації – 19% (у поєднанні зі зменшенням відсотку низького показника на 3%), рефлексії – 32% (при зменшенні низького показника на 5%), трансценденції – 22% і усвідомлення буттєвої єдності – 32%. Отже, найвищі показники основних аспектів духовності як компоненту реадaptaції постнаркозалежних характерні першому та четвертому етапам реалізації програми за методом М. Мюррей. Водночас, до початку реалізації програми у вихідній групі нами зафіксовані низькі показники духовності, але на першому етапі прояви ідентифікації, рефлексії, децентрації, трансценденції та духовної єдності зростають. Протягом другого-третього етапів вони суттєво знижуються і на четвертому етапі знову підвищуються до рівня першого етапу.

Розглянемо особливості динаміки додаткових показників духовно-рефлексивної сфери протягом реадaptaції постнаркозалежних (див. табл. Б11, додаток Б), що подано на рис. 3.2.9.

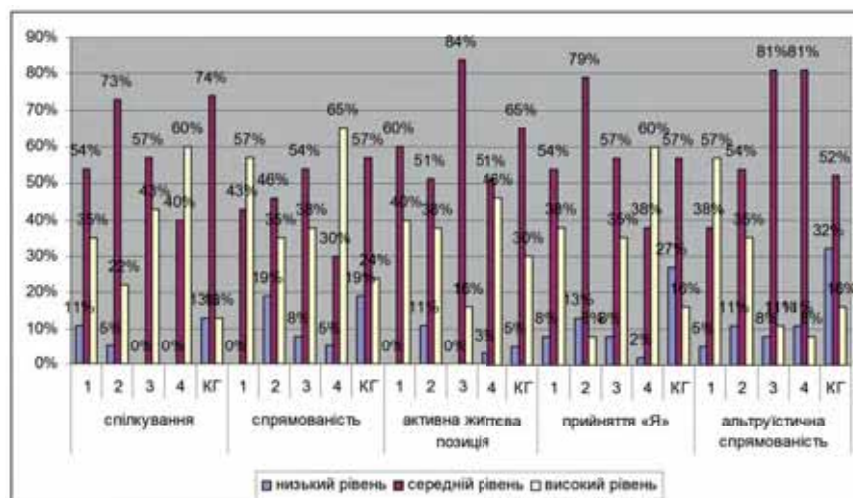


Рис. 3.2.9. Динаміка додаткових показників духовно-рефлексивної сфери постнаркозалежних в процесі реадaptaції протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як видно з рис. 3.2.9., нами зафіксовано суттєве покращення додаткових показників духовно-рефлексивної сфери досліджуваних протягом реадптації. Зокрема, виявлено, що показники високого рівня за цими шкалами на першому етапі реабілітації становлять: спілкування – 35%, спрямованості – 57%, активної життєвої позиції – 40%, прийняття свого «Я» – 38%. На четвертому етапі реалізації програми високі дані виражені: за показником спілкування – 60%, спрямованості – 65%, активної життєвої позиції – 46%, прийняття свого «Я» – 60%. Такі відсоткові показники підтверджуються зменшенням даних низького рівня за цими шкалами.

Нами обчислено показники статистичної значущості відмінностей на різних етапах реалізації програми та контрольної групи, що подано в таблицях Б12-13 додатку Б. Як видно з даних таблиць, найбільш виражені статистичні відмінності, тобто найбільш виражена динаміка зафіксовані нами за показниками децентрації, рефлексії, буттєвої єдності, спілкування, спрямованості, сприйняття свого «Я», інтелектуального осягнення саморозвитку, альтруїстичної спрямованості, показників оптимального психофізіологічного функціонування та духовного потенціалу загалом. Так, зафіксовано статистично значущі відмінності за виявом параметрів: ідентифікації між 1 і 2 ( $t=2,07$ ,  $p\leq 0,05$ ), 3 і 4 ( $t=4,659$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=4,75$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 і 4 ( $t=4,93$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапом програми; децентрації – 1 і 2 ( $t=2,05$ ,  $p\leq 0,05$ ), 3 і 4 ( $t=4,809$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=2,169$ ,  $p\leq 0,05$ ), 2 і 4 ( $t=4,76$ ,  $p\leq 0,01$ ) шаблями корекційної роботи; рефлексії – 2 і 3 ( $t=2,54$ ,  $p\leq 0,05$ ), 3 і 4 ( $t=4,719$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 3 ( $t=4,092$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами; трансценденції – 3 і 4 ( $t=4,1235$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 3 ( $t=2,036$ ,  $p\leq 0,05$ ), 2 і 4 ( $t=2,045$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами; усвідомлення буттєвої єдності – 1 і 2 ( $t=2,276$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=3,884$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 3 ( $t=2,691$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=2,112$ ,  $p\leq 0,05$ ), 2 і 4 ( $t=3,774$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапами; спілкування – 2 і 3 ( $t=2,315$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=3,038$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=3,28$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 і 4 ( $t=4,305$ ,  $p\leq 0,01$ ) шаблями корекційної роботи; сприйняття свого «Я» – 1 і 2 ( $t=2,806$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 і 4 ( $t=2,399$ ,  $p\leq 0,05$ ), 1 і 4 ( $t=2,86$ ,  $p\leq 0,01$ ), 2 і 4 ( $t=5,073$ ,  $p\leq 0,01$ ) шаблями; альтруїстичної спрямованості – 2 і 3 ( $t=2,81$ ,  $p\leq 0,01$ ), 1 і 3 ( $t=4,87$ ,

$p \leq 0,01$ ), 1 і 4 ( $t=4,71$ ,  $p \leq 0,01$ ), 2 і 4 ( $t=2,88$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапами. При цьому, статистично значущих змін за проявом показника активної життєвої позиції та інших етапів реалізації програми за згаданими вище параметрами протягом формувального етапу дослідження не зафіксовано.

Суттєва динаміка змін у духовно-рефлексивній сфері постнаркозалежних доводиться статистично значущими відмінностями за параметрами: ідентифікації після 1 ( $t=4,461$ ,  $p \leq 0,01$ ), 3 ( $t=3,817$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 4 ( $t=7,159$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапів; децентрації – 1 ( $t=2,77$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 4 ( $t=4,22$ ,  $p \leq 0,01$ ) шаблів; рефлексії – 1 ( $t=5,097$ ,  $p \leq 0,01$ ), 2 ( $t=2,739$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 4 ( $t=4,378$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапів; трансценденції – 1 ( $t=4,384$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 4 ( $t=4,712$ ,  $p \leq 0,01$ ) шаблів програми; усвідомлення буттєвої єдності – 1 ( $t=3,993$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 4 ( $t=4,99$ ,  $p \leq 0,01$ ) шаблів; спілкування – 1 ( $t=3,165$ ,  $p \leq 0,01$ ), 2 ( $t=2,366$ ,  $p \leq 0,05$ ), 3 ( $t=4,415$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 4 ( $t=5,624$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапів; спрямованості – 1 ( $t=5,856$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 4 ( $t=3,39$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапів; сприйняття свого «Я» – 1 ( $t=3,69$ ,  $p \leq 0,01$ ), 3 ( $t=2,25$ ,  $p \leq 0,05$ ) і 4 ( $t=5,003$ ,  $p \leq 0,01$ ) шаблів програми; альтруїстичної спрямованості – 1 ( $t=4,405$ ,  $p \leq 0,01$ ) і 2 ( $t=2,72$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапів.

Отже, нами зафіксована виражена динаміка показників духовно-рефлексивної сфери протягом формувального етапу експериментального дослідження. Зазначимо, що динаміка показників, порівняно з даними контрольної групи протікала за різними стратегіями. Найбільш вираженою та загальною стратегією виступала та, за якої показник духовно-рефлексивної сфери суттєво підвищувався після першого етапу програми, порівняно з даними вихідної діагностики та контрольної групи.

Після цього – на другому та третьому етапах програми – нами зафіксовано зменшення даного показника, що наближає його за рівнем вияву до показників контрольної групи і виражається через відсутність статистично значимих відмінностей у проявах аспектів духовно-рефлексивної сфери на певних етапах діагностики експериментальної групи та контрольної групи. Після цього, на четвертому етапі програми нами зафіксовано повторне зростання параметрів духовно-рефлексивної сфери, що доводиться

статистично значимими відмінностями даних показників порівняно з даними третього етапу та контрольної групи. За такою тенденцією протікала динаміка більшості показників духовно-рефлексивної сфери постнаркозалежних осіб – ідентифікації, децентрації, рефлексії, трансценденції, усвідомлення буттєвої єдності, показників у сферах спрямованості, самосвідомості, психофізіологічних проявів та духовності загалом.

Логіка такої динаміки пояснюється нами наступним чином. До початку участі у програмі постнаркозалежні особистості відчували виражені труднощі в осягненні свого духовного потенціалу та здійсненні рефлексивних процесів внаслідок надмірної центрованості на питаннях вживання психоактивних речовин до цього. Припинивши вживання, такі досліджувані опинилися в ситуації моральної дезорієнтації, зміни ціннісних орієнтацій та неспроможності виробити єдину життєву стратегію. Відмова від вживання наркотичного агенту спочатку сприймалася ними як самоціль, проте, припинивши вживати, вони стикнулися із іншим колом проблем – подальшої організації свого життя та реадаптації у ньому, в чому вагома роль належить самедуховним орієнтирам. На початку реалізації програми учасники виробили у себе виражені прояви духовного потенціалу – набули ознак орієнтованості на цінності допомоги, добра, краси, прийняття іншої особистості, усвідомили свою єдність із іншими людьми, тощо. Після цього нами спостерігалася тенденція, описана за результатами аналізу проявів саморегуляції в експериментальній групі. Учасники програми, маючи вже початкові результати підвищення свого духовного потенціалу розпочали переоцінювати свій життєвий шлях і намагалися будувати собі програму для подальшого розвитку та вдосконалення. Разом із тим, їх намагання жити відповідно до чітко означених і нових для них моральних нормативів викликали певні труднощі, які їм складно було подолати, реалізуючи стосунки на засадах довіри та прийняття, орієнтації на моральні ідеали. Тому це і виразилося у зниженні показників духовності на третьому і четвертому етапах програми. Протягом проходження останнього етапу програми учасники розвинули в собі

уміння реалізації духовного потенціалу, навчилися краще приймати свою особистість та особистість партнера по спілкуванню, що і виразилося у підвищенні показників духовності. З іншого боку, вони проявили і корегування своїх планів. Тож, динаміка за більшістю показників духовного потенціалу постнаркозалежних у процесі апробації програми за методом М. Мюррей – позитивна та доведена статистично.

За показником альтруїстичного спілкування як сфери реалізації духовного потенціалу постнаркозалежних зафіксована інша тенденція, в межах якої статистично значущі відмінності зафіксовані на всіх етапах реалізації програми. Тобто, сфера міжособистісної взаємодії є тією сферою реадaptaції, де зафіксовані найбільш виражені відмінності реалізації духовного потенціалу. Це є закономірним, оскільки саме в сфері міжособистісних стосунків реалізується більшість змін, які формуються в процесі особистісного зростання.

Нами виявлена і третя закономірність динаміки показників духовно-рефлексивної сфери реадaptaції, що відображає становлення показників інтелектуального осягнення саморозвитку та альтруїстичної спрямованості. За цими параметрами статистично доведені покращення, що зафіксовані на перших двох етапах програми, після чого на третьому та четвертому етапах відбувається поступове зниження цих показників, наближення до значень контрольної групи. Тобто, можна сказати, що духовні зміни в сфері інтелектуального осягнення змісту духовності та реалізації альтруїстичних намагань спочатку активно формуються, а потім – на третьому та четвертому етапах програми зменшуються, імовірно, через неможливість учасників повною мірою жити за ідеалами духовності, що є часто ідеалізованими.

На рис. 3.2.10. подано динаміку показників адаптаційного потенціалу постнаркозалежних (див. табл. В7-9, додаток В).

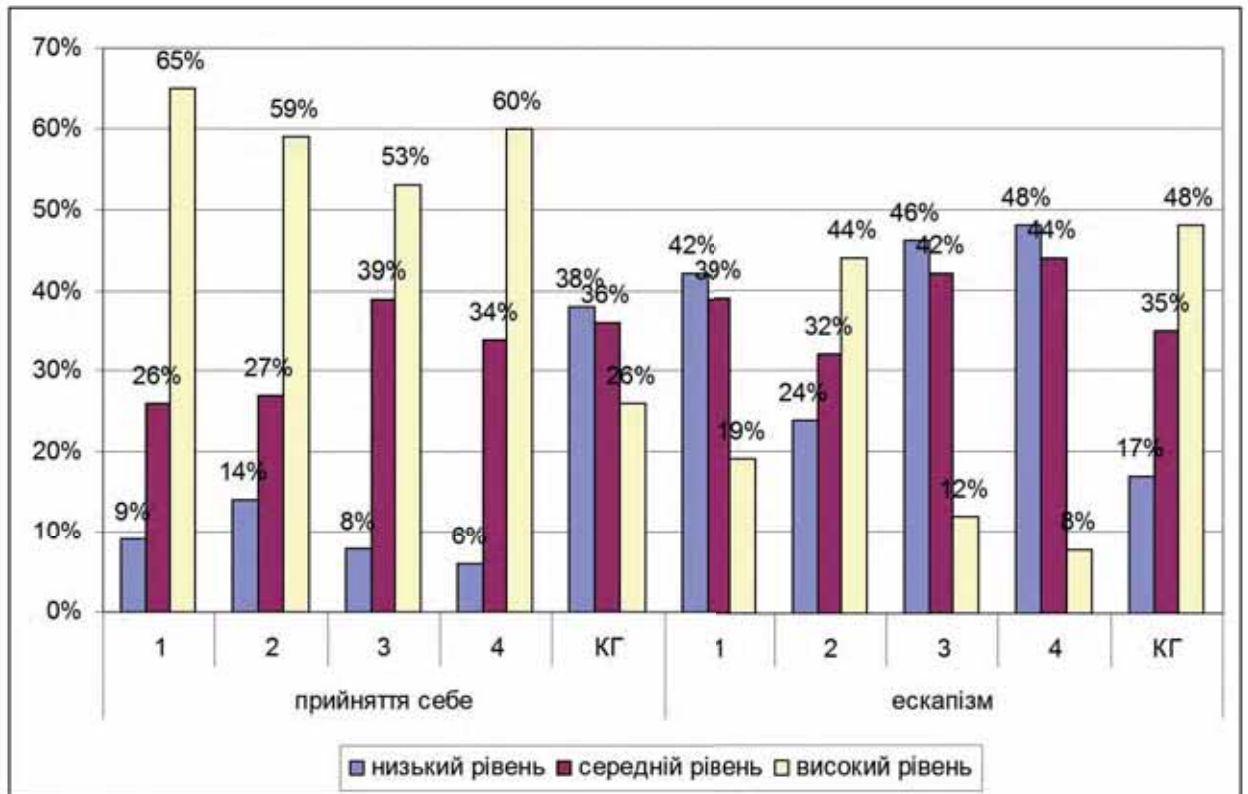


Рис. 3.2.10. Динаміка показників прийняття себе та ескапізму як аспектів духовно-рефлексивної сфери постнаркозалежних протягом 1-4 етапів формувального експерименту та контрольної групи (КГ)

Як свідчать дані рис. 3.2.10, нами зафіксовано покращення показників як прийняття себе, так і ескапізму протягом формувальної сесії експериментального вивчення реадaptaції постнаркозалежних.

Показники «прийняття себе» протягом апробації програми також підвищилися. Дана якість суттєво вище виражена на 1 ( $t=5,76$ ,  $p \leq 0,01$ ) та на 4 ( $t=3,75$ ,  $p \leq 0,01$ ) етапах програми, ніж серед представників контрольної групи. Водночас, після 2 ( $t=1,58$ ) і 3 ( $t=0,63$ ) етапів програми прийняття себе не має статистично значущих відмінностей, порівняно з контрольною групою. Даний показник поступово знижується від початку участі у програмі та суттєво підвищується на 4 її рівні, відносно третього ( $t=5,45$ ,  $p \leq 0,01$ ). Тобто, протягом реалізації програми прийняття себе у досліджуваних має найнижче вираження на 3 рівні, що засвідчує переживання учасниками травматичних подій,

відкриту фазу активної роботи над травматичним досвідом, що накладає відбиток на прийняття себе у цей період реадaptaції.

«Неприйняття себе» як протилежний показник має, відповідно, протилежну тенденцію. Зокрема, негативне ставлення до своєї особистості найменше виражене після 1 ( $t=5,32$ ,  $p\leq 0,01$ ), 3 ( $t=2,06$ ,  $p\leq 0,05$ ) і 4 ( $t=3,9$ ,  $p\leq 0,01$ ) етапів реалізації програми, порівняно з контрольною групою. Водночас, після 2 ( $t=1,79$ ) і 3 ( $t=1,56$ ) етапів програми відбувається підвищення даного показника відносно початкових значень за умови реалізації програми. Хоча, на четвертому етапі програми неприйняття себе суттєво зменшується, на відміну від другого ( $t=2,42$ ,  $p\leq 0,05$ ) і третього ( $t=3,34$ ) рівня програми.

«Ескапізм» як прагнення уникати проблем і одна з найбільш вагомих характеристик залежної особистості більше властива досліджуваним із контрольної групи, ніж учасникам програми на першому ( $t=3,2$ ,  $p\leq 0,01$ ), третьому ( $t=2,84$ ,  $p\leq 0,01$ ) та четвертому ( $t=3,45$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнях. Зниження даного показника зафіксоване нами між четвертим і другим ( $t=2,47$ ,  $p\leq 0,05$ ), четвертим і третім ( $t=2,73$ ,  $p\leq 0,01$ ) рівнем програми.

Отже, нами доведена ефективність запропонованої програми реадaptaції постнаркозалежних за методом М. Мюррей, що виражається у статистично значимих підвищеннях показників вираженості соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер функціонування постнаркозалежної особистості.

### **Висновки до третього розділу**

1. З метою комплексного особистісного розвитку та подолання адаптивних труднощів особистості після завершення активного адиктивного циклу розроблено та апробовано програму психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей, яка спрямована на відновлення функціонування особистості на основі подолання травматичного досвіду.

Апробація програми реадaptaції постнаркозалежних осіб дорослого віку засвідчила її ефективність, що позначилось на функціонуванні соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфери реадaptaції постнаркозалежних.

У процесі реалізації комплексного психотерапевтичного методу М. Мюррей виокремлюються наступні етапи:

- здійснення попередньої діагностики та відбір учасників для тренінгової програми;
- оцінка стану та стилю життя учасників сьогодні, рівня їх необхідності у психотерапевтичній допомозі;
- оцінка знань учасників щодо процесів особистісного зростання та роботи з травмою;
- реалізація тренінгової програми «Становлення здорової врівноваженої особистості»;
- відвідування груп взаємодопомоги Анонімних Співтовариств протягом усієї програми;
- проведення посттерапевтичної діагностики досліджуваних та оцінка ефективності програми.

2. За наслідками формувального експерименту в межах соматично-фізіологічної сфери виявлено, що соматичні прояви травматизації та адикції і показник елементів обсессивно-компульсивних проявів протягом формувального експерименту суттєво знижуються, хоча і набувають вираженого значення тількина другому етапі реалізації програми. Разом із тим, підвищуються психофізіологічні можливості функціонування постнаркозалежних, що мають стрибкоподібну динаміку – підвищуються на початку реадaptaції, потім знижуються і набувають максимуму під кінець формувального експерименту.

Емоційна сфера постнаркозалежних також набуває позитивних ознак за підсумками формувального впливу. Зафіксовано суттєве зменшення показників депресивних ознак, тривоги, ворожості, тяжкості стану дистресу,



емоційного дискомфорту. Зменшення показників фобійної тривожності, параноїдальних тенденцій та психотизму не є суттєвим, що обумовлено незначним виявом цих параметрів за результатами діагностики вихідної групи.

Відмічено дві стратегії зміни показників емоційної сфери постнаркозалежних у процесі реалізації програми реадaptaції. Показники виявів травматизації у соматичній сфері, тривоги, психотизму мають різке зниження на першому етапі програми із поступовим зниженням на подальших етапах формувального експерименту. Показники депресивних ознак, ворожості, тяжкості стану дистресу, фобійної тривожності, емоційного комфорту та параноїчних тенденцій мають іншу динаміку – спостерігається різке зниження рівня вираженості ознаки на першому етапі програми, проте в подальшому її вираженість суттєво не знижується, хоча також можуть спостерігатися певні коливання ознаки.

Зафіксована позитивна динаміка за показниками регуляторно-когнітивної сфери реадaptaції постнаркозалежних за наслідками формувального експерименту. Зокрема, спостерігається суттєва динаміка за вираженістю інтелекту, планування, моделювання, програмування, гнучкості та загального показника саморегуляції. Натомість, за показниками оцінки результатів діяльності та самостійності суттєві відмінності за підсумками формувального етапу експериментувідсутні. Загальними рисами динаміки показників саморегуляції є наявність пікових та «спадаючих» моментів протягом формувального експерименту та суттєве підвищення на першому етапі програми.

У ході формувального експерименту показники соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних істотно покращились. Так, за підсумками проходження даної програми учасники набули спроможності успішно адаптуватися до оточуючого середовища, позитивно емоційно реагувати на життя, сформували вміння взаємодії з оточуючими та стали більше направлені на внутрішній контроль і прийняття відповідальності за свої

дії. Вони зменшили рівень міжособистісної сенситивності, стали більше інтернально орієнтованими та спроможними до успішної комунікації на основі прийняття людей із оточення та гуманістичної спрямованості.

У межах вивчення аспектів соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних встановлено, що більшість постнаркозалежних розцінюють своє дитинство як таке, що мало травматичний вплив на їх особистість, сприяло появі не впевненості у собі, викривленням емоційної сфери, порушенню встановленню балансу контакту з оточуючим світом, що призвело до порушення системи відношень адиктивної особистості. Меншість представників вибірки характеризується низьким показником впливу раннього негативного досвіду на їх життєдіяльність. Протягом реалізації корекційної програми постнаркозалежні стали менше відчувати вплив негативного досвіду раннього дитинства, більш оптимально його використовувати, що позначилось на рівні їх реадaptaції. При цьому, виявлено, що для отримання результату корекції постнаркозалежному треба пройти всю програму, адже статистично доведена різниця з'являється лише на останньому4 етапі її реалізації.

За наслідками формувального експерименту в межах духовно-рефлексивної сфери реадaptaції постнаркозалежних найбільш виражені зміни зафіксовано за проявом показників ідентифікації, децентрації, рефлексії у площинах спілкування, ставлення до свого «Я». На першому етапі спостерігається значне підвищення рівня показників духовно-рефлексивної сфери учасників програми, яке на другому і третьому етапах дещо знижується і знову підвищується на четвертому етапі програми. Важливо те, що на всіх етапах програми загальний показник вираження духовних цінностей респондентів вищий, ніж у контрольній групі.

Отже, апробація програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб дорослого віку (за методом М. Мюррей) засвідчила її ефективність, що позитивно позначилось на функціонуванні соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер особистості.

### Основні наукові результати розділу опубліковано у працях:

1. Ільченко Р. М., Мюррей М., Моргун В. Ф. Динаміка соціально-психологічних та особистісних показників реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб за методом М. Мюррей. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. IX (96), Issue: 245, Budapest, 2021. P. 71-77. (<https://doi.org/10.31174/SEND-PP2021-245IX96>; p-ISSN 2308-5258; e-ISSN 2308-1996)– 0,5 д.а. (Особистий внесок автора – 0,3 д.а., де викладено результати обстеження показників реадaptaції постнаркозалежних осіб).

2. Ільченко Р. М. Метод подолання наслідків травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) в психологічній практиці. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*. Мат-ли III Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2019 р.). К. – Полтава: Університет «Україна», 2019. С. 90-92. (Особистий внесок автора – 0,1 д.а., де йдеться про результати впровадження програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей та їх аналіз).

3. Ільченко Р. М. Метод становлення здорової врівноваженої особистості через подолання травм, насильства і депривації (за М. Мюррей). *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: Тези доповідей XVI Всеукр. наук. конф. (м. Київ, 16-18 квітня 2019 р.). У III част., ч. III. К. : Університет «Україна», 2019. С. 203-205. – 0,2 д.а.

4. Ільченко Р.М., Заїка В.М. Застосування методу М. Мюррей в практиці психокорекційної роботи. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: матеріали Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 18-19 травня 2021 р. К.: Університет «Україна», 2021. С. 29 – 31. – 0,2 д.а.

5. Повернення до здорового способу життя дорослих людей, постзалежних від наркотиків, алкоголю та азартних ігор. Програма психосоціальної реадaptaції за методом Мюррей / автор-розробник

Р. М. Ільченко; науков. ред. В. Ф. Моргун. Полтава: ПП Астроя, 2020. 56 с. [ISBN 978-617-7669-77-6]. (2,5 д.а.).

6. Школа консультантів із питань залежностей: Інформаційно-освітня програма / авт.-укл. Р. М. Ільченко; за ред. Т. А. Устименко. Полтава: Благодійна організація «Реабілітаційний центр «Вихід Є!», 2018. 42 с. (1,8 д.а.).

7. Ільченко Р. Н. Применение метода преодоления последствий травм, насилия и депривации (по М. Мюррей) для успешной социализации учащихся. *Гимназия – мировоззрение, компетентность, творчество*. Сб. материалов Международного образовательного форума (Республика Казахстан, г. Нур-Султан, 15-16 ноября 2019 г.). Нур-Султан: ГУ Комплекс ДС-ШГ № 47, 2019. С. 22-25. – 0,2 д.а.

8. Ільченко Р. М., Заїка В. М., Моргун В. Ф. Метод Мюррей як засіб психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *International scientific and practical conference «Pedagogy and Psychology in the Modern World: the art of teaching and learning»* : conference proceedings. Wloclawek, Republic of Poland, 2021, February 26-27. Vol. 1. Riga, Latvia : Baltija Publishing. P. 97-101. (Особистий внесок автора –0,1 д.а., де йдеться про результати дослідження психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб та їх аналіз).

## ВИСНОВКИ

У результаті комплексного аналізу за темою дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Проаналізовано ряд моделей ставлення до адикції (залежності): моральна модель, модель хвороби, симптоматична модель, психоаналітична модель, системно-особистісна модель, модель життя-процесу. Узагальнено, що при адикції у людини виникають десоціалізація та дезадаптація: особистість втрачає набуті раніше соціально схвалені моделі поведінки, з'являються антисуспільні цінності, ігноруються або порушуються соціальні норми. На їх подолання і спрямовані процеси ресоціалізації та реадaptaції, тобто – повторне пристосування до соціуму.

Психологічна реадaptaція постнаркозалежних дорослих є комплексною активністю, що спрямована на всі сфери життя особистості та має свої рівні: первинну реадaptaцію, базовий рівень та постреадaptaцію. Також виділяють кілька типів реадaptaції: соціально-психологічну, психологічну, професійну, психіатричну, ацентричну.

За підсумками узагальнення наукових досліджень нами акцентовано увагу на п'яти групах дисфункцій особистості: залежність, співзалежність, стан жертви, нарцисизм, агресія. Саме вони є перешкодою на шляху до повноцінного життя постзалежних і повинні стати предметом роботи в програмі психологічної реадaptaції постнаркозалежних.

Акцентовано увагу на тому, що несприятливий дитячий досвід психологічних травм, різних видів насильства та емоційної депривації стає причиною багатьох проблем дітей у дорослому віці: від емоційних порушень, до залежності, що спричинена зловживанням психоактивних речовин, ранньої інвалідизації та смерті. Саме на становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання ранніх психологічних травм, насильства і депривації направлений психотерапевтичний метод Мерілін Мюррей, в основі якого лежить робота із раннім досвідом людини, модифікація ставлення до травматичного досвіду та активізація психологічно зрілих форм

поведінки на шляху до життєвого самоствердження. Терапевтичний підхід М. Мюррей заснований на глибокому зануренні в «море болю», знятті захисного механізму внаслідок роботи з образами, прояву, вербалізації хворобливих емоцій, аналізу травмуючих ситуацій, а також – на формуванні здорової врівноваженої особистості, здатної співчувати, проявляти емпатію, захищати себе, не нашкодивши іншим, радіти життю.

На основі інтеграції та узагальнення положень М.Мюррей, розробленого нею методу становлення здорової врівноваженої особистості шляхом подолання наслідків психологічних травм, насильства та деривації, нами розроблено модель реадaptaції постнаркозалежних особистостей дорослого віку. Процес реадaptaції розглядається нами у скупності змін в соматико-фізіологічній, емоційній, регуляторно-когнітивній, соціальній та духовно-рефлексивній сферах особистості. Соматико-фізіологічна сфера важлива, оскільки саме через процес усвідомлення тілесності, соматичні відчуття формувався адитивний процес та, відповідно, на цьому ж компоненті найбільшою мірою відчуваються наслідки подолання залежності. Через нові стосунки з тілом та сприйняття тілесності постзалежна особистість віднаходить нові модуси адаптації у соціумі. Емоційна сфера пост залежної особистості відображає якісні зміни в контексті ставлення людини до подій життя, розкриваючи модальність переживань особистості під час реадaptaції, її типовий психоемоційний стан. Зміни в регуляторно-когнітивній сфері є важливими у контексті реадaptaції, оскільки спроможність до цілеспрямованої регуляції дій типово терпить найбільші деструктивні зміни під час залежності. Відповідно, спроможність пост залежної особистості до цілеспрямованої організації своєї активності засвідчує успішність процесу реадaptaції та відмови від вживання. Соціальний аспект реадaptaції є беззаперечним з огляду на те, що реалізація особистості на етапі реадaptaції відбувається виключно в контексті складно організованої і багатогранної взаємодії з оточуючим соціальним світом.

Зміни у духовно-рефлексивній сфері постзалежної особистості засвідчують найвищий рівень відновлення її функціонування. На основі механізмів рефлексії під час реадаптації руйнуються дисфункціональні патерни залежної поведінки, формується якісно вищий рівень орієнтації на духовні цінності, альтруїстичні позиції, здатність до досягнення свого буття і його осмислення у єдності з іншими людьми і світом.

2. На основі моделі психологічної реадаптації було створену комплексну методику психодіагностики показників реадаптації постзалежних осіб. Вона передбачала комплексне вивчення соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер адаптації постзалежної особистості у соціумі.

Для експериментального дослідження особливостей психологічної реадаптації постнаркозалежних дорослих нами було використано: методику дослідження негативного дитячого досвіду (ACE; за В. Фелітті, Р. Андом), симптоматичний опитувальник дистресу (SCL-90-R; за Л. Дерогатисом), методику «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою), методику діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд), методику «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним).

3. За результатами констатувальної серії дослідження виявлені кризові ознаки у вираженості соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер реадаптації наркозалежних після припинення вживання психоактивних речовин. Отже, проведене констатувальне дослідження дає підстави стверджувати, що постнаркозалежні характеризуються проблемами у реадаптації до нових умов життя після припинення вживання психоактивних речовин, що актуалізує потребу проведення із ними цілеспрямованих формувальних впливів.

Констатувальне дослідження в межах функціонування соматико-фізіологічної сфери зафіксовано переважання показниками соматичного прояву травми та адикції при посередній вираженості елементів obsесивно-компульсивної проблематики та знижених можливостях оптимального

психофізіологічного функціонування. Тобто, постнаркозалежні характеризуються наявністю негативних соматичних станів, порушенням фізіологічного функціонування (режиму сну, ознак стресу, тремтіння рук та порушення харчової поведінки, тощо) при певній вираженості нав'язливих думок та факторів, що дезорганізують їх діяльність та поведінку.

Розглядаючи особливості емоційної сфери за більшістю симптоматичних показників у представників вибірки зафіксовано високі значення, які дозволяють охарактеризувати їх емоційну сферу як дисгармонійну та проблемну, а сам процес утримання від вживання на початкових стадіях як достатньо травматичний для особистості, коли сформовані раніше когнітивно-афективні закономірності ще не зруйновані повністю, а набувають свого максимуму від неможливості отримати задоволення під час вживання психоактивної речовини. Зокрема, респондентам характерне переважання високих показників за виявом депресивних ознак і тривоги, ворожості та тяжкості дистресу. Найбільш виражена симптоматика постнаркозалежних стосується порушень їх емоційної сфери у вигляді тривожності та депресивних ознак, погіршення лабільності емоційної сфери у бік проявів ворожості, ознак емоційного дискомфорту.

У межах функціонування регуляторно-когнітивної сфери встановлено, що серед досліджуваних переважає середній рівень саморегуляції, який виражається у відповідних проявах планування, моделювання, програмування, оцінки результатів діяльності, гнучкості, самостійності та загального показника саморегуляції. Також, їх відрізняє знижений показник функціонування інтелектуального осмислення саморозвитку, спроможності до успішної інтелектуальної діяльності в процесі реадaptaції.

Аналіз соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних засвідчив наявність проблем у сфері соціально-психологічної адаптації, надмірний вияв міжособистісної сенситивності при високому впливі негативного раннього досвіду. Так, встановлені чітко виражені прояви дезадаптації у



постнаркозалежних. Вони характеризуються зниженим рівнем прийняття інших, залежністю від соціального оточення при наявності тенденції до домінування у соціальних стосунках. Такі показники доповнюються високими значеннями неприйняття себе та своєї особистості, неприйняття інших. Деадаптованість постнаркозалежних проявляється у базових сферах їх життя – ставленні до себе, оточуючих, емоційній оцінці результативності свого життя. Разом із тим, вони мають надмірно виражену сензитивність у міжособистісному спілкуванні, що часто їх травмує за умови приєднання ознак психотизму.

Постнаркозалежним на початку ремісії характерні достатньо знижені показники духовної-рефлексивної сфери, що виявляється через переважання низьких рівнів ідентифікації, децентрації, рефлексії, трансценденції, усвідомлення буттєвої єдності, спілкування, активної життєвої спрямованості, прийняття власного «Я», інтелектуального осмислення свого саморозвитку, досвіду.

4. З метою комплексного особистісного розвитку та подолання адаптивних труднощів особистості після завершення активного адиктивного циклу розроблено та апробовано програму психологічної реадаптації постнаркозалежних дорослих осіб на основі методу М. Мюррей, яка спрямована на відновлення функціонування особистості на основі подолання травматичного досвіду.

Апробація програми реадаптації постнаркозалежних осіб дорослого віку засвідчила її ефективність, що позначилось на функціонуванні соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфери реадаптації постнаркозалежних.

У процесі реалізації комплексного психотерапевтичного методу М. Мюррей виокремлюються наступні етапи:

- здійснення попередньої діагностики та відбір учасників для тренінгової програми;

- оцінка стану та стилю життя учасників сьогодні, рівня їх необхідності у психотерапевтичній допомозі;
- оцінка знань учасників щодо процесів особистісного зростання та роботи з травмою;
- реалізація тренінгової програми «Становлення здорової врівноваженої особистості»;
- відвідування груп взаємодопомоги Анонімних Співтовариств протягом усієї програми;
- проведення посттерапевтичної діагностики досліджуваних та оцінка ефективності програми.

За наслідками формувального експерименту в межах соматично-фізіологічної сфери виявлено, що соматичні прояви травматизації та адикції і показник елементів obsesивно-компульсивних проявів протягом формувального експерименту суттєво знижуються, хоча і набувають вираженого значення тільки на другому етапі реалізації програми. Разом із тим, підвищуються психофізіологічні можливості функціонування постнаркозалежних, що мають стрибкоподібну динаміку – підвищуються на початку реадaptaції, потім знижуються і набувають максимуму під кінець формувального експерименту.

Емоційна сфера постнаркозалежних також набуває позитивних ознак за підсумками формувального впливу. Зафіксовано суттєве зменшення показників депресивних ознак, тривоги, ворожості, тяжкості стану дистресу, емоційного дискомфорту. Зменшення показників фобійної тривожності, параноїдальних тенденцій та психотизму не є суттєвим, що обумовлено незначним виявом цих параметрів за результатами діагностики вихідної групи.

Відмічено дві стратегії зміни показників емоційної сфери постнаркозалежних у процесі реалізації програми реадaptaції. Показники виявів травматизації у соматичній сфері, тривоги, психотизму мають різке зниження на першому етапі програми із поступовим зниженням на подальших

етапах формувального експерименту. Показники депресивних ознак, ворожості, тяжкості стану дистресу, фобійної тривожності, емоційного комфорту та параноїчних тенденцій мають іншу динаміку – спостерігається різке зниження рівня вираженості ознаки на першому етапі програми, проте в подальшому її вираженість суттєво не знижується, хоча також можуть спостерігатися певні коливання ознаки.

Зафіксована позитивна динаміка за показниками регуляторно-когнітивної сфери реадaptaції постнаркозалежних за наслідками формувального експерименту. Зокрема, спостерігається суттєва динаміка за вираженістю інтелекту, планування, моделювання, програмування, гнучкості та загального показника саморегуляції. Натомість, за показниками оцінки результатів діяльності та самостійності суттєві відмінності за підсумками формувального етапу експериментувідсутні. Загальними рисами динаміки показників саморегуляції є наявність пікових та «спадаючих» моментів протягом формувального експерименту та суттєве підвищення на першому етапі програми.

У ході формувального експерименту показники соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних істотно покращились. Так, за підсумками проходження даної програми учасники набули спроможності успішно адаптуватися до оточуючого середовища, позитивно емоційно реагувати на життя, сформували уміння взаємодії з оточуючими та стали більше направленими на внутрішній контроль і прийняття відповідальності за свої дії. Вони зменшили рівень міжособистісної сенситивності, стали більше інтернально орієнтованими та спроможними до успішної комунікації на основі прийняття людей із оточення та гуманістичної спрямованості.

У межах вивчення аспектів соціальної сфери реадaptaції постнаркозалежних встановлено, що більшість постнаркозалежних розцінюють своє дитинство як таке, що мало травматичний вплив на їх особистість, сприяло появі не впевненості у собі, викривленням емоційної сфери, порушенню встановленню балансу контакту з оточуючим світом, що

призвело до порушення системи відношень адиктивної особистості. Меншість представників вибірки характеризується низьким показником впливу раннього негативного досвіду на їх життєдіяльність. Протягом реалізації корекційної програми постнаркозалежні стали менше відчувати вплив негативного досвіду раннього дитинства, більш оптимально його використовувати, що позначилось на рівні їх реадaptaції. При цьому, виявлено, що для отримання результату корекції постнаркозалежному треба пройти всю програму, адже статистично доведена різниця з'являється лише на останньому4 етапі її реалізації.

За наслідками формувального експерименту в межах духовно-рефлексивної сфери реадaptaції постнаркозалежних найбільш виражені зміни зафіксовано за проявом показників ідентифікації, децентрації, рефлексії у площинах спілкування, ставлення до свого «Я». На першому етапі спостерігається значне підвищення рівня показників духовно-рефлексивної сфери учасників програми, яке на другому і третьому етапах дещо знижується і знову підвищується на четвертому етапі програми. Важливо те, що на всіх етапах програми загальний показник вираження духовних цінностей респондентів вищий, ніж у контрольній групі.

Отже, апробація програми психологічної реадaptaції постнаркозалежних осіб дорослого віку (за методом М. Мюррей) засвідчила її ефективність, що позитивнопозначилось на функціонуванні соматико-фізіологічної, емоційної, регуляторно-когнітивної, соціальної та духовно-рефлексивної сфер особистості.

Отримані результати дозволяють *рекомендувати* вказану програму за методом М. Мюррей для поповнення психотерапевтичного арсеналу допомоги постнаркозалежним клієнтам встати на незворотний шлях прогресивного особистісного розвитку.

*Перспективою подальшого дослідження* може бути вивчення особливостей психологічної реадaptaції та особистісного зростання осіб із проблематикою іншого роду, зокрема – ПТСР військових на фронті, осіб, що пережили окупацію, біженців та ін.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агарков, О. А. (2014). Особливості соціальної роботи з наркозалежними клієнтами: теоретичний аналіз. *Сучасні суспільні проблеми у вимірі соціології управління*. Т. 15. Вип. 281. С. 443 – 450.
2. Алієв, О. С., Заїка В. М. (2017). Комплексний підхід до соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції в Україні. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2017 р. К.: Університет «Україна». С. 3 – 7.
3. Алієв, О. С., Заїка, В. М. (2018). Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій до умов мирного життя: гендерний аспект. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: матеріали Міжнародної наук.-практ. конф., м. Полтава, 16-17 травня 2018 р. : у 3 т. Т. 1. К.: Університет «Україна». С. 49 – 60.
4. Байєр, О. О. (2010). Життєві кризи особистості : навчальний посібник. Д. : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту. 244 с.
5. Безпалько, О. В. (2009). Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.]. К. : Центр учбової літератури. 208 с.
6. Бех, І. Д. (2012). Особистість у просторі духовного розвитку: навч. посіб. К.: Академвидав. 256 с.
7. Богданова, Н., Кононова, М., Кононенко, Н., Харенко, С. (2008). Дезадаптація суб'єкта та її зв'язок з об'єктними відношеннями. *Психологія і суспільство*. Тернопіль. № 2. С. 164–168.
8. Болтівець, С. І. (2004). Психологічне обґрунтування заходів профілактичної роботи в навчальних закладах з метою профілактики наркоманії, токсикоманії, алкоголізму. *Практична психологія та соціальна робота*. №12. С.56–59.

9. Бондарчук, О. І. (2001). Психологія сім'ї: Курс лекцій. К.: МАУП. 96 с.
10. Бондарчук, О. І. (2006). Психологія девіантної поведінки: курс лекцій. К.: МАУП. 88 с.
11. Варбан, Є. О. (2010). Життєва криза: поняття, концепції та прояви. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 10. Кам'янець Подільський : Аксіома. С. 120–133.*
12. Власова, О. І. (2005). Психологія соціальних здібностей: структура, динаміка, чинники розвитку: монографія. К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет». 308 с.
13. Власова, О. І., Родіна, Н. В., Целікова, Ю. О., Ворнікова, Л. К., Тихоненко, Ю. О. (2022). Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Офтальмологічний журнал. № 1 (504). С. 63 – 72.*
14. Вовкогон, О. Ю. (2010). Соціальна реабілітація як третинна профілактика наркозалежності та супутніх захворювань. *Вісник НТУУ "КПІ". Політологія. Соціологія. Право : збірник наукових праць. № 3 (7). С. 68–73.*
15. Гладун, О. М. (2018). Нариси з демографічної історії України ХХ століття: Монографія / НАН України, Ін-т демограф. та соціальн. дослідж. ім. М. В. Птухи. Київ. 224 с.
16. Дворяк, С. (2003). Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин. К.: Граффіті Груп. 56 с.
17. Дембіцький, С., Серєда, Ю. (2015). Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R) : валідизація в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг. Київ. № 4. С. 40 – 71.*
18. Денисенко, А. О., Заїка, В. М. (2021а). Особливості реабілітації осіб хворих на алкоголізм методами психотерапії. *Інноваційний потенціал*

та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу: матеріали Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 18-19 травня 2021 р. К.: Університет «Україна». С. 25 – 29.

19. Денисенко, А. О., Заїка, В. М. (2021b). Психологічні особливості хворих на алкоголізм. *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: тези доповідей XVIII Всеукр. наук. конф., м. Київ, 12–13 травня 2021 р. У III част., ч. II. К. : Університет «Україна». С. 20 – 21.

20. Дзюба, Т. М., Коваленко, О. Г. (2013). Психологія дорослості з основами геронтопсихології. Навч. посібник; наук. ред., авт. передмови і додатку В. Ф. Моргун. К.: ВД «Слово». 264 с.

21. Допомога наркозалежним в Україні: довідник реабілітаційних центрів. (2014). / Анічин Є.М., Дикань З.В., Сєдих С.М. К.: «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». 68 с.

22. Життєві кризи особистості : наук.-метод. посіб. (1998). : у 2 ч. / Ін–т змісту і методів навчання; В. М. Доній, Г. М. Несек, Л. В. Сохань [та ін.]. К. : ІЗМН. Ч. 1 : Психологія життєвих криз особистості. 356 с.

23. Журавель, Т. В. (2013). Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. Соціальна педагогіка : навч. посібник / За заг. ред. О. В. Безпалько; Авт.-кол. О. В. Безпалько, І. Д. Зверева, Т. Г. Веретенко та ін. : К. : Академвидав. С. 85–101.

24. Завацька, Н. Є. (2010). Психологічні основи соціальної реадaptaції особистості зрілого віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора психол. наук: спец. 19.00.05 «Соціальна психологія; психологія соціальної роботи». К. 54 с.

25. Заїка В.М. (2006). Особливості трансформації особистості людини в ході вирішення життєвої кризи: монографія. Полтава: ПНПУ імені В.Г. Короленка. 100 с.

26. Заїка, В. М. (2009а). Динамічна модель особистісних трансформацій в умовах подолання кризових станів особистості. *Соціальна психологія*. № 1. С. 69 – 76.

27. Заїка, В. М. (2009b). Подолання кризових станів в умовах ініціювання особистісних трансформацій. *Соціальна психологія*. № 3. С. 101 – 110.
28. Заїка, В. М. (2011). Ініціювання особистісних трансформацій людини в умовах подолання нею кризових станів. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія “Психологія. Педагогіка. Соціальна робота”*. Тематичний випуск № 2 ; [відп. ред.: Л.Ф. Бурлачук]. К.: Видавничо-поліграфічний центр "Київський університет". С. 43 – 46.
29. Заїка, В. М. (2014). Теорія ініціювання особистісних трансформацій в психологічній науці. *Гуманітарний вісник ДВНЗ “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди”*. Додаток 1 до Вип. 35, Том VI (57) : Тематичний випуск “Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору”. К.: Гнозис. С. 128 – 139.
30. Заїка, В. М. (2015). Типологічні моделі ініціювання особистісних трансформацій в умовах подолання кризових станів особистості: автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Луцьк. 20 с.
31. Заїка, В. М. (2017). Інтернет-залежність як одна із форм адиктивної поведінки сучасної молоді. *Молодь: освіта, наука, духовність: тези доповідей XIV Всеукр. наук. конф., м. Київ, 04–06 квітня 2017 р. У II част., ч. II. К. : Університет «Україна»*. С. 82 – 84.
32. Заїка, В. М. (2018). Гендерний аспект соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції до умов мирного життя. *Психологічні виміри культури, економіки, управління : Науковий журнал / відповідальний ред. О.М. Лозинський*. Україна, Львів. Випуск XII. С. 6 – 16.
33. Заїка, В. М. (2022). Проблема поширення адиктивної поведінки в сучасному суспільстві та шляхи її подолання. *Правові, економічні та соціокультурні засади регулювання суспільних відносин: сучасні реалії та*



*виклики часу*: матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 08 грудня 2022 року. Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна». С.

34. Ильченко, Р. Н. (2008). Функциональная семья III тысячелетия. *Наукові студії з соціальної та політичної психології*. Зб. статей. Вип. 21 (24). К. С. 46-58.

35. Ильченко, Р. Н. (2019). Применение метода преодоления последствий травм, насилия и депривации (по М. Мюррей) для успешной социализации учащихся. *Гимназия – мировоззрение, компетентность, творчество*. Сб. материалов Международного образовательного форума (Республика Казахстан, г. Нур-Султан, 15-16 ноября 2019 г.). Нур-Султан: ГУ Комплекс ДС-ШГ № 47. С. 22-25.

36. Ильченко, Р. М. (2011а). Допомога особистісному зростанню повнолітніх, що зазнали травм, насильства та депривації у дитинстві, за психотерапевтичним методом Мерілін Мюррей. Науково-методична розробка; за ред. В. Ф. Моргуна; відпов. за випуск М. Мюррей. Полтава: ПНПУ ім. В. Г. Короленка. 46 с.

37. Ильченко, Р. М. (2011b). Проблема психотерапевтичної допомоги повнолітнім, що зазнали насильства, травм та депривації у дитинстві; наук. керівник В. Ф. Моргун. *Наукові здобутки студентів та магістрантів – освіти XXI століття*. Збірник наукових праць. Полтава: ПНПУ. Вип. 11. С. 304-306.

38. Ильченко, Р. М. (2019а). Допомога особистості методом подолання травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) в умовах сучасного комунікативного простору. *Актуальні проблеми сучасного дискурсу в теоретичній та прикладній лінгвістиці*: Мат-ли IV Регіон. наук.-практ. конф. (м. Полтава, 5 грудня 2019 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна». С. 299-301.

39. Ильченко, Р. М. (2019b). Комплексна методика діагностичного супроводу психологічної реадаптації постнаркозалежних у зрілому віці.

*Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості*. Зб. наук. Праць за матеріалами II Міжнародної науково-практичної конференції (м. Херсон, 26-27 вересня 2019 р.) / ред. колегія: О.Є. Блинова, Н.І. Тавровецька (відп. за випуск). Херсон: ФОП Вишемирський В.С. С. 99 – 103.

40. Ільченко, Р. М. (2019с). Комплексне психодіагностичне забезпечення психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Вип. 4. Херсон. С. 94-102.

41. Ільченко, Р. М. (2019d). Метод подолання наслідків травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) в психологічній практиці. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2019 р. К.: Університет «Україна». С. 90 – 92.

42. Ільченко, Р. М. (2019е). Метод становлення здорової врівноваженої особистості через подолання травм, насильства і депривації (за М. Мюррей). *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: тези доповідей XVI Всеукр. наук. конф., м. Київ, 16–18 квітня 2019 р. У III част., ч. II. К. : Університет «Україна». С. 203-205.

43. Ільченко, Р. М. (2019f). Метод становлення здорової врівноваженої особистості через подолання наслідків травм, насильства і депривації (за М. Мюррей) як засіб психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2019. Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Випуск 19. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка. С. 190 – 208.

44. Ільченко, Р. М. (2019g). Проблема реадaptaції та ресоціалізації постнаркозалежних дорослих. *Вектори психології-2019*. Мат-ли Міжнарод. наук.-практ. конференції (м. Харків, 24 квітня 2019 р.) / за ред. Н. П. Крейдун, О. Ф. Іванової, І. В. Кряж та ін. Харків: ХНУ імені

В. Н. Каразіна. С. 130-133 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/14636>

45. Ільченко, Р. М. (2019h). Психологічні особливості ресоціалізації постнаркозалежних осіб. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2019 р. К.: Університет «Україна». С. 124 – 126.

46. Ільченко, Р. М. (2020a). Вплив несприятливого дитячого досвіду на вживання психоактивних речовин у дорослому віці. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: Мат-ли Міжнародної наук.-практ. онлайн конф. (м. Полтава, 25-26 березня 2020 р.). Полтава: Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна». С. 77-81.

47. Ільченко Р. М. (2020b). «Дерево дисфункцій» у програмі психосоціальної реадaptaції постзалежних дорослих людей від наркотиків, алкоголю та азартних ігор за методом Мюррей. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*. Мат-ли IV Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Полтава, 28 лютого 2020 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна». С. 16-30.

48. Ільченко, Р. М. (2020c). Динаміка показників соціально-психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом М. Мюррей. *Психологія і особистість*. К.-Полтава. № 2 (18). С. 96-111.

49. Ільченко, Р. М., Заїка, В. М. (2020d). Несприятливі події дитинства як чинник виникнення ризикованої поведінки в майбутньому. *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: тези доповідей XVII Всеукр. наук. конф., м. Київ, 27–28 травня 2020 р. У III част., ч. III. К. : Університет «Україна». С. 194 – 196.

50. Ільченко, Р. М. (2020e). Психологічний аналіз причин виникнення наркозалежності. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: Мат-ли IV Всеукраїнської наук.-практ.

конф. (м. Полтава, 28 лютого 2020 р.). Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна». С. 89-92.

51. Ільченко, Р. М., Мюррей, М., Моргун, В. Ф. (2021a). Динаміка соціально-психологічних та особистісних показників реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб за методом М. Мюррей. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. IX (96), Issue: 245, Budapest. P. 71-77.

52. Ільченко, Р. М., Заїка, В. М. (2021b). Застосування методу М. Мюррей в практиці психокорекційної роботи. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: матеріали Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 18-19 травня 2021 р. К.: Університет «Україна». С. 29 – 31.

53. Ільченко, Р. М., Заїка, В. М., Моргун, В. Ф. (2021c). Метод Мюррей як засіб психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *International scientific and practical conference «Pedagogy and Psychology in the Modern World: the art of teaching and learning»* : conference proceedings. Wloclawek, Republic of Poland, 2021, February 26-27. Vol. 1. Riga, Latvia : Baltija Publishing. P. 97-101.

54. Ільченко Р. М., Заїка В. М., Моргун В. Ф. (2021d). Психосоціальна реадaptaція постнаркозалежних за методом Мюррей як основа формування здорової врівноваженої особистості. *Scientific Collection «InterConf»*, (42): with the Proceedings of the 1-st International Scientific and Practical Conference «Theory and Practice of Science: Key Aspects» [Psychology and Psychiatry] (Rome, February 19-20, 2021). Rome, Italy: Dana. P. 445-455.

55. Кім, О. В. (2017). Подолання травмуючих подій у дітей. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. № 1. С. 92 – 100.

56. Кіосева, О. В. (2016). Мотиваційні предиктори вживання психоактивних речовин молоддю України. *Діагностика та лікування психічних та наркологічних розладів*. Т.24. Вип.4. С.61–64.

57. Коваленко, О. Г. (2015). Міжособистісне спілкування осіб похилого віку: психологічні аспекти : монографія. К.: Інститут обдарованої дитини, 2015. 456 с.
58. Кокун, О. М. (2004). Передумови та негативні наслідки розповсюдження наркоманії. *Практична психологія та соціальна робота*. №10. С. 10–11.
59. Конквест, Р. (1993). Жнива скорботи : колективізація і голодомор. Київ: Либідь. VII. 275 с.
60. Кононова, М. М. (2009а). Глибинні детермінанти психічної дезадаптації суб'єкта. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія : зб. статей*. Ялта : РВВ КГУ. Вип. 21. Ч. 2. С. 19–27.
61. Кононова, М. М. (2009б). До проблеми дезадаптації – психофізіологічний аспект. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки : зб. наук.праць. К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова. Вип. 24 (48). С. 68–73.
62. Кононова, М. М. (2009с). Когнітивний дисонанс як детермінанта дезадаптації суб'єкта. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. Праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / наук. ред. С. Д. Максименко. К. : Главник. Т. XI. Ч. 2. С. 204–213.
63. Кононова, М. М. (2020). До проблеми депривації особистості в контексті глибинного пізнання. *Психологічні координати розвитку особистості: реалії та перспективи* : електронний збірник матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції. Полтава, 27–28 квітня 2020 року. С. 63–67.
64. Кононова, М. М. (2021а). Аналіз взаємозв'язку травмивних переживань дитинства та дезадаптивної поведінки. *Психологія і особистість: науковий журнал*. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. ПНПУ імені В. Г. Короленка. Україна, Київ, Полтава. №1 (19). С. 126-141.

65. Кононова, М. М. (2021b). Особливості деприваційного впливу на розвиток особистості. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості*: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., 3–4 червня 2021 р. Полтава : Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». С. 119–123.
66. Кононова, М. М., Кононов, Б. С. (2022a). Роль групової глибинної психокорекції у психологічній реадаптації постнаркозалежних осіб. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського*. Серія: педагогіка і психологія. № 71. С.122–127.
67. Кононова, М. М. (2022b). Соціально-психологічна реадаптація дорослих постнаркозалежних як складова психологічної реабілітації. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 38. С. 72–76.
68. Кочарян, О. С., Антонович, М. О. (2016). Теоретичні аспекти вивчення психологічних особливостей наркозалежності. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. Т. 3. № 1. С. 62-67.
69. Кочарян О.С., Савіна, М.В., Антонович, М. О. (2017). Система відносин наркозалежної особистості. *Психологічне консультування і психотерапія*. Т. 1, Вип. 8. С. 16-23.
70. Кочарян, О. С., Савіна, М. В., Слюсар, В. В., Антонович, М. О. (2018). Особливості "Я"-концепції наркозалежної особистості. *Медична психологія*. Т. 13, № 2. С. 66-71.
71. Крамченкова, В. О. (2006). Наркотична залежність і синдром емоційного вигоряння в мікросоціальному середовищі. *Вісник ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія*. Харків: ХНПУ. Вип. 20. С. 104 – 110.
72. Крамченкова, В. О. (2015). Наукові підходи до дослідження тютюнової адитивної поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. Вип.5. С. 175 – 180.

73. Крамченкова, В. О. (2017). Взаємозв'язок сімейного функціонування та особистісного розвитку курців. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 55*. С.48-57.

74. Крамченкова, В. О. (2018). Особливості впливу паління на сімейне функціонування на різних етапах життєвого циклу родини. *Медична психологія*. № 4. С.12-18.

75. Лавріненко, В. А. (2018). Міжособистісна взаємодія у неформальних об'єднаннях як чинник розвитку ціннісно-сміслової свідомості підлітків: автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ. 20 с.

76. Лавріненко, В. А. (2021). Формування життєвих смислів як фактор корекції поведінки наркотично залежних. Обґрунтування моделі тренінгу. *Дослідження різних напрямів розвитку психології та педагогіки: Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (19–20 листопада 2021 р., м. Одеса)*. Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки». С. 34 – 38.

77. Литвинчук, Л. М. (2014а). Визначення причин виникнення наркозалежності в сучасному соціокультурному середовищі як індивідуалізація методів профілактики. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. пр. К. : НУОУ. Вип. 5 (42). С. 274–280.

78. Литвинчук, Л. М. (2014б). Особливості використання музичної дії в психологічній роботі з наркозалежними. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. пр. К. : НУОУ. Вип. 4 (41). С. 248–252.

79. Литвинчук, Л. М. (2014с). Психокорекційна робота з хворими на наркоманію засобами мистецтва: теоретичні аспекти та перспективи. *Психологія. Педагогіка: наук.-метод. журн. «Горизонти освіти»*. Севастополь. № 2 (41). С. 114–119.

80. Литвинчук, Л. М. (2016а). До проблеми психологічних механізмів аддиктивного процесу. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук.

пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : ПП Лисенко М. М. Т. IX, вип. 8. С. 296–305.

81. Литвинчук, Л. М. (2016b). Основні підходи до вивчення проблеми наркотичної залежності. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К. : ДП Інформаційно-аналітичне агентство. Т. V, вип. 16. С. 109–117.

82. Литвинчук, Л. М. (2016с). Проблема анозогнозії наркологічних хворих як фактор виявлення закономірностей процесів їх реабілітації та ресоціалізації. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка. Т. XI, вип. 14. С. 38–50.

83. Литвинчук, Л. М. (2017а). Модель психологічної реабілітації наркозалежних осіб. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. К. : Вид.-поліграф. центр «Київський університет». Вип. 1 (6). С. 86–90.

84. Литвинчук, Л. М. (2017b). Психологія реабілітації наркозалежних осіб : монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка. 363 с.

85. Литвинчук, Л. М. (2017с). Сучасні погляди на проблему психологічної залежності наркоманів. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка». Т. VII, вип. 43. С. 84–94.

86. Литвинчук, Л. М. (2017d). Сучасні реабілітаційні підходи в наркології. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. К.: Вид.-поліграф. центр «Київський університет». Вип. 2 (37). С. 28–31.

87. Литвинчук, Л. М. (2018). Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – «медична психологія». Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 178 с.



88. Лінський, І. В., Мінко, О. І., Первомайський, Е. Б. (2007). Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. №2. С. 44–58.

89. Лозинська, Т. Л. (2013). Психологічні аспекти християнської реабілітації uzалежнених людей. *Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Психологія і педагогіка*. Вип. 23. С. 133-140.

90. Лужецька, Н. А. (2015). Причини виникнення наркоманії та механізми її поширення: державно-управлінський аспект. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Одеса : ОРІДУ НАДУ. Вип. 17. С. 119 – 134.

91. Лужецька, Н. А. (2017a). Зарубіжний досвід реалізації державної політики щодо запобігання та протидії наркоманії. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук. пр. Одеса : ОРІДУ НАДУ. Вип. 1 (69). С. 81–88.

92. Лужецька, Н. А. (2017b). Новітня державна політика України щодо запобігання та протидії наркотикам: сучасний стан та перспективи. *Юридичний вісник*. № 2. С. 254–260.

93. Лужецька, Н. А. (2018). Механізми реалізації державної політики протидії та запобігання наркоманії. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. (281 – Публічне управління та адміністрування) / Н.А. Лужецька. Одеса: Одеський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентові України. 239с.

94. Максименко, К. М. (2008). Гендерні аспекти відносин серед наркозалежних: брак контролю як головний фактор соціальної вразливості для жінок, які споживають ін'єкційні наркотики. *Наукові записки НаУКМА*. Т. 83 : Соціологічні науки. С. 56-62.

95. Максименко, С. Д. (2004). Актуальні питання профілактики наркоманії. *Практична психологія та соціальна робота*. №10. С.1–3.
96. Максименко, С. Д., Максименко, К. С., Папуча, М. В. (2007). *Психологія особистості*. К. : Видавництво ТОВ “КММ”. 296 с.
97. Максименко, С. Д., Шевченко, Н. Ф. (2007). Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навч. посіб. К. : Ін-т психології імені Г.С. Костюка; Ніжин : Міланік. 115 с.
98. Максименко, С. Д. (2013). Психологія учіння людини: генетико-моделюючий підхід. Монографія. К.: ВД «Слово». 592 с.
99. Максименко, С. Д. (2015). Практикум із групової психокорекції: підруч. / С. Д. Максименко, О. О. Прокоф'єва, О. В. Царькова та ін. К.: ВД «Слово». 752 с.
100. Максимова, Н. Ю. (2011). Психологія девіантної поведінки: навч. пос. К.: Либідь. 520 с.
101. Маноха, І. П. (2001). Психологія потаємного “Я”. К.: Поліграфкнига. 448 с.
102. Медведєв, В. С., Шевченко, О. М. (2012). Юридично-психологічна характеристика сучасних проблем української молоді: проблема наркоманії. *Юридична психологія та педагогіка*. Науковий журнал. № 2 (12). К.: Національна академія внутрішніх справ. С. 36–46.
103. Месле, Ф., Валлен, Ж. (2008). Смертність та причини смерті в Україні у ХХ столітті / за участю Школьников В., Пирожкова С., Адамця С.; пер. з франц. Є. Марічева, за ред. С. Пирожкова. Київ : Стилос. 416 с.
104. Михайлів, С. В. (2018). Особливості ціннісних орієнтацій наркозалежних у період реабілітації. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Випуск 3. Том 2. Херсон. С. 220 – 224.
105. Михайлів, С. В. (2019). Динаміка показників емоційної сфери наркозалежних в період реабілітації. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. VII(84). Issue 207. С. 66–70.

106. Михайлів, С. В. (2020). Психологічне дослідження чинників формування хімічної залежності особистості. *Психологія і особистість*. № 1. С. 94–108.

107. Михайлів, С. В. (2021). Динаміка особистісного росту в хімічно залежних осіб в умовах роботи центрів соціально-психологічної реабілітації. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія. Переяслав: ДВНЗ ПХДУ імені Григорія Сковороди. 382 с. (На правах рукопису).

108. Мілютіна, К. Л. (2012). Особливості життєвих диспозицій наркозалежних хворих. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота*. Вип. 6. С. 29–33.

109. Мілютіна, К. Л. (2018). Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Запорізького національного університету та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України* / За ред. С. Д. Максименка, Н. Ф. Шевченко, М. Г. Ткалич. Запоріжжя : ЗНУ. № 2 (14). С. 78–83.

110. Моргун, В. Ф. (1992). Концепція багатовимірного розвитку особистості та її застосування. *Філософська і соціологічна думка*. К. № 2. С. 27–40.

111. Моргун, В. Ф. (1997). Виховні ідеали двох етнокультур: північно-американської та східно-слов'янської. *Етнонаціональний розвиток в Україні та стан української етнічності в діаспорі*. Матеріали V Міжнародної н.-п. конфер. / за ред. М. І. Пірен. Ч. 1. Київ-Чернівці: КВГУ. С. 443 – 448.

112. Моргун, В. Ф. (2000). Психоаналіз і багатовимірність особистості. *Психологія і суспільство*. Тернопіль. № 2. С. 57 – 65.

113. Моргун, В. Ф. (2002). Психологія особистості в педагогіці А. С. Макаренка. Факсиміл. зб. праць 1988-2001 рр. Полтава: АСМІ. 84 с.

114. Моргун, В. Ф. (2004). Становлення громадянськості особистості в контексті її психічної та соціальної зрілості. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. Зб. наук. праць Інст. психол. імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. К.: Гнозіс. Т. VI. Вип. 2. С. 203 – 215.
115. Моргун, В. Ф. (2008). Часові транспективи життя особистості і трудова педагогіка А. С. Макаренка. *Наука і освіта*. Одеса. № 3. С. 229 – 234.
116. Моргун, В. Ф. (2010). Багатовимірність та цілісність менталітету особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. К. № 5. С. 1 – 10.
117. Моргун, В. Ф. (2013а). Багатовимірна типологія ігор як основа інтерактивних методів дидактики та тренінгових методів психокорекції. *Від інноваційного змісту і технологій освіти до інноваційного прогресу*. Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Кременчук, 15 жовтня 2013 р.) / за ред. І. М. Бобер, А. П. Самодрин. Київ – Кременчук: Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих НАПН України; Кременчуцька гімназія № 5 імені Т.Г. Шевченка. С. 32 – 34.
118. Моргун, В. Ф. (2013b). Другий і третій віки людини у контексті періодизації багатовимірного розвитку особистості. Додаток. Дзюба Т.М., Коваленко О.Г. *Психологія дорослості з основами геронтопсихології*. Навч. Посіб. / за ред. В.Ф. Моргуна. К.: ВД «Слово». С. 260 – 264.
119. Моргун, В. Ф., Тітов, І. Г. (2013с). Основи психологічної діагностики. Навч. посіб. 3-є вид. К.: ВД «Слово». 464с.
120. Моргун, В. Ф. (2014). Підвищення культури екзистенціальних виборів людини засобами психодіагностики. *Психологічна культура: види, інваріанти, розвиток*. Колект. моногр. / відп. ред. Г. Є. Улунова. Суми: ВВП «Мрія». С. 175 – 200.
121. Моргун, В. Ф. (2016а). Психодіагностичний супровід особистості у ситуаціях професійного самовизначення. *Наука і освіта*. Одеса. № 2-3. С. 156 – 164.

122. Моргун, В. Ф., Заїка, В. М. (2016b). Типологія життєвих криз та ініціальних тенденцій трансформації людини на основі багатовимірної теорії особистості. *Психологія і особистість*. № 2 (10). Частина 2. С. 29 – 44.

123. Моргун, В. Ф. (2017). Багатовимірна теорія особистості та принцип доповнення діяльності, установки і вчинку. *Психологія і особистість*. Полтава. № 2. С. 11 – 29.

124. Моргун, В. Ф. (2018). Інобуття особистості після смерті та апробація методики соціометричного контент-аналізу ставлення нащадків до видатного діяча. *Психологія і особистість*. К. – Полтава. № 2. С. 208 – 226.

125. Моргун, В. Ф. (2020). Опитувальник бюджетів часу людини як засіб формування здорового способу життя. *Сучасні проблеми екологічної психології: соціальні та особистісні ресурси створення благополучного локального середовища*. Матер. XVI Міжнар. наук.-практ. конфер. (м. К. – Миколаїв, 15 травня 2020 р.) / за ред. Ю. М. Швалба. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. С. 84 – 86.

126. Моргун, В. Ф. (2021a). Багатовимірна типологія ноопсихології особистості, її менталітету та інтедифії освіти. *Ноосфера Вернадського, сучасна освіта і наука*. Колект. моногр. / за наук. ред. А. П. Самодрин. Київ-Кременчук: ПП Щербатих О. В. Т. 1. С. 208 – 234.

127. Моргун, В. Ф. (2022). Простір-час ноосфери Вернадського і транспектива розвитку особистості: від життєвого шляху до безсмертя. *Ноосфера Вернадського, сучасна освіта і наука: кол. монографія / за наук. ред. А. П. Самодрин. Київ – Кременчук : ПП Щербатих О. В., Т. 2. С. 162 – 223.*

128. Мостова, Т. Д.(2012). Динаміка особистісних змін опіатних наркозалежних у процесі ресоціалізації. *Вісник Одеського національного університету. Психологія*.Т. 17, Вип. 9. С. 165 – 173.

129. Мюррей, М., Ільченко, Р. (2011). Допомога особистісному зростанню повнолітніх, що зазнали травм, насильства та депривації у

дитинстві, за психотерапевтичним методом Мерілін Мюррей. Науково-методична розробка; за ред. В. Ф. Моргуна; відпов. за випуск М. Мюррей. Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка. 46 с.

130. Нагорна, А. М., Беспалько, В. В. (2005). Наркоманія: адаптація молоді до праці та життя : [монографія]. Кам'янець-Поділ. : Аксіома. 383 с.

131. Наказава, Д. Д. (2022). Уламки дитячих травм. чому ми хворіємо і як це припинити К.: Форс Україна. 384 с.

132. Нестеренко, Т. І. (2005). Повернення до людей. Полтава: ВАТ «Видавництво «Полтава. 352с.

133. Огляд програм ресоціалізації для споживачів наркотиків серед молоді та підлітків. (2010). К.: ПЦ «Фоліант». 88 с.

134. Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В. І. Моросанова. (2021). [Електронний ресурс]. – <http://psy.kpi.ua/wp-content/uploads/2018/09/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0-2.-%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%B3%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%86%D1%96%D1%8F-%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B8.pdf> (дата звернення 23.01.2021) – Назва з екрана.

135. Основи психотерапії: навчальний посібник. (2013). / наук. редактори: К. В. Седих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацька. Полтава. 329 с.

136. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія. (2017). / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка. 540 с.

137. Оцінка можливості інтеграції вразливих груп населення в життя громади м. Полтави задля створення безпечного середовища. (2018). Звіт за результатами дослідження. К.: Експертний центр з прав людини. Міжнародний фонд «Відродження». 36 с.

138. Павлик, Н. В. (2017). Психологія гармонізації характеру в юнацькому віці : автореферат дис. ... докт. психол. наук : 19.00.07; наук. консультант Е.О. Помиткін; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ. 45 с.

139. Панок, В. Г. (2005). Організація антинаркотичної профілактичної роботи в навчальних закладах. Науково-методичні засади діяльності психологічної школи : Навч.-метод. посібник: В 2 т. / За заг. ред. В.Г. Панка, І.І. Цушка. К. : Нікацентр, 2005. Т.2. С. 19–33.

140. Панок, В. Г. (2010). Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку: Монографія. Чернівці: Технодрук. 486 с.

141. Панок, В. Г., Рудь, Г. В. (2006). Психологія життєвого шляху особистості : монографія. К. : Ніка-Центр. 280 с.

142. Пляцок, М. С. (2017). Взаємозв'язок здоров'я та вживання наркотиків *Матеріали XLVI науково-технічної конференції підрозділів ВНТУ*, Вінниця, 22-24 березня 2017 р. Електрон. текст. дані. URL : <https://conferences.vntu.edu.ua/index.php/all-hum/all-hum-2017/paper/view/2620>.

143. Повернення до здорового способу життя дорослих людей, постзалежних від наркотиків, алкоголю та азартних ігор. (2020). Програма психосоціальної реадaptaції за методом Мюррей / автор-розробник Р. М. Ільченко; науков. ред. В. Ф. Моргун. Полтава: ПП Астроя. 56 с.

144. Помилуйко, В. Ю. (2016). Характеристика вікових стадій дорослості з урахуванням можливостей розвитку ключових компетентностей особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. Вип. 5(2). С. 50-55.

145. Помиткін, Е. О. (2013). Психологічна діагностика духовного потенціалу особистості: посібник. Кіровоград: Імекс-ЛТД. 144с.

146. Пріб, Г. А. (2016). Соціальна психіатрія і наркологія : навчальний посібник. К. : ІПК ДСЗУ. 255 с.

147. Пріоритети у профілактиці ВІЛ/СНІДу: стратегія зменшення шкоди. (2005). / А. Бега, О. Ремига, О. Татаревський, А. Толопило, І. Шевляков. К.: Міжнародний центр перспективних досліджень. 45 с.
148. Психологічна служба : підруч. (2016). / [В.Г. Панок (наук. ред.), А.Г. Обухівська, В.Д. Острова та ін.]. Київ : Ніка-Центр. 362 с.
149. Психологія життєвої кризи. (1998). / Відп. ред. Т. М. Титаренко. К. : Агропромвидав України. 348 с.
150. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навч.-метод. посіб. (2012). / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова, Ін-т соц. роботи та упр. ; наук. ред. і кер. пробл. групи: Л. М. Вольнова. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 273 с.
151. Рибалка, В. В. (1998). Особистісний підхід у профільному навчанні старшокласників: Монографія. Київ: Деміур. 160 с.
152. Рибалка, В. В. (2005). Особистісно центроване консультування клієнтів із патогенною психодинамічною неконгруентністю: метод. посіб. Акад. пед. наук України, Ін-т психології імені Г. С. Костюка, Акад. пед. наук України, Ін-т педагогіки і психології професійної освіти. Київ. 54 с.
153. Рибалка, В. (2009). Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. К.: Шк. світ. 128 с.
154. Рибалка, В. В. (2011). Психологія честі та гідності особистості: культурологічні та аксіологічні аспекти: науково-методичний посібник. Київ: Інформаційні системи. 427 с.
155. Рибалка, В. В., Самодрин, А. П., Моргун, В. Ф. (2019). Психопедагогічні експедиції шляхами демократизації життя особистості, освіти та громадянського суспільства: метод. посібник; за ред. В. В. Рибалки. К.: ТАЛКОМ. 280 с.
156. Савчук, О. М. (2001). Феномен співзалежності в контексті терапевтичного втручання. *Соціальна політика і соціальна робота*. № 4. С. 81-95.



157. Савчук, О. М. (2003а). Динаміка психологічного стану жінок, що зазнають домашнього насильства з боку залежного від алкоголю чоловіка, внаслідок індивідуальної та групової роботи. *Актуальні проблеми психології*. К. Т.1. Ч.10. Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. С. 107 – 111.
158. Савчук, О. М. (2003b). Стратегії роботи зі співзалежними жінками, які зазнають насильства в сім'ї. *Практична психологія та соціальна робота*. № 4. С. 51 – 60.
159. Седих, К. В. (2008). Психологія взаємодії систем: «сім'я та освітні інституції». Монографія. Полтава : Довкілля. К. 228 с.
160. Седих, К. В. (2013а). Психологія сім'ї. Навчальний посібник. Полтава. 197 с.
161. Седих, К. В. (2013b). Чинники і механізми змін в процесі психотерапії. *Вісник Харківського національного педагогічного університету*. Харків. Серія «Психологія». Випуск 45. Частина 1. С. 180–191.
162. Седих, К. В. (2016). Дослідження репрезентації соціально-політичної кризи в суспільній свідомості жителів України в системно-синергетичному підході. *Психологія і особистість*. № 1. С.53 –69.
163. Седих, К. В., Моргун, В. Ф. (2019). Делінквентний підліток. Навчальний посібник для студентів. 3-е вид., доп. К.: ВД «Слово». 272 с.
164. Седих, К. В., Лавріненко, В. А. (2022). Особливості психотерапевтичної роботи із сім'ями хімічно uzалежнених пацієнтів. *Психологія і особистість*. № 2 (22). С. 98 – 114.
165. Семігіна, Т. В. (2007). Соціальна психологічна реабілітація в рамках програми замісної підтримки. К.: Консум. 51 с.
166. Сердюк, О. О., Белоусов, Ю. Л. (2006). Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю: [навч. посіб.]. Харків: Нац. ун.-т внутрішніх справ. 303 с.
167. Сорока, А. В. (2011). Психодіагностична програма дослідження розвитку ресоціалізації засуджених у період підготовки до звільнення з

пенітенціарних установ. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія : Психологія.* № 937, вип. 45. С. 268 – 270.

168. Становлення здорової врівноваженої особистості за методом Мюррей: Перший рівень. (2012а). Засновник методу: Marilyn L. Murray. Методична розробка. Полтава: Благодійна організація «Вихід е!». 20 с. На правах рукопису.

169. Становлення здорової врівноваженої особистості за методом Мюррей: Другий рівень. (2012b). Засновник методу: Marilyn L. Murray. Методична розробка. Полтава: Благодійна організація «Вихід е!». 23 с. На правах рукопису.

170. Становлення здорової врівноваженої особистості за методом Мюррей: Третій рівень. (2012c). Засновник методу: Marilyn L. Murray. Методична розробка. Полтава: Благодійна організація «Вихід е!». 16 с. На правах рукопису.

171. Становлення здорової врівноваженої особистості за методом Мюррей: Четвертий рівень. (2012d). Засновник методу: Marilyn L. Murray. Методична розробка. Полтава: Благодійна організація «Вихід е!». 18 с. На правах рукопису.

172. Становлення здорової врівноваженої особистості за методом Мюррей: Четвертий рівень. (2012d). Методична розробка. Полтава: Благодійна організація «Вихід е!». 28 с. На правах рукопису.

173. Становських, З. Л. (2010). Психологія професійної кризи дорослих: монографія; Акад. пед. наук України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. К. : Освіта України. 329 с.

174. Таточенко, С. А. (2017а). Психологічні аспекти реадaptaції наркозалежної особистості у рамках програми зменшення шкоди. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.* Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Випуск 16. С. 190 – 202.

175. Таточенко, С. А. (2017b). Психологічні аспекти реадаптації у рамках підходу зниження шкоди [Електронний ресурс]. *Науковий вісник молодих учених і аспірантів ХДУ: Збірник наукових праць*. С. 53 – 60. – Режим доступу: <http://www.kspu.edu/About/NewScienceActivity/Council>

176. Титаренко, Т. М. (1997). Кризова особистість у психолого-антропологічному вимірі. *Соціально-гуманітарна освіта України та шляхи її розбудови*, Київ: Вид-во Генеза. С. 264 – 268.

177. Титаренко, Т. М. (2003). Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. К.: Либідь. 376 с.

178. Титаренко, Т. М. (2007a). Життєві кризи: технології консультування. Друга частина. К.: Главник. 176 с.

179. Титаренко, Т. М. (2007b). Життєві кризи: технології консультування. Перша частина. К.: Главник. 144 с.

180. Тополь, О. В. (2015). Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. Вип. 124. С. 230 – 233.

181. Туриніна, О. Л. (2017). Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”. 160 с.

182. Федорі, Ю. С. (2012). Теоретичний аналіз соціально-психологічної реадаптації осіб, які перебували в екстремальній ситуації. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. Вип. 2 (1). С. 332 – 330.

183. Фільц, О. О., Седих, К. В., Михайлів, С. В. (2018). Фіксована уява як механізм виникнення uzалежнення. *Психологія і особистість*. № 2 (14). С. 9-22.

184. Фоменко, Н., Скрипник, М., Фатхутдінова, О. (2015). Правова педагогіка: навч. посіб.; [за наук. ред. Н. А. Фоменко]. Київ: Ун-т туризму, економіки і права; Херсон: Олді-Плюс. 326 с.

185. Фромм, Е. (2019). Втеча від свободи / Пер. з англ. М. Яковлев. Харків: «КСД». 288 с.
186. Фромм, Е. (2020). Мати або бути? / Пер. з англ. Г. В. Яновська. Харків: «КСД». 304 с.
187. Халепа, К. Ф. (2013). Особливості психологічної допомоги дітям, які зазнали психологічної травми. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Психологічні науки*. Вип. 114. С. 195 – 198.
188. Харченко, С. Я. (2006). Соціалізація дітей та молоді в процесі соціально-педагогічної діяльності: теорія і практика: монографія. Луганськ: Альма-матер. 230 с.
189. Целікова, Ю. О. (2020). Вплив негативного дитячого досвіду на формування комунікативної толерантності. *Габітус*. Випуск 18. Т. 2. С. 125 – 129.
190. Черезова, І. О. (2016). Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник. Бердянськ, БДПУ. 193 с.
191. Чернецька, Ю. І. (2012). Соціально-педагогічні аспекти ресоціалізації наркозалежної молоді. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти* : зб. наук. пр. Х. № 30 – 31. С. 290 – 295.
192. Чернецька, Ю. І. (2014). Сучасний стан та шляхи розв'язання проблеми ресоціалізації наркозалежних осіб в Україні та за кордоном. *Наук. зап. Сер. „Психолого-педагогічні науки”*: зб. наук. пр. Ніжин. держ. ун-ту імені Миколи Гоголя / за заг. ред. проф. Є. І. Коваленко. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя. № 4. С. 220 – 226.
193. Чернецька, Ю. І. (2015а). Методологічні підходи до соціально-педагогічної роботи з наркозалежними особами в умовах реабілітаційних центрів. *Вісн. Луган. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки*. № 2(291). С. 158 – 167.
194. Чернецька, Ю. І. (2015b). Процес ресоціалізації наркозалежних осіб: структурний аналіз. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні*

*технології*: зб. наук. пр. Суми : СумДУ імені А. С. Макаренка. № 8(52). С. 379–388.

195. Чернецька, Ю. І., Харченко, С. Я., Рассказова, О. І. (2015с). Соціально-педагогічна робота з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів : навч.-метод. посіб. Х. : ФОП Панов А. М. 120 с.

196. Чернецька, Ю. І. (2015d). Соціально-педагогічна робота з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів: теорія та технології : монографія. Х. : ФОП Панов А. М. 436 с.

197. Чернецька, Ю. І. (2016а). Понятійна тріада „соціалізація–десоціалізація–ресоціалізація” в контексті вивчення соціально-педагогічних проблем наркозалежних осіб. *Педагогіка вищої та середньої школи* : зб. наук. пр. Кривий Ріг. Вип. 47. С. 275 – 281.

198. Чернецька, Ю. І. (2016b). Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – «соціальна педагогіка». Державний заклад «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка» Міністерства освіти і науки України. Старобільськ. 522 с.

199. Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін’єкційним шляхом (2006).: Аналітичний звіт та Стратегії профілактики ініціації вживання наркотиків ін’єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді / Кол. авт.; За ред. О. М. Балакіревої та Ж.-П. Грунда. К.: „Версо 04”. 140 с.

200. Чуб, К. Ф., Процай, Л. П. (2014). Математичні методи в психології: Навчальний посібник. Полтава : ПДПУ імені В. Г. Короленка. 110 с.

201. Чуйко, О. В. (2013). Особистісне становлення суб’єктів професійної діяльності у соціономічних професіях: [монографія]. К.: АДЕФ-Україна. 280 с.

202. Чуйко, О. В. (2015). Соціальна реабілітація: підходи до змістовних характеристик процесу. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. № 4 (29). С.152-158.
203. Чуйко, О. В., Кунцевська, А. В., Тохтамиш, О. М. та ін. (2021). Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації: монографія (за ред.О.В. Чуйко). К.: ВПЦ «Київський університет». 336 с.
204. Щербина, Л. Ф. (2002). Методичні підходи до психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин. *Практична психологія та соціальна робота*. № 8. С. 20-31.
205. Школа консультантів із питань залежностей: Інформаційно-освітня програма. (2018). / авт.-укл. Р. М. Ільченко; за ред. Т. А. Устименко. Полтава : БО РЦ «Вихід Є!»). 42 с.
206. Штейн, Н. Г. (2015). Психолого-правові чинники ресоціалізації наркозалежної особистості. *Право і безпека*. № 2 (57). С. 227–232.
207. Шумейко, А. П. (2017). Види реадптації і психореабілітації учасників бойових дій. *Проблеми екстремальної та кризової психології*: збірник наукових праць. Випуск 21. К. С. 220–229.
208. Яценко, Т. С., Бондар, В. І., Євтушенко, І. В., Кононова, М. М., Максименко, О. Г. (2015). Самодепривація психіки та дезадаптація суб'єкта. Монографія. Київ : Вид-во НПУ імені М. Драгоманова. 280 с.
209. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Giles, W. H. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Vol. 256. P. 74–186. – doi:10.1007/s00406-005-0624-4.
210. Andrew Solomon. (2002). *Far From the Tree: Parents, Children, and the Search for Identity*. NY: Scribner, 2013; *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. NY: Scribner.
211. Bailey, M. T., Dowd, S. E., Galley, J. D., et al. (2011). Exposure to a Social Stressor Alters the Structure of the Intestinal Microbiota: Implications for

Stressor-Induced Immunomodulation. *Brain Behavior, and Immunity*. No. 3 (25). (March 2011). P. 397–407.

212. Banducci, A. N., Hoffman, E, Lejuez, C. W. (2014). The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: psychopathology, health, and comorbidities. *Addict. Behav.* Vol. 39. N10. P. 1522–1529.

213. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L. (1973). SCL-90: An Outpatients Psychiatric Rating Scale—Preliminary Report. *Psychopharmacology Bulletin*. № 1. P. 13–28.

214. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., et al. (2001). Growing up with Parental Alcohol Abuse: Exposure to Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction. *Child Abuse Neglect*. No. 12 (25). (December 2001). P. 1627–1640.

215. Felitti, Vincent J; Anda, Robert F; et al. (May 1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 14 (4): P. 245–258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8. PMID 9635069.

216. Felitti, V. J., Jakstis, K., Pepper, K.V., et al. (2010). Obesity: Problem, Solution, or Both? *The Permanente Journal*. No. 1 (14). P. 24–30.

217. Felitti, V. J., Anda, R. F. (2014). The Lifelong Effects of Adverse Childhood Experiences. *Chadwick's Child Maltreatment: Sexual Abuse and Psychological Maltreatment*. Vol. 2; ed. by D. L. Chadwick, A. P. Giardino, R. Alexander, et al. [MO: St. Louis], STM Learning. P. 203–215.

218. Filts, O. O., Sedych, K. V., Lavrinenko, V. A., Mychailiv, S. V. (2020). Deviations of patients with drug addiction value and meaning sphere functioning. *Wiadomości Lekarskie*. LXXIII. №4. P. 761-766. doi: 10.36740/WLek202004126

219. Fleshner, M. (2011). The Gut Microbiota: A New Player in the Innate Immune Stress Response? *Brain, Behavior, and Immunity*. No. 3 (25). (March 2011). P. 395–396.

220. Forster, M., Timothy, J., Grigsby, D., Benjamin, R. (2018). The relationship between family-based adverse childhood experiences and substance use behaviors among a diverse sample of college students. *Addict Behav.* Vol. 76. P. 298 – 304.
221. Gjelsvik, A., Dumont, D. M., Nunn, A., et al. (2014). Adverse Childhood Events: Incarceration of Household Members and Health-Related Quality of Life in Adulthood. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* No. 3 (25). (August 2014). P. 1169–1182.
222. Gorski, T. (1997). *Passages Through Recovery: An Action Plan for Preventing Relapse.* Hazelden Publishing; 1st edition. 176 p.
223. Grof, C., & Grof, S. (2017). Spiritual emergency: The understanding and treatment of transpersonal crises. *International Journal of Transpersonal Studies*, 36 (2). <https://doi.org/10.24972/ijts.2017.36.2.30>
224. Gouin, J. P., Carter, C. S., Pournajafi-Nazarloo H., et al. (2010). Marital Behavior, Oxytocin, Vasopressin, and Wound Healing. *Psychoneuroendocrinology.* No. 7 (35). (August 2010). P. 1082–1090.
225. Heim, C., Nater, U. M., Maloney, E., et al. (2000). Childhood Trauma and Risk for Chronic Fatigue Syndrome: Association with Neuroendocrine Dysfunction. *Archives of General Psychiatry.* No. 1. (66). (January 2000). P. 36, 72–80.
226. Herringa, R. J., Birn, R. M., Ruttle, P. L., et al. (2013). Childhood Maltreatment Is Associated with Altered Fear Circuitry and Increased Internalizing Symptoms by Late Adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* No. 47 (110). (November 19, 2013). P. 19, 119–124.
227. Hjelle, L., Ziegler, D. (1992). *Personality Theories: Basic Assumptions, Research and Applications.* McGraw-Hill Publishing Co.; 3Rev Ed edition. 624 p.



228. James, W. Pennebaker, PhD. (2004). *Writing to Heal: A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

229. Kendall-Tackett, K., Williams, L., Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol. Bull.* Vol. 113 (1). P. 164 – 180.

230. Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S. Bates, J. E. (2010). Does Physical Abuse in Early Childhood Predict Substance Use in Adolescence and Early Adulthood? *Child maltreatment*. Vol. 15. N2. P. 190 – 194.

231. Lavrinenko, V. (2022). The formation of the meaning of life as a factor for correcting the behavior of drug addicts. *Scientific Collection «InterConf»*. № 134. P. 159-162.

232. Mandavia, A., Robinson, G., Bradley, B. (2016). Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 29. N5. P. 422 – 429.

233. Melhem, N. M., Walker, M., Moritz, G., et al. (2000). Antecedents and Sequelae of Sudden Parental Death in Offspring and Surviving Caregivers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. No. 5 (162). (May 2000). P. 403–410.

234. Morath, J., Moreno-Villanueva, M., et al. (2014). Effects of Psychotherapy on DNA Strand Break Accumulation Originating from Traumatic Stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*. No. 5 (83). P. 289–297.

235. Murray, M. (1991). *Prisoner of another war : a remarkable journey of healing from childhood trauma*. Berkeley, Calif. : PageMill Press. 244 p.

236. Murray, M. (2012). *The Murray Method*. Vivo Publications. 344 p.

237. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. (2014). / A.C. Petersen, J. Joseph, M. Feit editors. Washington (DC): National Academies Press (US).

238. Paul Tough. (2013). *How Children Succeed: Grit, Curiosity, and the Hidden Power of Character*. NY: Mariner.
239. Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser J. K., R. Glaser. (1988). Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No. 2 (56). (April 1988). P. 239–245.
240. Pennebaker, J. (2004). *Writing to Heal: A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; *Pennebaker J. Writing to Heal*. URL <sup>^</sup>: <http://www.utexas.edu/features/archive/2005/writing.html>
241. Peter A. Levine, PhD, Maggie Kline. (2014). *Trauma-Proofing Your Kids: A Parents' Guide for Instilling Confidence, Joy and Resilience*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
242. Price, L. H., Kao, H. T., Burgers, D. E., et al. (2013). Telomeres and Early Life Stress: An Overview. *Biological Psychiatry*. No. 1 (73). (January 2013). P. 15–23.
243. Reich, C. G., Taylor, M. E., McCarthy, M. M. (2009). Differential Effects of Chronic Unpredictable Stress on Hippocampal CB1 Receptors in Male and Female Rats. *Behavioural Brain Research*. No. 2 (203). (November 5, 2009). 264–269.
244. Rosenthal, M. (2012). *Before the World Intruded: Conquering the Past and Creating the Future*. Palm Beach Gardens, FL: Your Life After Trauma, LLC. P. 193 – 202.
245. Schafer, D. P., Lehrman, E. K., Kautzman, A. G., et al. (2012). Microglia Sculpt Postnatal Neural Circuits in an Activity and Complement-Dependent Manner. *Neuron*. No. 4 (74). (May 24, 2012). P. 691–705.
246. Shalev, I., Entinger, S., Wadhwa, P. D., et al. (2013). Stress and Telomere Biology: A Lifespan Perspective. *Psychoneuroendocrinology*. No. 9 (38). (September, 2013). P. 835–842.

247. Sheridan, M. A., Fox, N. A., Zeanah, H., et al. (2012). Variation in Neural Development as a Result of Exposure to Institutionalization Early in Childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. No. 32 (109). (August 7, 2012). P. 12 927–12 932.

248. Siegel, B. (2013). *The Art of Healing: Uncovering Your Inner Wisdom and Potential for Self-Healing*. Novato, CA: New World Library. P. 33.

249. Siegel, D. J. (2014). *Brainstorm: The Power and Purpose of the Teenage Brain*. NY: Penguin. P. 33–36, 40–43, 46–47.

250. Smyth, J.M. (1990). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(3). P. 528–537.

251. Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A., et al. (1999). Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial. *JAMA*. No. 14 (281). (April 1999). P. 1304–1309.

252. Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., Heron, K. E., et al. (2008). Prevalence, Type, Disclosure, and Severity. *Journal of the American College of Health*. No. 1 (57). (July-August 2008). P. 69–76.

253. Stephen W. Porges, PhD. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. NY: Norton.

254. Streeter, C. C., Jensen J. E., Perlmutter R. M., et al. (2007). Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. No. 4 (13). (May 2007). P. 419–426.

255. Survey on the prevalence of adverse childhood experiences among young people in the Russian Federation. – URL: <http://www.euro.who.int/en/countries/russian-federation/publications/survey-on-the-prevalence-of-adverse-childhood-experiences-among-young-people-in-the-russian-federation>. (дата звернення 10.01.2022) – Назва з екрана.

256. Tozzi, F. and Bulik, C.M. (2003). Candidate Genes in Eating Disorders. *Current Drug Targets. CNS & Neurological Disorders*. Editor-in-Chief Garry X. Shen. Volume 2. Issue 1. P. 31 – 39.
257. Weder, N., Zhang, H., Jensen, K., et al. (2014). Child Abuse, Depression, and Methylation in Genes Involved with Stress, Neural Plasticity, and Brain Circuitry. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*. No. 4 (53). (April 2014). P. 417–424.
258. Widom, C. S., Hiller-Sturmhofel, S. (2001). Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research & Health*. Vol. 25. P. 52 – 57.
259. Widom, C. S., Marmorstein, N. R., White, H. R. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 20. P. 394 – 403.
260. Xie, L., Kang, H., Xu, W., et al. (2013). Sleep Drives Metabolite Clearance from the Adult Brain. *Science*. No. 342 (6156). (October 18, 2013). P. 373–377.
261. Yang, B. Z., Zhang, H., Kaufman, J., et al. (2013). Child Abuse and Epigenetic Mechanisms of Disease Risk. *American Journal of Preventive Medicine*. No. 2 (44). (February 2013). P. 101–117.
262. Young, K. C., Wolff, L. K. S., Kendler, M. L., Ericson L. (2011). Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study. *Psychol. Med*. Vol. 41. N1. P. 59–70.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## БЛАНКИ І КЛЮЧІ МЕТОДИК ПСИХОДІАГНОСТИКИ

**Додаток А.1. Методика дослідження негативного дитячого досвіду  
(АСЕ; за В. Фелітті, Р. Андом) (Felitti, 1998)**

## Бланк методики

<b>Інструкція:</b>
<b>Случалось ли с вами, что в течение первых 18 лет вашей жизни:</b>
1. Родитель или любой взрослый человек часто или очень часто: Ругал, оскорблял или унижал вас? Или вел себя таким образом, что вы боялись физически пострадать?
2. Родитель или любой взрослый человек: Часто или очень часто толкал, хватал, шлепал вас или бросал что-либо в вас? Или хоть один раз дарил вас так сильно, что у вас остались следы или травма?
3. Взрослый человек или любой человек, старше вас более чем на 5 лет, хоть один раз: Трогал или ласкал вас или просил потрогать его/ее с сексуальным намеком? Или занимался или пытался заняться с вами любым видом секса?
4. Вы часто или очень часто чувствовали, что: Никто в вашей семье не любил или не ценил вас? Или члены вашей семьи не заботились друг о друге, не чувствовали себя близкими людьми или не поддерживали друг друга?
5. Вы часто или очень часто чувствовали, что: У вас не было достаточно еды, вы вынуждены были носить грязную одежду и никто о вас не заботился? Или ваши родители находились под слишком сильным влиянием алкоголя или наркотиков, чтобы заботиться о вас или отвезти вас к доктору, когда вам нужна была помощь?
6. Ваши родители развелись или стали жить отдельно?
7. Кто-либо совершал следующие действия по отношению к вашей матери или мачехе: Часто или очень часто толкал, хватал, давал пощечину или бросал что-либо в нее? Или иногда, часто или очень часто пинал, кусал или ударял кулаком или твердым предметом? Или хоть один раз бил в течение нескольких минут или угрожал ножом или огнестрельным оружием?
8. Вы жили с кем-либо, кто являлся алкоголиком или употреблял наркотики?
9. Вы жили с кем-либо, у кого была депрессия или психическое расстройство, или кто пытался покончить жизнь самоубийством?
10. Кто-то из тех, с кем вы жили, попал в тюрьму?

## Обробка результатів

Відбувається підрахунок набраних балів за кожним запитанням та робиться

висновок про домінування того або іншого негативного досвіду до 18 років.

**Додаток А.2. «Симптоматичний опитувальник дистресу»**

(за Л. Дерогатисом) (Дембіцький, 2015, с. 66-68).

Бланк опитувальника

**Інструкція:**

«Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно. Обведіть колом номер тієї відповіді, яка найбільш точно описує ступінь вашого дискомфорту або стривоженості в зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Обведіть тільки один із номерів у кожному пункті (так, щоб цифру всередині кола було видно), не пропускаючи жодного пункту. Якщо ви хочете змінити свою відповідь, зітріть гумкою вашу першу позначку».

	Наскільки сильно вас тривожили:	Номера відповідей (0-4)				
		зовсім ні	не часто	помірно	сильно	дуже сильно
1.	Головний біль	0	1	2	3	4
2.	Повторювана знервованість або внутрішнє тремтіння	0	1	2	3	4
3.	Повторювані неприємні надокучливі думки	0	1	2	3	4
4.	Слабкість або запаморочення	0	1	2	3	4
5.	Втрата сексуального потягу або задоволення	0	1	2	3	4
6.	Відчуття незадоволення іншими	0	1	2	3	4
7.	Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками	0	1	2	3	4
8.	Відчуття, що майже в усіх ваших негараздах винні інші	0	1	2	3	4
9.	Проблеми з пам'яттю	0	1	2	3	4
10.	Ваша недбалість або неохайність	0	1	2	3	4
11.	Легке виникнення досади або роздратування	0	1	2	3	4
12.	Болі в серці або грудній клітині	0	1	2	3	4
13.	Відчуття страху у відкритих місцях або на вулиці	0	1	2	3	4
14.	Знесилення чи загальмованість	0	1	2	3	4
15.	Думки про те, щоб вкоротити собі віку	0	1	2	3	4
16.	Те, що Ви чуєте голоси, яких не	0	1	2	3	4

	чули інші					
17.	Тремтіння	0	1	2	3	4
18.	Відчуття, що більшості людей не можна довіряти	0	1	2	3	4
19.	Поганий апетит	0	1	2	3	4
20.	Слізливість	0	1	2	3	4
21.	Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами іншої статі	0	1	2	3	4
22.	Відчуття, що Ви в пастці або піймані	0	1	2	3	4
23.	Несподіваний і безпричинний страх	0	1	2	3	4
24.	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати	0	1	2	3	4
25.	Боязнь вийти з дому самому	0	1	2	3	4
26.	Відчуття, що Ви самі багато в чому винні	0	1	2	3	4
27.	Біль у попереку	0	1	2	3	4
28.	Відчуття, ніби щось Вам заважає зробити що-небудь	0	1	2	3	4
29.	Відчуття самотності	0	1	2	3	4
30.	Пригнічений настрій, "хандра"	0	1	2	3	4
31.	Надмірне занепокоєння з різних приводів	0	1	2	3	4
32.	Відсутність інтересу до всього	0	1	2	3	4
33.	Відчуття страху	0	1	2	3	4
34.	Те, що Ваші почуття легко зачепити	0	1	2	3	4
35.	Відчуття, що інші проникають у Ваші думки	0	1	2	3	4
36.	Відчуття, що інші не розуміють Вас або не співчувають Вам	0	1	2	3	4
37.	Відчуття, що люди неприязні або Ви їм не подобаєтеся	0	1	2	3	4
38.	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не припуститися помилки	0	1	2	3	4
39.	Сильне або прискорене серцебиття	0	1	2	3	4
40.	Нудота або розлад шлунка	0	1	2	3	4
41.	Відчуття, що Ви гірші за інших	0	1	2	3	4
42.	Біль у м'язах	0	1	2	3	4
43.	Відчуття, ніби інші спостерігають за Вами або говорять про Вас	0	1	2	3	4
44.	Те, що Вам важко заснути	0	1	2	3	4
45.	Потреба перевіряти і перевіряти ще раз те, що Ви робите	0	1	2	3	4
46.	Труднощі у прийнятті рішення	0	1	2	3	4
47.	Боязнь їздити в автобусах, метро і потягах	0	1	2	3	4
48.	Ускладнене дихання	0	1	2	3	4

49.	Напади жару чи ознобу	0	1	2	3	4
50.	Необхідність уникати певних місць або дій, бо вони лякають Вас	0	1	2	3	4
51.	Те, що Ви легко губите думку	0	1	2	3	4
52.	Онiмiння або поколювання в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
53.	Клубок у горлі	0	1	2	3	4
54.	Відчуття, що майбутнє безнадійне	0	1	2	3	4
55.	Те, що Вам важко зосередитися	0	1	2	3	4
56.	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	0	1	2	3	4
57.	Відчуття напруженості або збудженості	0	1	2	3	4
58.	Тяжкість у кінцівках	0	1	2	3	4
59.	Думки про смерть	0	1	2	3	4
60.	Переїдання	0	1	2	3	4
61.	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас	0	1	2	3	4
62.	Те, що у Вас в голові чужі думки	0	1	2	3	4
63.	Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	0	1	2	3	4
64.	Вранішнє безсоння	0	1	2	3	4
65.	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перелічувати тощо	0	1	2	3	4
66.	Неспокійний і тривожний сон	0	1	2	3	4
67.	Імпульси ламати або троцити що-небудь	0	1	2	3	4
68.	Наявність у Вас ідей чи вірувань, які не поділяють інші	0	1	2	3	4
69.	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	0	1	2	3	4
70.	Відчуття незручності в людних місцях (магазинах, кінотеатрах)	0	1	2	3	4
71.	Відчуття, ніби все, що Ви робите, потребує великих зусиль	0	1	2	3	4
72.	Напади жаху чи паніки	0	1	2	3	4
73.	Відчуття незручності, коли Ви їсте і п'єте на людях	0	1	2	3	4
74.	Те, що Ви часто вступаєте в суперечку	0	1	2	3	4
75.	Знервованість, коли Ви залишалися наодинці	0	1	2	3	4
76.	Те, що інші недооцінюють Ваші досягнення	0	1	2	3	4
77.	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми	0	1	2	3	4
78.	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	0	1	2	3	4



79.	Відчуття власної нікчемності	0	1	2	3	4
80.	Відчуття, що з Вами станеться щось погане	0	1	2	3	4
81.	Те, що Ви кричите або шпурляєте речі	0	1	2	3	4
82.	Боязнь, що Ви зомлієте на людях	0	1	2	3	4
83.	Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою, якщо Ви їм дозволите	0	1	2	3	4
84.	Сексуальні думки, що вас нервували	0	1	2	3	4
85.	Думка, що Ви маєте бути покарані за Ваші гріхи	0	1	2	3	4
86.	Кошмарні думки чи марення	0	1	2	3	4
87.	Думки про те, що з Вашим тілом якісь негаразди	0	1	2	3	4
88.	Те, що Ви не відчуваєте близькості ні до кого	0	1	2	3	4
89.	Відчуття провини	0	1	2	3	4
90.	Думки про те, що з Вашим розумом коїться щось погане	0	1	2	3	4

***Ключ для обробки результатів:***

У методиці SCL-R до кожної шкали входить декілька пунктів, які ми розглянемо окремо.

*Групування індикаторів за симптоматичними вимірами:*

Соматизація (Somatization – SOM) має всього 12 пунктів:

1. Головні болі.
4. Слабкість або запаморочення.
12. Болі в серці або грудній клітці.
27. Болі в попереку.
40. Нудота або розлад шлунку.
42. Болі в м'язах
48. Утруднене дихання.
49. Напади спеки або ознобу.
52. Оніміння або поколювання в різних частинах тіла.
53. Комок у горлі.
56. Відчуття слабкості в різних частинах тіла.
58. Важкість у кінцівках.

Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive – O-C) мають всього 10 пунктів:

3. Повторювані неприємні нав'язливі думки.
9. Проблеми з пам'яттю.
10. Ваша недбалість або неохайність.

- 28. Відчуття, що вам щось заважає зробити що-небудь.
- 38. Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки.
- 45. Потреба перевіряти і перевіряти ще раз те, що ви робите.
- 46. Труднощі в ухваленні рішення.
- 51. Те, що ви легко втрачаєте думки.
- 55. Те, що вам важко зосередитися.
- 65. Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перераховувати тощо.

Міжособистісна сенситивність (Interpersonal Sensitivity – INT)) має всього 9 пунктів:

- 6. Почуття невдоволення іншими.
- 21. Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами протилежної статі.
- 34. Те, що ваші почуття легко зачепити.
- 36. Відчуття, що інші не розуміють вас або співчують вам.
- 37. Відчуття, що люди недружелюбні або ви їм не подобаєтесь.
- 41. Відчуття, що ви гірші за інших.
- 61. Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас.
- 69. Надмірна сором'язливість у спілкуванні з іншими.
- 73. Почуття ніяковості, коли ви їсте і п'єте на людях.

Депресія (Depression – DEP) має всього 13 пунктів:

- 5. Втрата сексуального потягу або задоволення.
- 14. Занепад сил або загальмованість.
- 15. Думки про те, щоб накласти на себе руки.
- 20. Сльозливість.
- 22. Відчуття, що ви в пастці або спіймані.
- 26. Почуття, що ви самі багато в чому винні.
- 29. Почуття самотності.
- 30. Пригнічений настрій, «хандра».
- 31. Надмірне занепокоєння з різних приводів.
- 32. Відсутність інтересу до чого б то не було.
- 54. Відчуття, що майбутнє безнадійне.
- 71. Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає великих зусиль.
- 79. Відчуття власної нікчемності.

Тривожність (Anxiety – ANX) має всього 10 пунктів:

- 2. Нервозність або внутрішнє тремтіння.
- 17. Тремтіння.
- 23. Несподіваний і безпричинний страх.
- 33. Почуття страху.
- 39. Сильне або прискорене серцебиття.
- 57. Відчуття напруженості або збудження.
- 72. Напади страху або паніки.

- 78. Таке сильне занепокоєння, що ви не можете всидіти на місці.
- 80. Відчуття, що з вами станеться щось погане.
- 86. Кошмарні думки або бачення.

Ворожість Hostility – HOS) має всього 6 пунктів:

- 11. Легко виникають досада чи роздратування.
- 24. Спалахи гніву, які ви не могли стримати.
- 63. Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоди будь-кому.
- 67. Імпульси ламати або трощити що-небудь.
- 74. Те, що ви часто вступаєте в суперечку.
- 81. Те, що ви кричите або жбурляєте речами.

Фобійна тривожність (Phobic Anxiety – PHOV) має всього 7 пунктів:

- 13. Почуття страху в відкритих місцях або на вулиці.
- 25. Боязнь вийти з дому одному.
- 47. Боязнь їздити в автобусах, метро або поїздах.
- 50. Необхідність уникати деяких місць або дій, бо вони вас лякають.
- 70. Почуття ніяковості в людних місцях (магазинах, кінотеатрах).
- 75. Нервозність, коли ви залишалися на самоті.
- 82. Боязнь, що ви втратите свідомості на людях.

Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation – PAR) мають всього 6 пунктів:

- 8. Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винуваті інші.
- 18. Почуття, що більшості людей не можна довіряти.
- 43. Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас.
- 68. Наявність у вас ідей або вірувань, які не поділяють інші.
- 76. Те, що інші недооцінюють ваші досягнення.
- 83. Відчуття, що люди зловживають вашою довірою.

Психотизм (Psychoticism – PSY) має всього 10 пунктів:

- 7. Відчуття, що хтось інший може керувати вашими думками.
- 16. Те, що ви чуєте голоси, які не чують інші.
- 35. Відчуття, що інші проникають у ваші думки.
- 62. Те, що у вас у голові чужі думки.
- 77. Відчуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми.
- 84. Сексуальні думки, які вас нервують.
- 85. Думка, що ви повинні бути покарані за ваші гріхи.
- 87. Думки про те, що з вашим тілом щось не в порядку.
- 88. Те, що ви не відчуваєте близькості ні до кого.
- 90. Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре.

Додаткові питання (Additional Items – ADD) мають всього 7 пунктів:

- 19. Поганий апетит.
- 60. Переїдання.
- 44. Те, що вам важко заснути.

59. Думки про смерть.  
 64. Безсоння вранці.  
 66. Неспокійний і тривожний сон.  
 89. Почуття провини.

Див. нижче також табл. А.1.

Таблиця А.1.

### Номери індикаторів симптоматичних вимірів у SCL-90-R

(Дембіцький, 2015, с. 43)

Симптоматичний вимір	Номери індикаторів
Соматизація	1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58
Обсесивно-компульсивний розлад	3,9,10,28,38,45,46,51,55,65
Міжособистісна сензитивність	6,21,34,36,37,41,61,69,73
Депресія	5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79
Тривожність	2,17,23,33,39,57,72,78,80,86
Ворожість	11,24,63,67,74,81
Фобійна тривожність	13,25,47,50,70,75,82
Параноїдальні ідеї	8,18,43,68,76,83
Психотизм	7,16,35,62,77,84,85,87,88,90
Додаткові симптоми	19,44,59,60,64,66,89

У SCL є три узагальнених індекси дистресу: загальний індекс тяжкості (GSI); індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI); загальне число позитивних відповідей (PST). Функцією кожного з них є приведення рівня і глибини особистісної психопатології до єдиного масштабу. Кожен індекс робить це своєрідним способом і відображає якісь окремі аспекти психопатології. GSI є найкращим індикатором поточного стану і глибини розладу, і його слід використовувати в більшості тих випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивності пережитого дистресу. PSDI є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чи підсилює або применшує випробуваний симптоматичний дистрес при відповідях. PST – просто підрахунок числа симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, тобто кількість тверджень, для яких опитант зазначає хоч якийсь рівень вище нульового. Інформація про реагування та кількості ствердних відповідей для

симптомів, розглянута в зв'язку з GSI, може бути дуже корисною в розумінні клінічної картини.

Результати по SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів.

Індекс GSI є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивіда. Індекс PSDI є виміром інтенсивності дистресу і, крім того, може служити для оцінки «стилю» вираження дистресу випробуваного: проявляє випробуваний тенденцію до перебільшення або до приховування своїх симптомів. Індекс PST відображає широту діапазону симптоматики індивіда. Інформація, отримана з цих трьох джерел, повинна бути інтегрована для того, щоб отримати найбільш значущу і валідну картину дистресу.

Підрахунок показників зводиться до простих операцій додавання і ділення. Спочатку підсумовуються бали для кожного з 9 симптоматичних розладів і для додаткових питань. Це робиться шляхом додавання всіх відмінних від нуля значень по кожному пункту, що належать до цієї групи розладів. Далі ця сума ділиться (за винятком значень за додатковими пунктами) на відповідне число питань. Наприклад, бал за шкалою соматизації виходить розподілом на 12, за шкалою тривожності – на 10 тощо. Ділення слід виконувати до другого знака після коми. Таким чином отримують сирі значення по кожній шкалі.

Для того щоб обчислити три узагальнених індикатора (шкали другого порядку), необхідно кілька додаткових кроків. Спочатку отримують загальну суму балів по всьому тесту, включаючи додаткові питання. Ділення цього числа на 90 дозволяє отримати загальний індекс тяжкості (GSI). Наступний етап – підрахунок числа позитивних відповідей (відмінних від нуля) для того, щоб отримати загальну кількість симптомів, на які дано позитивну відповідь, тобто отримання значення індексу PST. І останній етап обробки – це

обчислення значення індексу наявного симптоматичного дистресу PSDI, який отримують діленням загальної суми на бал PST.

Після того як підраховані сирі значення для кожної шкали і значення загальних індексів, вони співвідносяться з нормативними даними (психіатричні пацієнти, група норми). Були розроблені окремі нормативні дані для групи пацієнтів і для групи здорових, для чоловіків і жінок (див. нижче табл. А.2).

Таблиця А.2.

**Середні значення індикаторів методики  
«Симптоматичний опитувальник дистресу» (за Л. Дерогатисом)  
у різних групах здорових осіб (за Н. В. Тарабриною)**

<b>Обстежені групи</b>	<b>Індикатори симптомів дистресу (1-7)</b>						
	Соматизація SOM	Обсесивно - компульсивний розлад О-С	Міжособистісна сенситивність INT	Депресія DEP	Тривожність ANX	Ворожість HOS	Фобійна тривожність PNOB
Пожежні	0,29±0,30	0,38±0,33	0,441±0,38	0,251±0,26	0,261±0,27	0,331±0,41	0,121±0,19
Співробітники МВС	0,50±0,43	0,67±0,51	0,781±0,54	0,541±0,45	0,521±0,48	0,661±0,60	0,28±0,39
Військові	0,68±0,63	0,67±0,55	0,771±0,58	0,591±0,58	0,591±0,61	0,741±0,67	0,40±0,60
Хворі на шизофренію	0,93±0,82	1,23±0,83	0,941±0,69	1,041±0,74	0,99±0,78	0,60±0,58	0,73±0,82
Біженці, «норма»	0,85±0,73	0,68±0,63	0,761±0,68	0,671±0,62	0,58±0,58	0,591±0,75	0,301±0,37
Біженці ПТСР	1,37±0,68	1,21±0,68	0,761±0,34	1,07±0,63	1,291±0,93	1,051±0,81	0,911±0,73
Соматоформні хворі	1,601±0,62	1,04±0,63	1,131±0,76	1,291±0,75	1,501±0,80	1,101±0,69	0,991±0,71
Ліквідатори, «норма»	1,43±0,80	1,07±0,72	0,90±0,68	0,931±0,68	0,931±0,76	0,871±0,69	0,501±0,63
Ліквідатори, ПТСР	1,47±0,80	1,31 ±0,83	1,13±0,61	1,2110,76	1,2110,84	1,15±0,79	0,7410,84
Ветерани Афганістану, «норма»,	0,41±0,41	0,52±0,52	0,591±0,51	0,411±0,39	0,401±0,55	0,51 ±0,51	0,191±0,42
Ветерани Афганістану, ПТСР	1,08±0,64	1,15±0,72	1,251±0,68	1,15±0,65	1,161±0,81	1,221±0,66	0,761±0,74
Студенти	0,55±0,46	0,78±0,54	0,95±0,65	0,721±0,55	0,581±0,53	0,74±0,65	0,321±0,37
Банківські службовці	0,511±0,51	0,641±0,49	0,671±0,54	0,621±0,52	0,491±0,49	0,57±0,55	0,221±0,36
	<b>Індикатори симптомів дистресу (8-14)</b>						

<b>Обстежені групи</b>	Паранояльні ідеї PAR	Психотизм PSY	Додаткові питання ADD	Рівень тяжкості дистресу GSI	Інтенсивність дистресу PSDI	Діапазон симптоматики PST	Загальний бал GT
Пожежні	0,37±0,39	0,15±0,22	0,30±0,31	0,56±0,43	1,16±0,24	21,61±16,64	25,66±21,70
Співробітники МВС	0,68±0,54	0,39±0,41	0,57±0,54	0,61 ±0,55	1,24±0,28	38,91±27,10	49,91±39,13
Військові	0,67±0,56	0,40±0,59	0,60±0,72	0,93±0,66	1,34±0,36	36,36±24,42	54,67±49,25
Хворі на шизофренію	0,92±0,76	0,83±0,72	0,77±0,62	0,60±0,51	1,85±0,71	43,05±24,95	79,50±57,27
Біженці, «норма»	0,64±0,53	0,30±0,42	0,45±0,56	1,08±0,59	1,45±0,46	32,13±21,88	51,38±43,72
Біженці ПТСР	1,04±1,27	0,89±0,82	1,00±0,37	1,17±0,52	1,62±0,61	56,00±16,44	95,57±53,21
Соматоформні хворі	0,76±0,56	0,80±0,57	1,17±0,79	0,92±0,60	1,87±0,50	54,75±13,97	105,74±47,1
Ліквідатори, «норма»	0,70±0,62	0,56±0,55	0,97±0,73	1,15±0,66	1,63±0,46	46,86±22,30	82,30±53,94
Ліквідатори, ПТСР	1,05±0,76	0,85±0,69	1,12±0,65	0,41±0,35	1,78±0,52	54,96± 17,94	103,3±59,43
Ветерани Афганістану, «норма»,	0,49±0,44	0,19±0,26	0,36±0,41	1,07±0,51	1,28±0,33	26,35±17,49	36,53±31,46
Ветерани Афганістану, ПТСР	1,00±0,69	0,72±0,51	1,16±0,64	0,64±0,43	1,72±0,49	54,29± 17,46	96,24±46,11
Студенти	0,73±0,59	0,44±0,45	0,54	0,49	0,51 ±0,39	1,45±0,39	36,64±17,28
Банківські службовці	0,55±0,48	0,34±0,36	0,45	0,39	0,29±0,24	1,31±0,32	32,87±19,81

**Додаток А.3. Бланк і ключ для обробки результатів методики  
«Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою) (Опитувальник...,  
2021)**

Бланк методики

***Інструкція:***

Пропонуємо Вам ряд висловлювань про особливості поведінки. Послідовно прочитавши кожне висловлювання, виберіть одну з чотирьох можливих відповідей: «Правильно», «Мабуть, вірно», «Мабуть, невірно», «Неправильно» та поставте хрестик у відповідній графі на аркуші відповідей. Не пропускайте жодного висловлювання. Пам'ятайте, що не може бути хороших чи поганих відповідей, тому що це не випробування Ваших здібностей, а лише виявлення індивідуальних особливостей Вашої поведінки.

1. Свої плани на майбутнє люблю розробляти в найменших деталях.
2. Люблю всякі пригоди, можу йти на ризик.
3. Намагаюся завжди приходити вчасно, але тим не менш часто запізнююся.
4. Дотримуюся девізу: «Вислухай пораду, але зроби по-своєму».
5. Часто покладаюся на свої здібності орієнтуватися по ходу справи і не прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій.
6. Оточуючі відзначають, що я людина недостатньо критична до себе і своїх дій, але я це не завжди помічаю.
7. Напередодні контрольних або іспитів у мене зазвичай з'являлося відчуття, що мені не вистачило 1-2 днів для підготовки.
8. Щоб відчувати себе впевнено, необхідно знати, що чекає на тебе завтра.
9. Мені важко себе змусити щось переробляти, навіть якщо якість зробленого мене не влаштовує.
10. Не завжди помічаю свої помилки, частіше це роблять оточуючі мене люди.
11. Перехід на нову систему роботи не завдає мені особливих незручностей.
12. Мені важко відмовитися від прийнятого рішення навіть під впливом близьких мені людей.
13. Я не відношу себе до людей, життєвим принципом яких є «Сім разів відміряй, один раз відріж».
14. Ненавиджу, коли мене опікують і за мене щось вирішують.
15. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє.
16. У новому одязі часто відчуваю себе ніяково.
17. Завжди заздалегідь планую свої витрати, не люблю робити незапланованих покупок.
18. Уникаю ризику, погано справляюся з несподіваними ситуаціями.
19. Моє ставлення до майбутнього часто змінюється: то будую «райдужні» плани, то майбутнє здається мені «похмурим».
20. Завжди намагаюся продумати способи досягнення мети перш, ніж почну діяти.



21. Намагаюся зберігати незалежність навіть від близьких мені людей.
22. Мої плани на майбутнє зазвичай реалістичні, і я не люблю їх змінювати.
23. У перші дні відпустки (канікул) при зміні способу життя завжди з'являється почуття дискомфорту.
24. При великому обсязі роботи неминуче страждає якість результатів.
25. Люблю зміни в житті, зміну обстановки і способу життя.
26. Не завжди вчасно помічаю зміни обставин і через це терплю невдачі.
27. Буває, що наполягаю на своєму, навіть коли немає впевненості у своїй правоті.
28. Люблю дотримуватися заздалегідь наміченого на день плану.
29. Перш ніж з'ясовувати стосунки, намагаюся уявити собі різні способи подолання конфлікту.
30. У разі невдачі завжди шукаю, що ж було зроблено неправильно.
31. Не люблю посвячувати кого-небудь у свої плани, рідко дотримуюся чужих порад.
32. Вважаю розумним принцип: спочатку треба вплутатися в бій, а потім шукати можливості для перемоги.
33. Люблю помріяти про майбутнє, але це скоріше фантазії, ніж реальність.
34. Намагаюся завжди враховувати думку товаришів про себе та свою роботу.
35. Якщо я займаюся чимось важливим для себе, то можу працювати в будь-якій обстановці.
36. В очікуванні важливих подій прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій за тим чи іншим розвитком ситуації.
37. Перш ніж взятися за справу, мені необхідно зібрати докладну інформацію про умови її виконання і супутні обставини.
38. Рідко відступаю від розпочатої справи.
39. Часто допускаю недбале ставлення до своїх зобов'язань в разі втоми і поганого самопочуття.
40. Якщо я вважаю, що правда на моєму боці, то мене мало хвилює думка оточуючих про мої дії.

41. Про мене кажуть, що я «розкидаюся», не вмю відокремити головне від другорядного.

42. Не вмю і не люблю заздалегідь планувати свій бюджет.

43. Якщо в роботі не вдалося домогтися певної якості, яка б мене влаштовувала, прагну переробити, навіть якщо оточуючим це не важливо.

44. Після вирішення конфліктної ситуації часто подумки до неї повертаюся, перевіряю вжиті заходи і результати.

45. Невимушено відчуваю себе в незнайомій компанії, нові люди мені зазвичай цікаві.

46. Зазвичай різко реагую на заперечення, намагаюся думати і робити все по-своєму.

***Аркуш відповідей:***

Номер висловлювання	Відповіді			
	«Правильно»,	«Мабуть, вірно»,	«Мабуть, невірно»,	«Неправильно»
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				

*Підрахунок показників опитувальника* проводиться згідно з ключами, де «Так» – позитивні відповіді, а «Ні» – негативні. Підраховується сумарний результат, порівнюється із нормами рівнів прояву і робляться висновки щодо розв'язності кожного з показників саморегуляції. Див. нижче табл. А.3 і А.4.

*Таблиця А.3.*

**Співвідношення шкал та відповідей на питання методики  
«Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою)  
(Опитувальник..., 2021)**

Регуляторні шкали	Відповіді, що збігаються з ключем (1 бал)	
	Вірно; мабуть, вірно	Невірно; мабуть, невірно
Планування	1, 8, 17, 22, 28, 31, 36	15, 42
Моделювання	11, 37	2, 7, 19, 23, 26, 33, 41
Програмування	12, 20, 25, 29, 38, 43	5, 9, 32
Оцінювання результатів	30, 44	6, 10, 13, 16, 24, 34, 39
Гнучкість	2, 11, 25, 35, 36, 45	16, 18, 43
Самостійність	4, 12, 14, 21, 27, 31, 40, 46	34
Загальний рівень саморегуляції	1, 2, 4, 8, 11, 12, 14, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 46	3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 23, 24, 26, 32, 33, 34, 39, 41, 42

*Таблиця А.4.*

**Розподіл шкал по кількості балів на три рівні їх прояву**

**за методикою «Стиль саморегуляції поведінки»  
(за В. І. Моросановою) (Опитувальник..., 2021)**

Регуляторні шкали	Кількість балів		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Планування	<3	4-6	>7
Моделювання	<3	4-6	>7
Програмування	<4	5-7	>8
Оцінювання результатів	<3	4-6	>7
Гнучкість	<4	5-7	>8
Самостійність	<3	4-6	>7
Загальний рівень саморегуляції	<23	24-32	33

**Додаток А.4. Бланк і ключ для обробки результатів  
діагностики соціально-психологічної адаптації**

(за К. Роджерсом, Р. Даймонд) (Методика..., 2006, с. 505 – 511)

Бланк методики

***Інструкція:***

Психолог пропонує досліджуваному прочитати висловлювання та порівняти їх зі своїм досвідом. У бланку проти кожного висловлювання слід зазначити тільки один бал відповіді, базуючись на таких оцінках від 0 до 6 балів:

- 0 - це мене зовсім не стосується;
- 1 - це мене не стосується;
- 2 - мабуть, це мене не стосується;
- 3 - не знаю, чи це мене стосується;
- 4 - це схоже на мене, але маю сумніви;
- 5 - це схоже на мене;
- 6 - це точно я.

1. Відчуває незручність, коли вступає з кимось у діалог.
2. Не має бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому подобається ризик, боротьба, змагання.
4. Має до себе високі вимоги.
5. Часто сварить себе за ті помилки, що зробив.
6. Часто відчуває себе пригніченим.
7. Має сумніви, що може подобатися особам протилежної статі.

8. Свої обіцянки виконує завжди.
9. Теплі, добрі стосунки з оточуючими.
10. Людина стримана, замкнена; тримається осторонь.
11. У невдачах звинувачує себе.
12. Людина відповідальна; на неї можна покластися.
13. Відчуває, що не в змозі змінити щось, усі зусилля марні.
14. На багато речей дивиться очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила й вимоги, яких варто дотримуватись.
16. Власних переконань і правил не вистачає.
17. Подобається мріяти, іноді – занадто; важко повертається від мрії до реальності.
18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: переживає образи болісно, розмірковуючи над способами помсти.
19. Уміє керувати собою і власними вчинками, примушувати себе або дозволяти собі; самоконтроль для нього – не проблема.
20. Часто змінюється настрої: настає нудьга.
21. Все, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі, зайнятий собою.
22. Люди, як правило, йому подобаються.
23. Не соромиться своїх почуттів, відкрито їх виражає.
24. Серед великого скупчення людей відчуває себе дещо самотньо.
25. Часом бажає усе покинути, кудись сховатися.
26. З оточуючими зазвичай вільно спілкується.
27. Важко боротися із самим собою.
28. Напружено сприймає доброзичливе ставлення оточуючих, якщо вважає, що не заслуговує на нього.
29. У душі – оптиміст, вірить у найкраще.
30. Людина вперта; таких називають важкими.
31. До людей критичний, засуджує їх, якщо вважає, що вони на це заслуговують.
32. Часто відчуває себе не тим, хто веде, а тим, кого ведуть: йому не завжди вдається думати і діяти самостійно.
33. Більшість із тих, хто його знає, добре до нього ставиться, любить його.
34. Іноді бувають такі думки, про які не хочеться комусь розповідати.
35. Людина з привабливою зовнішністю.
36. Вважає себе безпомічним, має потребу відчувати когось поруч.
37. Приймаючи рішення, виконує його.
38. Приймаючи самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших людей.
39. Переживає почуття провини, навіть коли звинувачувати себе немає сенсу.
40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.
41. Усім задоволений.
42. Почувається погано: не може організувати себе.
43. Відчуває млявість; усе, що раніше хвилювало, стало байдужим.
44. Урівноважений, спокійний.

45. Роздратований, часто не може стриматися.
46. Часто відчуває себе ображеним.
47. Людина спонтанна, нетерпляча, гарячкувата: бракує стриманості.
48. Буває, що поширює плітки.
49. Не дуже довіряє своїм почуттям: вони іноді підводять його.
50. Людині досить важко бути самою собою.
51. На першому місці – розум, а не почуття: перед тим, як щось зробити, добре поміркує.
52. Те, що відбувається, тлумачить по-своєму, здатен нафантазувати зайве.
53. Терплячий до інших і приймає кожного таким, яким він є.
54. Намагається не думати про свої проблеми.
55. Вважає себе цікавою людиною – привабливою як особистість, помітною.
56. Людина сором'язлива.
57. Обов'язково треба нагадувати, підштовхувати, щоб доводити справу до кінця.
58. У душі відчуває перевагу над іншими.
59. Немає нічого, у чому б виявлялася індивідуальність, своє «Я».
60. Боїться думок інших про себе.
61. Честолюбна, небайдужа до успіху, схвалення людина: у тому, що для неї суттєво, намагається бути кращою.
62. Людина, у якої на даний момент багато такого, що викликає презирство.
63. Людина діяльна, енергійна, ініціативна.
64. Пасує перед труднощами й ситуаціями, які загрожують ускладненнями.
65. Просто недостатньо оцінює себе.
66. Людина-ватажок, вмів впливати на інших.
67. Ставиться до себе в цілому добре.
68. Людина наполеглива, їй завжди важливо зробити усе по-своєму.
69. Не подобається, коли з кимось порушуються зв'язки, особливо – якщо починаються сварки.
70. Досить довго не може прийняти рішення, потім має сумніви щодо його правильності.
71. Розгублена, невпевнена у собі людина.
72. Задоволена собою людина.
73. Людині часто не щастить.
74. Людина приємна, приваблює інших.
75. Можливо, не дуже вродлива, але може подібатись як людина, особистість.
76. З презирством ставиться до осіб протилежної статі й не має контактів із ними.
77. Коли треба щось зробити, охоплюють страх, сумніви.
78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б.
79. Уміє наполегливо працювати.
80. Людина відчуває, що росте, дорослішає: змінюється сама і змінює ставлення до навколишнього світу.
81. Іноді говорить про те, про що, насправді, не має уявлення.
82. Завжди говорить тільки правду.

83. Схвильована, напружена людина.
84. Щоб людина щось зробила, треба вперто наполягати на цьому.
85. Відчуває невпевненість у собі.
86. Обставини часто змушують захищати себе, виправдовуватись і обгрунтовувати свої вчинки.
87. Людина поступлива, м'яка у ставленні до інших.
88. Людина, якій подобається міркувати.
89. Іноді подобається хизуватися.
90. Приймає рішення і відразу змінює їх; звинувачує себе у відсутності волі, а вдіяти з собою нічого не може.
91. Намагається покладатися на свої сили, не розраховує на чийсь допомогу.
92. Ніколи не запізнюється.
93. Відчуває внутрішню несвободу.
94. Відрізняється від інших.
95. Людина не дуже надійна, на неї не можна покластися.
96. Добре себе розуміє, все у собі приймає.
97. Товариська, відкрита людина; легко спілкується з іншими.
98. Сили і здібності відповідають тим завданням, які треба вирішувати; все може виконати.
99. Себе не цінує: людину ніхто не сприймає серйозно, у кращому випадку всі до неї ставляться поблажливо, просто терплять.
100. Хвилюється, що забагато переймається особами протилежної статі.
101. Усі свої звички вважає позитивними.

Ключ для обробки результатів (Методика..., 2006, с. 510) представлений у вигляді формул за якими підраховується бал по кожній із шкал опитувальника.

**Адаптація,**

**Самоприйняття,**

**A=**  
**Прийняття інших,**  

$$L = \frac{1.2a}{1.2a + b} * 100\%$$

**S=**  
**Емоційна комфортність,**

**Інтернальність,**

**E=**  
**Прагнення до домінування,**  

$$D = \frac{2a}{2a + b} * 100\%$$

I=

Таблиця А.5.

**Відповідність шкал, запитань та показників норми  
за методикою соціально-психологічної адаптації  
(за К. Роджерсом, Р. Даймонд) (Методика..., 2006, с. 510 – 511)**

№ з/п		Показники	Номер висловлювань	Норма
1	а	Адаптивність	4, 5, 9, 11, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 68, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	68-136
	б	Деадаптивність	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 52, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 65, 70, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	68-136
2		Неправда -	34, 45, 48, 81, 89	18 - 36
		Неправда +	8, 82, 92, 101	
3	а	Прийняття себе	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	22-42
	б	Неприйняття себе	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	14 – 28
4	а	Прийняття інших	9, 14, 22, 26, 53, 97	12 – 24
	б	Неприйняття інших	2, 10, 21, 28, 40, 60, 76	14 – 28
5	а	Емоційний комфорт	23, 29, 30, 41, 44, 47, 78	14 – 28
	б	Емоційний дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	14 – 28
6	а	Внутрішній контроль	4, 5, 11, 12, 19, 27, 37, 51, 63, 68, 79, 91, 98	26 – 52
	б	Зовнішній контроль	13, 25, 36, 52, 57, 70, 71, 73, 77	18 – 36
7	а	Домінування	58, 61, 66	6 – 12
	б	Підлеглість	16, 32, 38, 69, 84, 87	12 – 24
8		Ескапізм (уникнення проблем)	17, 18, 54, 64, 86	10 – 20

**Додаток А.5. Бланк і ключ для обробки результатів методики  
«Духовний потенціал особистості-2»**



(за Е. О. Помиткіним, 2013, с. 113 – 115)

### Бланк опитувальника

#### ***Інструкція:***

Оцініть подані нижче твердження від 0 до 2-х балів за шкалою: 0 балів – ні; 1 бал – частково так; 2 бали – так, дійсно, – та внесіть відповідні бали у таблицю відповідей. Намагайтеся відповідати вдумливо, об'єктивно, пригадуючи свої вчинки та поведінку.

1. Відчуваю внутрішній дискомфорт, коли доводиться засмучувати співрозмовника.
2. Образи великих духовних подвижників викликають у мене почуття натхнення.
3. Кожен день працюю над удосконаленням власного характеру.
4. Духовні потреби для мене важливіші за матеріальні.
5. Прагну досягнення мудрості.
6. Мрію доповнити чимось корисним віковий досвід людства.
7. Веду здоровий спосіб життя.
8. У спілкуванні більше цікавлюся іншими, ніж говорю про себе.
9. Отримую задоволення від допомоги потребуючим.
10. Турбуючись про інших, нерідко жертвую власними інтересами.
11. Часто замислююсь над людськими долями, шукаю смисли та закономірності.
12. Усвідомлюю духовну єдність із іншими людьми.
13. Роблячи добрі вчинки, не очікую на подяку чи визнання.
14. Думаю, варто ризикувати власним життям, рятуючи життя незнайомої людини.
15. Дотримуюсь правила казати тільки правду.
16. Добре усвідомлюю вищу мету і призначення власного життя.
17. Не тримаю образ на людей і не вважаю нікого своїм ворогом.
18. Намагаюсь бути свідомим навіть уві сні.

19. Пізнання власного внутрішнього світу для мене не менш важливе, ніж пізнання зовнішнього.

20. Голос власної совісті є для мене важливішим, ніж оточуючих.

21. Враховую в повсякденному житті тип свого темпераменту.

22. Залюбки спілкуюсь про місію людини у Всесвіті.

23. Намагаюсь примножувати у світі Красу, Добро та Істину.

24. Маю схильність відмежовуватись від конкретних ситуацій та споглядати на них неначе з космічної височини.

25. Практикую спостереження за власними думками, намагаюсь керувати процесом мислення та уяви.

26. Усвідомлюю безсмертну природу свого духовного «Я».

27. Гостро відчуваю переживання іншої, незнайомої мені людини.

28. Постійно вдосконалюю можливості власного тіла.

29. Подумки спілкуюсь із Природою, з усім буттям, Всесвітом, Богом.

30. Знаходжу єдину основу в різних філософських, релігійних чи езотеричних поглядах, традиціях.

31. Вважаю, що всі живі істоти є цінними у Всесвіті та намагаюсь не приносити нікому шкоди.

32. Підтримую в собі стан гармонії, доброзичливості.

33. Глобальні світові проблеми хвилюють мене не менше особистих.

34. Маю незвичайний досвід «розчинення» в океані духовних переживань любові та єдності.

35. Дбаю про здоров'я власного тіла як про частину єдиної Природи.

**Обробка результатів:** Для визначення потенціалу духовного розвитку слід скористатися бланком для відповідей і підрахувати кількість балів у стовпчиках та рядках таблиці А.6, що наведена нижче.

*Таблиця А.6.*

**Ключ до шкал методики «Духовний потенціал особистості-2»**

(за Е. О. Помиткіним) (Помиткін, 2013, с. 114)

<b>Виміри особистості</b>	Спілкування	Спрямованість	Характер	Самосвідомість	Інтелект	Досвід	Психологія	$\Sigma$
<b>Механізми духовного розвитку</b>								
Ідентифікація	1	2	3	4	5	6	7	
Децентрація	8	9	10	11	12	13	14	
Рефлексія	15	16	17	18	19	20	21	
Трансценденція	22	23	24	25	26	27	28	
Усвідом. буттєвої єдності	29	30	31	32	33	34	35	
	$\Sigma 1 =$	$\Sigma 2 =$	$\Sigma 3 =$	$\Sigma 4 =$	$\Sigma 5 =$	$\Sigma 6 =$	$\Sigma 7 =$	$\Sigma \text{заг.}$

Духовний потенціал ( $\Sigma \text{заг}$ ) визначається шляхом складання всіх отриманих балів. Результат оцінюється за окремою шкалою для підлітків і дорослих. Шкала оцінки для вікової категорії 14-18 років: 46-70 балів – високий потенціал; 20-45 – середній; до 20 балів – низький. Шкала оцінки для вікової категорії від 18 років: 50-70 балів – високий потенціал; 24-49 – середній; до 24 балів – низький.

Наближення до максимального показника у вертикальних вимірах (10 балів) свідчить про розвиненість духовного потенціалу в даній підструктурі. Низький потенціал свідчить про необхідність розвитку відповідної підструктури. Наближення до максимального показника у горизонтальних вимірах (14 балів) свідчить про актуалізованість відповідного психологічного механізму духовного розвитку особистості.

Аналіз експериментальних даних, отриманих за допомогою методики «Духовний потенціал-2», дає підстави вважати, що на ранніх етапах онтогенезу найбільшого розвитку набуває психологічний механізм ідентифікації. Цей психологічний механізм допомагає дитині наслідувати образ дорослого, зумовлює спочатку неусвідомлене, а потім і свідоме прагнення до самовдосконалення. Надалі, у процесі соціалізації дитини зростає вагомість психологічних механізмів децентрації та рефлексії. Ці механізми зумовлюють здатність зважати на інтереси та потреби інших, а отже – забезпечують гармонійне співіснування у сім'ї, колективі.

Розвиток психологічних механізмів трансценденції та усвідомлення буттєвої єдності не забезпечується процесами індивідуалізації та соціалізації. Закони та норми суспільства не вимагають від людини усвідомлення власної місії у Всесвіті, спрямованості на реалізацію ідеалів Краси, Добра та Істини у повсякденному житті. Актуалізація психологічних механізмів трансценденції та усвідомлення буттєвої єдності зумовлена внутрішніми потребами духовного «Я» людини та вимагає сприятливих зовнішніх умов.

**Додаток Б.****ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ  
ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ НА ОСНОВІ МЕТОДУ  
СТАНОВЛЕННЯ ЗДОРОВОЇ ВРІВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИСТОСТІ  
ШЛЯХОМ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ,  
НАСИЛЬСТВА І ДЕПРИВАЦІЇ (за М. Мюррей)**

Запропонована програма може застосовуватися на індивідуальних заняттях, але особливо вона є ефективною у груповій роботі (Ільченко, 2011a; 2011b; 2019a; 2019d; 2019e; 2019f; 2020b; 2020c; 2021a; 2021b; 2021c; 2021d; Мюррей, 2011; Murray, 1991; 2012; Становлення..., 2012a; 2012b; 2012c; 2012d). В основу покладено синтез психологічних теорій: психоаналізу, системної, емпіричної, когнітивної, поведінкової, гуманістичної.

Програма розкриває процес дії травми, насильства, зневаги, а також захисних механізмів людини на спотворення розумового сприйняття і емоційної реакції людини, що, у свою чергу, позначається на здоров'ї і поведінці. Наслідком застосування програми реадaptaції повнолітніх постзалежних осіб від різних дисфункцій та залежностей на основі методу Мюррей (Мюррей, 2011; Murray, 1991; 2012; Становлення..., 2012a; 2012b; 2012c; 2012d) є «становлення здорової врівноваженої особистості» через усвідомлене і повне пояснення наслідків болю, пережитого в дитинстві, та отримання знань, напрацювання навичок щодо здорових моделей поведінки у теперішньому і майбутньому.

Існують певні **протипоказання програми реадaptaції постнаркозалежних**, до яких відносять:

- Відсутність початкового мотиву для реадaptaції.
- Продовження лікування психоактивними препаратами, в тому числі також і за призначенням лікаря.
- Прояв у гострій формі травматичних, неврологічних, соматичних, психічних захворювань.

- Декомпенсовані форми психопатій і невротичних розладів із фобіями, тривогою тощо.

- Наявність вираженого суїцидального ризику (суїцидальні висловлювання, тенденції до здійснення суїцидальних думок тощо).

- Виражений асоціальний характер поведінки учасника, підтверджений анамнестичними відомостями.

- Наявність супутніх важких захворювань, які потребують спеціального обстеження і лікування.

***Завданнями програми психологічної реабілітації постзалежних дорослих є:***

1. Полегшення психофізичного стану.

4. Подолання минулого травматичного досвіду шляхом зміни негативного, руйнівного мислення та поведінки, які було отримано в результаті блокування необроблених належним способом хворобливих симптомів.

5. Подолання залежності від інших речовин та деструктивної поведінки. Формування мотивації вибору здорового способу життя. Закріплення установки учасника програми на відмову і неповернення до наркотиків, алкоголю, ігор та інших залежностей.

6. Навчання пошуку і прийняття соціальної підтримки, а також методам подолання конфліктогенних ситуацій і стресів. Отримання навичок у подоланні поведінки, яка є жорстокою, агресивною (активна та пасивна агресія), а також насильницькою щодо інших людей, себе, тварин та оточення.

7. Формування потреби до зміни в системі сімейних відносин, що сприяють процесу одужання учасника програми та його сім'ї. Формування позитивних соціальних установок, віри у свою силу, повернення до праці, професії, в суспільство, віри в Бога, який допоможе все це здійснити.

8. Прийняття відповідальності за своє одужання і за своє власне життя. Формування і зміцнення в учасників програми здатності до самозабезпечення.

9. Подолання «стану жертви» та співзалежності. Отримання навичок роботи з нарцисизмом та його подолання.

10. Формування толерантності до тиску алкогольного, наркотичного або іншого нездорового середовища. Складання планів, продумування меж своєї поведінки, що дозволяють не допускати створення ситуацій із ризиком зриву та вміння опанувати їх під час виникнення.

11. Інформування громадськості про роботу реабілітаційної програми з метою:

– просвіти щодо характеру залежностей та інших дисфункцій, чинників, що сприяють їх формуванню і можливості подолання;

– залучення учасників, фахівців, громадських організацій і населення до участі в реабілітаційних програмах.

Основні принципи взаємодії учасників і тренера програми психологічної реабілітації:

- конфіденційність;

- відкритість учасників та тренера до самозмін;

- щирість;

- повага до себе та інших;

- активність учасників у виконанні групових та домашніх завдань;

пунктуальність;

- готовність працювати над собою;

- відповідальність учасників та тренера за процес особистісного розвитку.

У цілому процес реабілітації полягає у дотриманні правил, опануванні навичок вираження почуттів та виконанні ряду психокорекційних завдань, що сприяють подоланню заперечення, переоцінці своїх цінностей та формуванню самоприйняття і близьких особистих відносин із людьми та Богом.

Техніки та принципи, які використовуються в «Програмі психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих за методом Мюррей», спрямовані на подолання НДД та формування «Здорової врівноваженою особистості».

**1. Письмово фіксувати та проговорювати в парі, в групі, з тренером.** Під час проходження програми, учасник виконує домашнє завдання «Яйце травми», де він описує весь свій негативний травмуючий досвід. Особлива увага приділяється дитячому негативного досвіду, але він також пише про всі події та довгострокові хронічні стресори, що відбулися з ним і в дорослому віці.

Під час занять у групі «Програми реадaptaції постзалежних за методом Мюррей» учасники мають спеціальний час для промовляння негативного травмуючого досвіду в парах та в групі з тренером. Це допомагає не тільки виявити причину своєї залежності та інших дисфункцій згідно «Дерева дисфункцій особистості», а й в атмосфері любові та поваги отримати прийняття себе. Дитина, яка отримала травми відчувала неправдиву провину, і сором за те, що з нею робили та винесла собі вирок: «Я поганий, нікчемний, малоцінний». Робота з «яйцем травми» в групі людей, які мають такі ж проблеми в минулому, допомагає відновити почуття власної гідності та прибрати сором.

**2. Малювання.** Під час проходження «Програми реадaptaції постзалежних за методом Мюррей», учасник виконує домашнє завдання та малює «дитину, яка плаче», «контролюючу дитину», «природну дитину», «розгнівану бунтівну дитину», «вперту егоїстичну дитину», «здорову врівноважену особистість». Зазвичай малюнок робиться маркерами на великих аркушах ватману. Для роботи з почуттями (болі, страху, гніву, сорому, самотності та ін.), а також з «замороженими почуттями» Мерілін Мюррей рекомендує, якщо не виходить із якихось причин малювати, просто чиркати маркерами на ватмані. Доцент Берні Зігель також радить малювати, щоб «залікувати рани». Психологи вважають малювання корисним



інструментом для розкриття таємниць підсвідомості та особистої ідентифікації.

**3. Молитва.** Учаснику програми за методом Мюррей рекомендують шукати свою цінність та формувати почуття власної гідності ґрунтуючись на побудові відносин з Богом / Вищою Силою шляхом молитви. Натомість сорому та неприйняттю себе, як особистості, приходить відчуття значущості та приналежності до Творця.

**4. Навчання, дорослішання, зростання і розвиток для всіх п'яти сфер життя.** Для повноцінного розвитку людини необхідно постійно розвивати свої задатки, обдарування, зростати як особистість. У Програмі реабілітації за методом Мюррей велика увага приділяється відшукуванню своїх хобі, розвитку та росту особистості фізично, інтелектуально, емоційно, соціально та духовно. Учасник бере на себе відповідальність за своє життя (виконує завдання «Цегли виживання»).

Якщо НДД позбавляв повноцінного розвитку особистості, то реабілітація, пов'язана з подоланням наслідків НДД, має на увазі в дорослому віці взяття відповідальності за своє життя та розвиток фізичного, емоційного, когнітивного соціального та духовного потенціалів особистості. У Програмі реабілітації за методом Мюррей робиться акцент на балансі всіх цих п'яти сфер життя.

Важливу роль, нарівні з фізичними вправами, грає відпочинок, зупинка, день спокою (субота), сон. До фізичного розвитку також Мерілін Мюррей відносить правильне здорове харчування, помірність. Про це багато пишуть вчені.

Багато праць написано на тему зв'язку емоцій, почуттів із мисленням та поведінкою людини. Вчені давно розрізняють реактивну та проактивну поведінку. Не можна недооцінювати вплив почуттів та емоцій на поведінку. Поведінка знаходиться в прямому зв'язку з умінням усвідомлювати та адекватним способом висловлювати почуття. Почуття

шкідливо заморожувати і, в той же самий час, шкідливо давати їм верх над свідомістю.

Так формується, за словами Мерілін Мюррей, «контролююча дитина». Завдання «Контролюючої дитини» – знеболити страждання «Дитини, яка плаче». Але якщо її не навчили справлятися з хворобливими відчуттями, то «контролююча дитина» просто заглушає емоції.

Найчастіше люди, які пережили ранній негативний досвід, впадають в два стани: недостатній контроль над почуттями, що провокує гострі емоційні реакції, або зверхконтроль – емоційне замикання, що веде від реального життя з образою на це реальне життя. Для цього вона може використовувати різні способи знеболювання, відволікання та оніміння.

Під час проходження програми, учасник вчиться брати відповідальність за свої почуття та здоровим способом із ними справлятися. Особлива увага приділяється «Дитині, яка плаче». Саме вона тримає в собі невиплакані горе та страх, які руйнують людину емоційно, фізично, інтелектуально, соціально та духовно. У підсумку, якщо не працювати з «Дитиною, яка плаче», це обов'язково призведе до зародження, рецидиву та прогресування залежностей та інших дисфункцій.

**5. Позитивне мислення.** У людини, що має наслідки НДД у вигляді адиктивної поведінки під час активного вживання ПАР, зовсім небагато людей було, які говорили про неї добре, підтримували її та проявляли віру в її одужання. Звичайно, не без причин, але практично всі роками з нею поводитися без поваги, і вона чула про себе висловлювання, як про «погану», «нецінну» та «неповноцінну». А якщо сюди ще додати НДД, то виходить не надто райдужна картина.

Травми дитинства, реакція соціального оточення на вживання ПАР в дорослому віці сформували у наркомана негативні переконання щодо себе, інших людей та життя в цілому. У програмі за методом Мюррей особлива увага приділяється виявленню та зміни цих негативних тверджень, що руйнують життя та позбавляють радості. Мерілін Мюррей називає ці

негативні твердження «платівками». «Замінити платівки» – необхідна умова для «становлення здорової врівноваженою особистості» та реадaptaції наркозалежних і постнаркозалежних. Те, як людина думає про себе, інших людей та життя – буде формувати його стиль поведінки і, згодом, його долю.

Позитивне мислення – це не заперечення реальності. Останнім часом дуже багато спекуляцій на тему позитивного мислення. Деякі люди під позитивним мисленням розуміють, що треба не звертати увагу на труднощі, болі, страхи, а уявляти собі, що все добре і не допускати інших думок і почуттів. В методі Мюррей розуміння позитивного мислення – це реально оцінювати ситуацію, якщо є труднощі – то вони є. І ключ тут не в запереченні труднощів, а в тому, щоб зберегти впевненість в своїй цінності, як особистості, мати почуття власної гідності, незважаючи на те, що є ці труднощі. Змінити платівку з «я поганий» на «я цінний».

**6. Прощення та прийняття себе, інших і Бога.** Клінічний психолог Джек Корнфілд визначив, що прощення -- це ресурс, який дозволяє викинути все з голови: страждання, горе, біль і зраду з минулого, а натомість ви обираєте для себе таїнство любові: «Не варто зберігати вірність своїм стражданням. Це велика помилка – зациклюватися на тому, «що зі мною трапилося. Так, трапилося. Так, це було жахливо. Але чому ви вирішили, що вашу особистість визначає саме це?». Без прощення життя було б нестерпним. «Складно уявити світ без прощення, тому що, не вміючи прощати, ми були б намертво прив'язані до страждань із минулого та нам би доводилося переживати їх знову і знову. Безвихідь! Ми прощаємо для того, щоб позбавитись від гострого страждання, яке виростає з признання минулого».

У програмі реадaptaції постнаркозалежних за методом Мюррей, учаснику дається завдання не тільки працювати над своїми хворобливими відчуттями та формувати нові позитивні адекватні переконання, а й розібратися остаточно з людьми та ситуаціями, що викликали страждання. І щоб пройти цей шлях, необхідно пробачити. Мерілін Мюррей описує шлях прощення, як п'ять стадій одужання. Вона адаптувала концепцію

проживання горя та втрати Elisabeth Kьbler-Ross та розробила на її базі свою концепцію одужання, прощення та прийняття. Мюррей виділяє п'ять стадій вибачення: 1. Заперечення / шок; 2. Гнів; 3. Торг; 4. Бідкання; 5. Прощення / прийняття. Через ці п'ять стадій потрібно пробачити кривдників, а також себе та Бога, який допустив все це горе в житті людини.

7. **Взаємопідтримка, система підтримки.** Сильні соціальні зв'язки допомагають подужати найважчі захворювання. Завдяки любові та дружній підтримці, в нашому організмі виробляється багато окситоцину -- гормон гарного настрою. Окситоцин знищує надмірно гостру стресову реакцію.

Ми по-новому починаємо спілкуватися з людьми, коли відчуваємо безпеку відносин. Безумовне прийняття з боку психотерапевта та учасників групової терапії змінює нас таким чином, що ми приходимо до більш повного і здорового самосприйняття. Пітер А. Левін довів, що це відновлює пошкодження клітин на рівні ДНК.

Коли людина інстинктивно шукає соціальні контакти, у неї виробляється окситоцин, гормон співчуття. Окситоцин посилює можливості захисту нашого тіла від стресового впливу. Окситоцин, за МакГонігалом, – це природний засіб проти запалення.

Вчений, нейробіолог Рут Ланіус дослідила: після негативного дитячого досвіду, неврологічні зміни мозку дуже впливають на здатність взаємодії з іншими людьми.

Отже, навіть якщо дитина стикається з негативним досвідом, але у неї здорова обстановка в сім'ї і є кому розповісти про свої проблеми, в гені рецептора окситоцину (OXTR) відбуваються зміни, які допомагають виробити життєстійкість (не випадково ген окситоцинового рецептора ще називають геном оптимізму).

Ці дослідження підтверджують, чому людям, залежним від наркотиків та бажаючим одужувати від залежності, саме необхідно перебувати в середовищі людей, де вони відчувають прийняття, підтримку, любов, де їх не засуджують, не соромлять, не критикують, не порівнюють.

Саме така атмосфера створена на програмі за методом Мюррей. Учасники групи, можливо вперше, відчули цінність своєї особистості. І, таким, чином, помилкові переконання, які несли їм сором, страх та смерть, «перепрошиваються» новими, що несуть життя, почуття власної гідності та впевненість у завтрашньому дні. Отримавши, під час тренінгу, навички таких відносин, учасники мають завдання нести ці знання в свою сім'ю, соціальне оточення та будувати навколо себе «Здорову систему» (за М. Мюррей).

Процес виконання програми і подолання опору вимагає не тільки відповідної обстановки, але і достатнього проміжку часу. Психологічна реадаптації постнаркозалежних на основі методу Мюррей передбачає **4-ри рівні програми:**

- Рівень 1 – 40 годин, 5 днів;
- Рівень 2 – 80 годин, 10 днів;
- Рівень 3 – 40 годин, 5 днів;
- Рівень 4а – 40 годин, 5 днів;
- Рівень 4б – 40 годин, 5 днів.

Зазвичай, учаснику треба пройти всі 4 рівні програми – 30 днів (240 годин) протягом 12 місяців. Увесь цей час заняття, що проводяться в процесі реадаптації, повинні сприяти усвідомленню та вирішенню учасником тих проблем, які виникають у постзалежних у післялікувальний період.

Програма тренінгу реадаптації постзалежних передбачає їх активну участь у інтерактивних психотерапевтичних бесідах та готовність виконати **комплекс завдань на 4-ох рівнях програми за наступною тематикою.**

***Рівень 1. Відкриття «природної дитини» та концепція побудови здорової врівноваженої особистості.***

- «Баланс п'яти сфер життя особистості»: фізичної, емоційної, когнітивної, соціальної та духовної.
- «Концепція емоційного шоку».
- «Види психологічних травм, насильства та депривації».

- «Концепція особистості за методом Мюррей».
- «Цегли виживання» . Базові потреби для виживання дитини.
- Формування «яйця травми» та «дитини, яка плаче» (ДП). Написати на папері (частіше для цього використовується чиста зворотна сторона шпалер) завдання «яйце травми». Це всі травмуючі події з моменту запліднення до теперішнього часу з зазначенням віку та викликаних почуттів. Це можуть бути як окремі події, так і довгострокові. Намалювати «дитину, яка плаче». Саме вона пережила увесь біль, який зазначено у «яйці травми». Відповісти на питання для домашньої рефлексії, які знаходяться у «роздруківці» (див. нижче на стор. ??): Рис. А.2) стосовно того, як поводитися, коли відбуваються травмуючі події, і надалі, коли людина відчуває болісні почуття, а також як продовжувати «чистити» рану, працювати з болем минулого.

- Формування захисних механізмів. Контролююча дитина (КД). Захисними механізмами можуть бути знеболювальна (наркоманія, алкоголізм, сексоголізм, паління, ігроманія, харчові дисфункції тощо) або відволікальна (телевізор, соцмережі, інтернет, релігія, постійна зайнятість, робота, служіння, волонтерство, співзалежність, залежність від музики, спорту, чистоти, влади, грошей, любові тощо) поведінка. Намалювати три малюнки: 1) КД у дитинстві, як блокували болісні почуття у дитинстві; 2) КД у період активного вживання наркотиків та 3) КД у дорослому віці, зокрема, як зараз, під час постзалежності, відбувається контроль над болісними та радісними почуттями. Відповісти на питання, які знаходяться у роздруківці стосовно того, як працюють захисні механізми, які з них зараз руйнівні, що треба змінити, що зовсім видалити, а що можна модифікувати та зберегти, з ким і в чому поставити здорові кордони (див. нижче схему А.1 на стор. ??): Домашня рефлексія...).

- Формування «розгніваної бунтівної дитини» (РБД) та «впертої егоїстичної дитини» (ВЕД) (див. нижче схему А.2 на стор. ??). РБД – це відкрита агресія, а ВЕД – це пасивна агресія. Ці «двоє» об'єднують негативні риси ДП, КД та ПД, і їх не повинно бути у ЗВО. Намалювати РБД та ВЕД.

Відповісти на питання у роздруківці стосовно того, коли вони проявляються, і як із ними «боротися».

- Відкриття та розвиток «природної дитини» (ПД) та формування здорової врівноваженої особистості (ЗВО). Мета тренінгу – бути ЗВО. Для цього потрібно відкрити у собі ПД (творчий потенціал, інтелект, здорова сексуальність, духовність, любов до людей, комунікабельність, радість життя, позитивність, харизма, шарм, ризик, гумор, таланти тощо), взяти позитивні риси від ДП (ніжність, співчуття, емпатія тощо) та КД (здорові межі, відповідальність, здоровий вираз почуттів, дисципліна, мужність тощо). Намалювати ПД та ЗВО. Відповісти на питання у роздруківці (див. нижче схему А.1 на стор. ??) щодо мрій, розвитку талантів, духовності, мети, та що учасник програми візьме у ЗВО від кожної «дитини» ДП, КД, ПД або як буде «працювати» з недоліками РБД та ВЕД.

- «Трикутник Стівена Карпмана» (жертва – переслідувач – рятівник) та фільтр любові й поваги. Як не потрапити до трикутника і залишатися у фільтрі любові й поваги.

- «Кордони (межі) особистості». Визначення, загальні поняття, вміння вибудовувати здорові кордони.

- «Проживання почуттів та здоровий їх вираз». Отримання знань та навичок щодо вміння виражати здоровим чином почуття, коли не причиняєш шкоди собі, майну, речам, іншим людям та тваринам.

- «Кола близькості, відповідальності та впливу». Як вибудовувати пріоритети. Виконати завдання, розставити всіх людей, себе, Бога, діяльність, хобі, тварин, залежності, служіння, роботу та ін. у вигляді пріоритетів (див. нижче рис. А.2 на стор. ??).

***Рівень 2. Формування почуття власної гідності незалежно від того, що негативного робили учасникові люди, або що саморуйнівного учасник робив власноруч; позбавлення від дисфункцій, що заважали жити повноцінним життям у постзалежний період, та формування відповідального ставлення до власного життя та потреб.***

- Високі вимоги до себе та до інших людей. Як перемогти перфекціонізм.

- «Співзалежність». Як впоратися зі співзалежністю. Причина, наслідки, рішення.

- «Ціна одужання і ціна хвороби». Що отримуєте і що втрачаєте Ви, перебуваючи в стані «героя», «жертви», «кривдника», «здорової врівноваженою особистості». Виклик щодо змін.

- Як приймати рішення, аналізувати поведінку, позбутися від РБД і ВЕД. Докладний розбір плюсів і мінусів «дітей».

- «Як розібратися з почуттями», щоб не допускати втрати контролю над ними.

- «Коло безпеки». Як здоровим способом висловлювати гнів і не входити в пасивну і активну агресію.

- «Море болю». Як минулі неопрацьовані почуття впливають на поведінку сьогоднішнього дня. Як припинити притягувати з минулого болісні почуття та жити «тут і зараз», реагуючи адекватно ситуації.

- «Прощення». Потрібно мені, а не моїм кривдникам. Як пробачити і убезпечити особистість від її власних вчинків.

- Сексуальна залежність. Рівні залежності, лікування та профілактика.

- Сексуальне та інше насильство. Визначення і наслідки.

- «Система цінностей». Що керує людиною. Як пов'язана система цінностей із поведінкою людини. Виконати завдання з виявлення цінностей та поведінки, яка не відповідає їм.

- «Нарцисизм» – вищий ступінь егоцентризму у батьків і дітей. Як бути здоровим батьком і виховати здорових дітей. Аналіз себе та опрацювання знайдених у собі проявів, рис нарцисизму.

- «Кордони». Як залишитися особистістю зі своїми переконаннями і водночас, щоб не постраждали люди, як не давати себе образити і вміти сказати «ні». Як не говорити «так», коли на виконання прохання немає сил, навичок, ресурсів, бажання, моральних цінностей.



- «Запрошення до близькості». Чому часто, коли закохані починають разом жити – все змінюється в гіршу сторону, і як це виправити. Також розберемо причини конфліктів та способи їх вирішення між будь-якими людьми.

- «Коріння співзалежної поведінки». Як «покинутість» у минулому впливає на страх бути покинутим у теперішньому, та вихід у зрілу поведінку.

- «Платівки». Переконавання, що заважають дорослішанню, одужанню. Як минулі травми вплинули на переконання особистості. Саме через нездорові переконання формується руйнівна поведінка. Зміна переконань на підсвідомому рівні.

- Як говорить кожна «Дитина». Вчимося розпізнавати їх «голос» для того, щоб бути ЗВО.

- Кнопки-тригери РБД, ВЕД, залежного, співзалежних, дисфункційної поведінки. Виконати завдання з аналізу почуттів у «яйці травми», та виявлення чотирьох основних кнопок, які запускають або можуть запустити дисфункційну поведінку.

- «Здорові та нездорові системи». Сім'я, робота, школа, церква, держава та ін. Наскільки здорові системи, в яких існує учасник програми. Зробити завдання із роздрукування щодо аналізу своїх систем. Виявити дисфункцію.

- Як бути мудрим і зрілим. Визначення та відповідальність.

***Рівень 3. Побудова нового, здорового кола взаємовідносин та напрацювання навичок вирішувати конфлікти. Знаходження себе, становлення та самореалізація особистості у соціумі.***

- «Прогноз успішності реадаптації». Як можна спрогнозувати особисті або чийсь позитивні зміни в процесі реадаптації. Проаналізувати, де я знаходжусь у програмі одужання.

- «Чинники успішної реадаптації». Які зовнішні та внутрішні чинники сприяють процесу реадаптації учасника програми.

- «Потреби». Які відповідні потреби є в учасника програми як у дорослої людини не тільки для виживання, а й для отримання повного задоволення й щастя в житті. Виконати письмове завдання щодо аналізу задоволення та незадоволення потреб у дитинстві та в дорослому віці.

- Аналіз, чому людина залишається в нездоровій системі. Причини та наслідки.

- «Шляхи. Причини і альтернативи залежностям та іншій дисфункційній поведінці». Повна і зрозуміла схема, що показує весь шлях становлення здорової врівноваженої особистості, і причини, які заважають реадаптації.

- Як допомагають позитивні й заважають помилкові цінності у взаєминах, і як їх корегувати.

- Докладне вивчення взаємовідносин. На прикладі різного складу ґрунтів дуже доступно і ефективно аналізуємо відносини у родині, на роботі, з друзями. Знайшовши свій ґрунт, відразу видно, що потрібно для того, щоб відносини стали плідними, або над якими відносинами людина витрачає сили даремно, довбаючи чолом ніби крижану брилу. Розберемо, що потрібно для побудови плідного ґрунту (сонце, дренаж, полив, добрива, викорчовування, обробіток тощо, що символізує конкретний внесок у стосунки).

- «Час приймати рішення». Різні варіанти (в залежності від обставин) прийняття рішень для учасників, якщо вони перебувають у нездорових системах або хворих відносинах. Аналіз та прийняття рішення.

- «Як розбиратися з конфліктами». На прикладі конфліктів між дітьми розглянемо, як вирішувати конфлікти.

- «Реакція на страх». Наприкладі різних тварин учасник побачить, як реагує на страх, і проаналізує своє почуття страху.

***Рівень 4. Вплив пращурів, систем, в яких вони жили, на організацію нашого способу життя та подолання негативних наслідків через формування почуття власної гідності.***

- **Формула життя.** Формула для виявлення сили власного Его через глибинний аналіз позитивних та негативних впливів різних «систем» (сім'я, держава, церква, школа, робота, друзі, мас-медіа та ін.) на пращурів, аналіз життя пращурів, та які нездорові риси та руйнівна поведінка дісталися учаснику від них. Виконати завдання по силі власного Его, та на прикладі двох життєвих подій (одна реактивна, а друга проактивна) розібратися, як пращури впливають і досі на учасника програми, та прийняти рішення бути ЗВО у цих та інших питаннях.

- **«Маскування».** Як приховували свої погляди, думки, почуття пращури, щоб вижити у нездоровій системі сім'ї та країни.

- Аналіз як ДП, КД та ПД брали участь у формуванні залежності від наркотиків та ін.

- Вживання українців як нації та кожного з пращурів окремо. Як нездорова система держави, голод, війни, час перебудови, сталінські переслідування, закритість Радянського Союзу, комунізм загрожували життю роду учасників програми, та яка якість роду учасників дійшла до теперішнього часу.

- Щасливі та негативні спогади з дитинства щодо впливу культури та життя в різні етапи становлення незалежної України: в Радянському Союзі, під час перебудови М. Горбачова, в Україні 90-х років, та в Україні III-го тисячоліття, в залежності від того, на яких етапах проходило дитинство учасника. Виконати письмове завдання щодо аналізу свого дитинства з точки зору впливу суспільних систем.

- Любов до себе, позитивне мислення з урахуванням визнання і не заперечення існування болю в житті.

- **«Почуття власної гідності».** Як руйнували або підтримували його різні системи.

- **«Подяка впливовим людям за життя».** Прийняття свого життя таким, яким воно є, та отримання потенціалу для розвитку та зростання.

Виконання даних завдань та опрацювання терапевтичних тем пов'язано з особистим досвідом постзалежного. Йому пропонується згадати, описати, розповісти на груповому занятті та отримати зворотній зв'язок від членів групи і тренера. Приклади, наведені учасником, не повинні носити загального характеру, а відображати конкретні події, почуття та дії.

**Основні критерії успіху психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих осіб** полягають у наступному:

- Учасник весь період реадaptaції не вживає ніяких речовин, що змінюють свідомість.
- Учасник активно співпрацює з командою тренерів у дотриманні правил і виконанні терапевтичних завдань даної програми на основі методу Мюррей, відвідуванні груп взаємодопомоги «Програми 12 кроків»: АН/АА/АІ/ДДА/КОДА та ін.
- Необхідною передумовою програми реадaptaції служить бажання учасника брати участь у всіх заходах реадaptaції, відновити свій соціальний статус.
- Підтримка зв'язку з колишніми (до реадaptaції) учасниками з метою профілактики рецидивів і своєчасного надання допомоги в кризових ситуаціях, а так само з метою їх залучення до роботи в програмі реадaptaції та в групі взаємодопомоги «АА» (анонімні алкоголіки), «АН» (анонімні наркомани), «КОДА» (анонімні співзалежні), «ДДА» (дорослі діти алкоголіків), «АС» (анонімні сексоголіки), «АГ» (анонімні гравці) та ін.
- Основною умовою ефективності психотерапевтичної взаємодії є використання даної програми у роботі над собою та оптимізація особистісного зростання самим тренером.

---

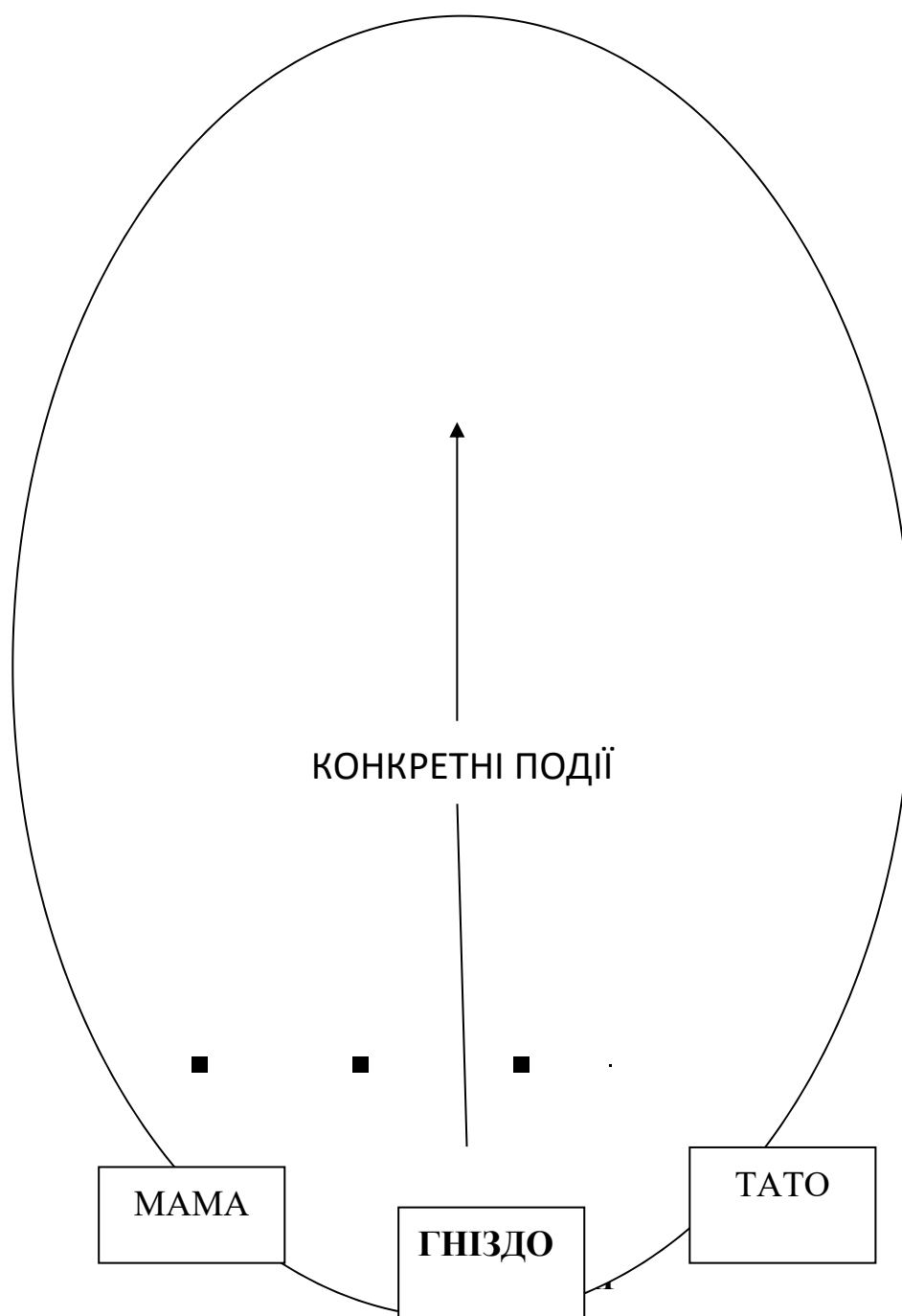
### **ДОПОВНЕННЯ ДО ДОДАТКУ Б**

---

#### **Рівень 1.**

Рис. Б.1. Яйце травми (за М. Мюррей; Становлення..., 2012а. с. 7)

## Яйце травми



1. Яйце травми стає надбанням «Природної дитини» і може породжувати «Дитину, яка плаче».

2. Внизу сторінки позначено «гніздо», в якому народилася дитина.

Впишіть туди наступне:

а) «мама» і «тато» і важливі події та обставини, що вплинули на їхнє життя в період народження дитини (наприклад, хтось із батьків був найстаршою дитиною в сім'ї з 10-ма дітьми, його батько був алкоголіком,

його мати померла, коли йому було всього 6 років, він прагне досягти високого становища, роботоголік тощо);

б) якщо Вас виховували не батьки (бабуся, дідусь), вкажіть це в гнізді;

в) дату народження дитини, важливі події того часу (наприклад: 1991 рік – розпад СРСР, утворення незалежної України);

г) відзначте, якщо були старші брати або сестри, викидні, аборти або народження мертвих дітей.

3. Лінії всередині яйця відносяться до подій, в яких ця дитина відчувала біль, страх, відкидання, смуток тощо. Коли дитині не дозволяють пережити ці почуття належним шляхом (коли переживати їх небезпечно, або ніхто не показував, як це робиться), тоді частина цієї дитини починає відокремлюватися, починає розвиватися «Дитина, яка плаче» і утворюється «Море болю»:

- ширина лінії відповідає тяжкості травмуючої події;
- зверху лінії напишіть, що сталося, і вік дитини (наприклад, «моя бабуся померла, коли мені було 5 років»);
- додайте події, що відбуваються на даний час.

Використовуйте стільки аркушів паперу, скільки буде потрібно.

4. Навколо яйця напишіть стресори хронічні, довготривалі, які тиснуть на дитину ззовні (у матері постійно спалахи люті, батько – алкоголік, расові / національні забобони, хвороби тощо).

Ці події краще писати не домінуючою рукою.

5. Подумайте про кожну подію і напишіть список почуттів дитини (що дитина була в змозі відчувати в той час, і що вона «повинна» була відчувати)

### Схема Б.1. Домашня рефлексія («роздруківка», за М. Мюррей (Повернення..., 2020, с. 34)

#### Дитина, яка плаче (ДП)

1. Напишіть список способів, за допомогою яких я можу полегшити свій біль (розкривати нарів своєї ДП).

2. Напишіть, у відносинах із якими людьми мені потрібно проявляти розуміння їх почуттів і співчуття?

3. Напишіть, як саме мені потрібно діяти у цих випадках?

#### Контролююча дитина (КД)

1. Напишіть, якими способами моя КД полегшувала біль моєї ДП:

- а) у дитинстві;
- б) у дорослому віці.

2. Напишіть із того, що написано вище, що мені необхідно:

- а) повністю виключити;

б) модифікувати та зберегти.

3. Напишіть, у яких сферах / взаєминах мені потрібно працювати над встановленням здорових меж?

Із жертви у кривдника

1. Напишіть, коли (за яких умов) я стаю «розгнівано-бунтівною дитиною» (РБД)?

2. Напишіть, коли (за яких умов) я стаю «впертою егоїстичною дитиною» (ВЕД)?

3. Напишіть, що конкретно я можу зробити, щоб цього позбутися?

Природна дитина (ПД)

Напишіть, якби в мене було достатньо часу та грошей, то моя ПД хотіла б:

а) СТАТИ (якою саме – безпосереднішою, щасливішою, сексуальнішою, духовнішою тощо) \_\_\_\_\_

б) ЗАЙМАТИСЯ (грою на піаніно або гітарі, підготовкою у космонавти, влаштуванням сиротинця тощо) \_\_\_\_\_

Здорова врівноважена особистість

Перегляньте попередні сторінки і виберіть те, що Ви хотіли б перейняти від кожної «дитини». Також напишіть, які конкретні дії Ви почнете робити, щоб приступити до цього (окремо для кожної «дитини»). Звідси розпочинається Ваш «Маршрут дорослішання».

а) КД: \_\_\_\_\_

б) ДП: \_\_\_\_\_

в) ПД: \_\_\_\_\_

## Схема Б.2. Визначення понять у концепції особистості М. Мюррей

### ВПЕРТА ЕГОЇСТИЧНА ДИТИНА (ВЕД)

Потайна, пасивно-агресивна, маніпулює, інтригує, поводить себе ухильно, мстить, схильна представлятися грандіозною, може спокусити / проявляти нерозбірливість у статевих зв'язках. («Я цього заслуговую!», «Буду робити так, як подобається мені!»). «Природна дитина» найчастіше приєднується до нього, коли вважає, що має на щось повне право.

Як «розгнівана бунтівна дитина», так і «вперта егоїстична дитина» відрізняються безглуздя, схильністю виправдовувати свою поведінку, небажанням дивитися на наслідки своїх дій і відмовою брати за них відповідальність. Зазвичай провину за подію покладають на інших людей або на обставини. Будуть робити те, що їм хочеться, навіть якщо знають, що ці дії принесуть шкоду їм самим або іншим людям. Вважають себе жертвою, але на ділі самі стають кривдниками, заподіюючи шкоду самим собі та іншим.

Як «Розгнівана бунтівна дитина», так і «Вперта егоїстична дитина» здійснюють неналежні вчинки, оскільки є нездоровим поєднанням «Дитини, що плаче», «Контролюючої дитини» і «Природної дитини». Від цього треба позбутися. Тут зароджується залежність!

### ДИТИНА, ЯКА ПЛАЧЕ (ДП)

Ваше «Море болю» створювалося негативними зовнішніми впливами, такими як психологічна травма, образа, зневага, хвороба тощо. У ньому містяться тільки хворобливі почуття (смуток, страх, злість, самотність, безпорадність тощо), що утворюють «Дитину, яка плаче». Позитивна сторона «Дитини, яка плаче» в тому, що вона допомагає вам розуміти почуття інших і співчувати їм, бути ніжними і турботливими.

### ЗДОРОВА ВРІВНОВАЖЕНА ОСОБИСТІСТЬ (ЗВО)

Це «мета» зцілення, до якого йдуть по шляху реадaptaції. Це – повноцінна особистість, здатна поводитися раціонально, міркувати, думати, нести відповідальність, – і все це в тісному контакті з почуттями, – тобто в «ефективному синтезі роботи голови і серця». «Здорова врівноважена особистість» є збалансованим, здоровим поєднанням «природної дитини» з позитивними якостями «дитини, яка плаче» і «контролюючої дитини». Це зріла особистість, здатна відчувати і виражати всі свої почуття належним чином.

У той час, як «Здорова врівноважена особистість» є здоровим поєднанням «Природної дитини», «Дитини, яка плаче» і «Контролюючої дитини», можуть бути і нездорові поєднання цих компонентів. Це відбувається, коли потреби «Дитини, яка плаче» не задовольняються, а «Контролююча дитина» вже втратила терпіння, втомилася від марних спроб полегшити біль «Дитини, яка плаче». Тоді «Дитини, яка плаче» об'єднується з «Контролюючою дитиною» і створюють «Розгнівану бунтівну дитину» та «Вперту егоїстичну дитину»:

### КОНТРОЛЮЮЧА ДИТИНА (КД)

Природжений захисний механізм, який виробила «природна дитина» для захисту «дитини, яка плаче» – це ваша «контролююча дитина». Вона використовуватиме все, що можна, беручи за основу, як власні вроджені здібності, так і можливості навколишнього світу для того, щоб погасити біль. До числа найпоширеніших захистів відносяться: придушення, знеболювання (їжею, алкоголем, наркотиками, ліками, сексом, тютюном), а також відволікаючі прийоми (стосунки з іншими людьми, школа, робота, церква, спорт, музика, телевізор, комп'ютер тощо). «Контролююча дитина» – це ваш захисний механізм, призначений для тимчасового полегшення болю і стресу. Крім цього, «контролююча дитина» допомагає вам бути відповідальним і встановлювати здорові межі (що перешкоджає іншим перетворювати вас в жертву і вам самим не дає ставитися до інших, як до своїх жертв).



### ПРИРОДНА ДИТИНА (ПД)

Це дитина, особа якої є цілісною, чи не розділена на фрагменти, що виникла в момент зачаття. Це дитина, що володіє вродженим інтелектом, талантами, творчими здібностями, особливостями особистості та зовнішності, здатна відчувати всі почуття, – як «належні», так і «неналежні». Ваша душа / істинна духовність – це серцевина вашої «природної дитини». Первісно ви були створені як «природна дитина».

### РОЗГНІВАНА БУНТІВНА ДИТИНА (РБД)

Відкрито ворожа і агресивна, вона нагадує спалах від з'єднання двох електродів. Вона вимоглива, вибухова, вперта. («Не вказуй, що мені робити!», «Я зроблю по-своєму!», «Мене не турбує, що ти думаєш!»).

## Рис. Б.2. Круги інтимності, відповідальності та впливу

### Номери кругів:

#### 1. Бог і ти.

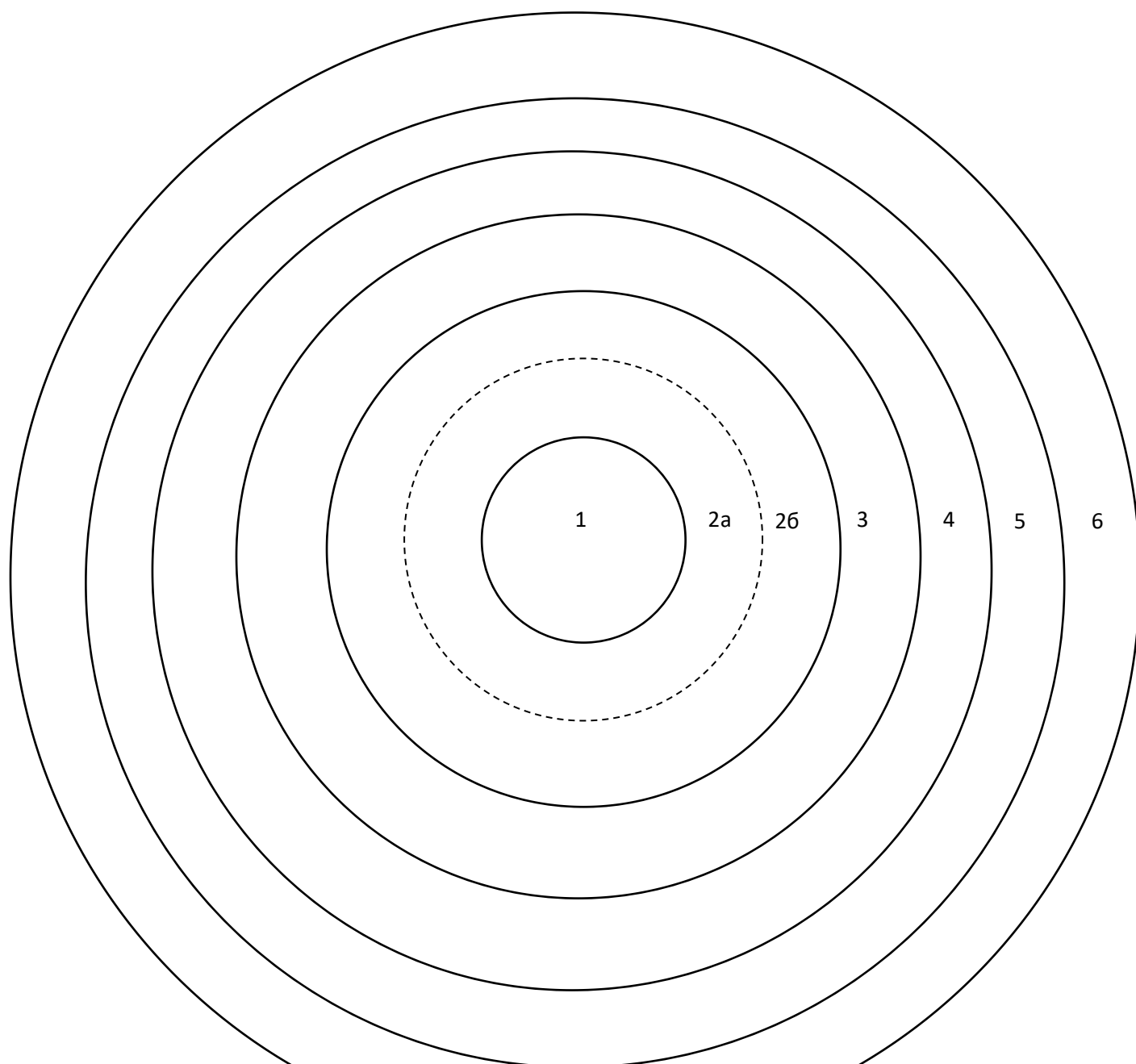
Якщо ти в цьому колі ставиш лише себе, то ти будеш себелюбним і егоїстичним. Якщо в це коло ти помістиш тільки Бога, то ти станеш мучеником і будеш страждати від своєї релігійності, це заподіє шкоди твоєму фізичному та емоційному здоров'ю. Тільки ти сам можеш піклуватися про власне здоров'я. Якщо в це коло ти помістиш когось, крім Бога і себе, то це завдасть тобі шкоди – емоційної, фізичної та духовної – і зашкодить твоїм відносинам з іншими людьми. Ти зможеш зблизитися з будь-якою іншою людиною або навіть із Богом тільки до тієї міри, до якої ти близький самому собі, до якої ти знаєш самого себе.

**2а.** Батьки (якщо ти – дитина) АБО Чоловік (а) або кохана людина (якщо ти – дорослий).

**2б.** Рідні брати / сестри (якщо ти – дитина) АБО Діти неповнолітні (якщо вони живуть із тобою).

Може бути боляче:

- коли хтось покидає коло № 2;
- коли ти когось включаєш у своє коло № 2, а ця людина тебе в своє коло № 2 не включає (або навпаки);
- коли в твоєму колі № 2 більше одного дорослого, наприклад, чоловік і батько, або коханий, чи дорослий і дитина і т.п.).



**3.** Повнолітні діти, діти неповнолітні (якщо вони не живуть із тобою), онуки, інші близькі родичі, ~~а також дуже близькі друзі~~, яким можна розкрити душу. Багато людей мають безліч друзів і знайомих, але не наважуються розповісти їм про своє життя і свої почуття. Найчастіше у чоловіків немає жодного друга в колі № 3, у них є приятелі для риболовлі або інших розваг типу спорту, колеги по роботі й т.п., але нікого, перед ким цей чоловік міг би розкрити душу. Такі чоловіки очікують, що їхні приятелі будуть перебувати як у колі № 2, так і в колі № 3.

**4, 5, 6** і так далі. Родичі, друзі, колеги по роботі тощо

Залежно від частоти, з якою ви контактуєте з цими людьми, ви ставите їх у відповідне коло. Склад людей, що входять в ці кола, часто змінюється, особливо, коли ви подорожуєте або переїжджаєте з місця на місце.

У ці кола також можна включити роботу, тварин і т.п.

Ви самі відповідаєте за те, щоб будувати свої відносини з людьми відповідно до того, в якому колі вони знаходяться.

Здатність людини впливати на вас, – викликаючи при цьому або радість, або біль, – визначається тим, до якого кола він належить – чим ближче до вас коло, тим сильніше вплив.

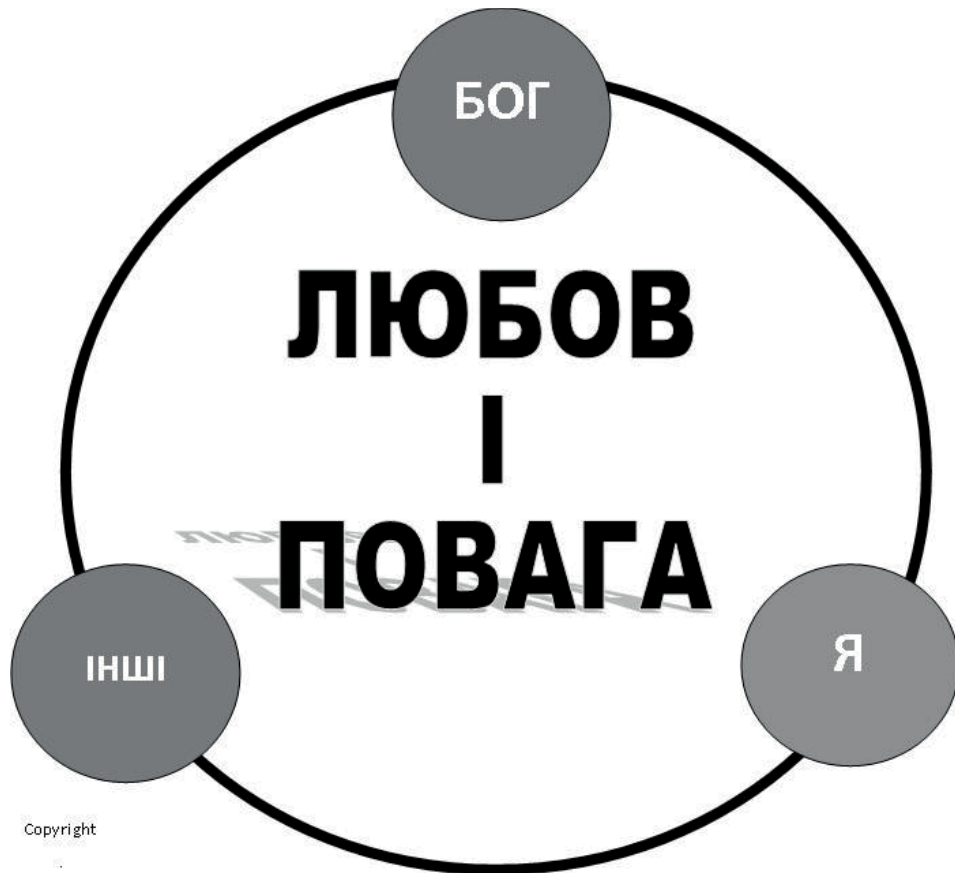
### **Як розібратись у стосунках із тими, хто входить у кола № 2 і № 3:**

1. Чи безпечні стосунки з цією людиною?
2. Чи готовий(а) я залишатись поруч з цією людиною вразливою людиною?
3. Чи довіряю я цій людині?
4. Чи чесна зі мною ця людина?
5. Чи носять стосунки з цією людиною односторонній характер?
6. Чи розповідаємо ми одне одному про свої почуття?
7. Чи поважаємо ми одне одного?
8. Чи піклуємось ми одне про одного?
9. Чи йдуть ці стосунки нам обом на користь?
10. Чи приємно мені знаходитись поруч із цією людиною?
11. Чи радіє ця людина можливості побути зі мною?
12. Чи показує ця людина, що їй приємно мене бачити?
13. Чи можу я поруч з цією людиною залишатись «Природною Дитиною»?
14. Чи підбадьорює мене ця людина і спонукає мене до того, щоб при ній я був(ла) «Природною Дитиною»?
15. Чи задоволений(а)/розслаблений(а) я або відчуваю напругу / тривогу поруч із цією людиною?
16. Чи цікаві ми одне для одного?
17. Яка історія наших стосунків? Чи розділяли ми одне з одним впродовж тривалого часу радість/смуток/захоплення?
18. Які у нас є спільні захоплення?
19. Чи є у нас спільні цінності?

## 20. Як часто ми спілкуємось?

## Рівень 2.

Рис. Б.3. Фільтр любові та поваги (Становлення..., 2012а, с. 18)

Рис. Б.4. **Виживання**, за Мюррей (Становлення..., 2012а, с. 19)



ВІДЧУТТЯ, ЩО Я КОНТРОЛЮЮ  
ТЕ, ЩО МЕНЕ ОТОЧУЄ ??

Рис. Б.5. Маятник: Я поганний (Становлення..., 2012b, с. 4)



Рис. Б.6. Кола взаємовідносин, за Мюррей (Становлення..., 2012b, с. 7)

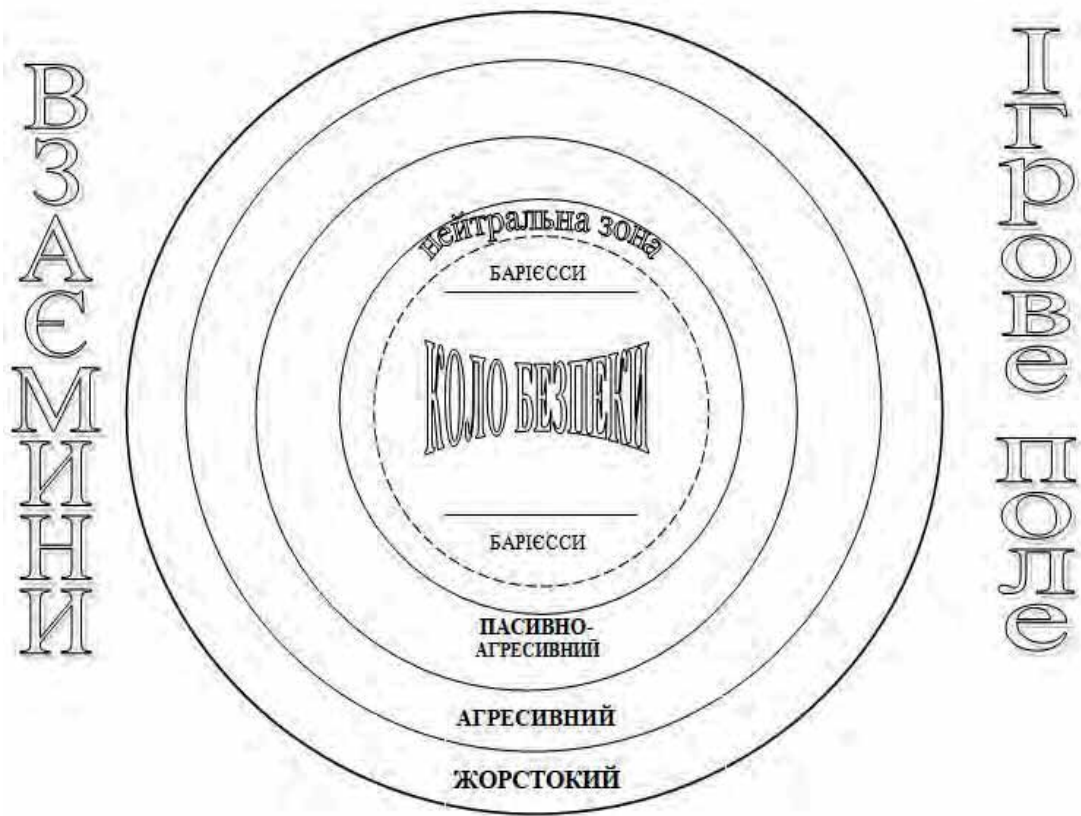


Рис. Б.7. Коло безпеки (Становлення..., 2012b, с. 8)



Схема Б.4. Межі/Кордони (Становлення..., 2012b, с. 9)

## П'ЯТЬ СПОСОБІВ СКАЗАТИ «ТАК» АБО «НІ»

1. Ти просиш мене про щось, мені це подобається і я кажу «Так»
2. Ти просиш мене про щось, мені це не подобається і я кажу «Так», але обурююся/ображаюся при цьому
3. Ти просиш мене про щось, мені це не подобається і я кажу «Ні» і нормально ставлюсь до цього
4. Ти просиш мене про щось, мені це не подобається і я кажу «Ні» і відчуваю себе дуже винним

*Співзалежні, а також ті люди, яких не вчили турбуватись про те, щоб ставити здорові межі, зазвичай реагують так, як описано у пунктах №2 і №4.*

5. Ти просиш мене про щось, мені це не подобається, але, оскільки я ставлюсь до тебе з любов'ю і турботою, то я кажу «Так» і не обурююся/не ображаюся при цьому

*Пункт №5 дуже підступний – найчастіше стає причиною дистресу. Тут ключик у тому, що така реакція має носити тимчасовий характер, якщо це не так, то ми зазвичай переходимо до пункту №2 або нам потрібно врегулювати ситуацію і ми переходимо до пункту №3*

### Схема Б.5. Як розібратися з почуттями(Становлення..., 2012b, с. 10)

1. **Усвідомте**, що щось відчуваєте (перевірте свою фізичну реакцію);
2. **Назвіть** своє/свої почуття (подивіться, скільки шарів почуттів)
3. **Розберіться** у тому, які із цих почуттів відносяться до сьогодні, а які – до минулого
4. **Підтвердіть** своє право переживати ці почуття
5. **Дійте відповідним чином** – виходячи зі своїх цінностей, стилю життя, релігійних переконань тощо

### Рис. Б.8. Запрошення до близькості



(Становлення..., 2012b, с. 11)

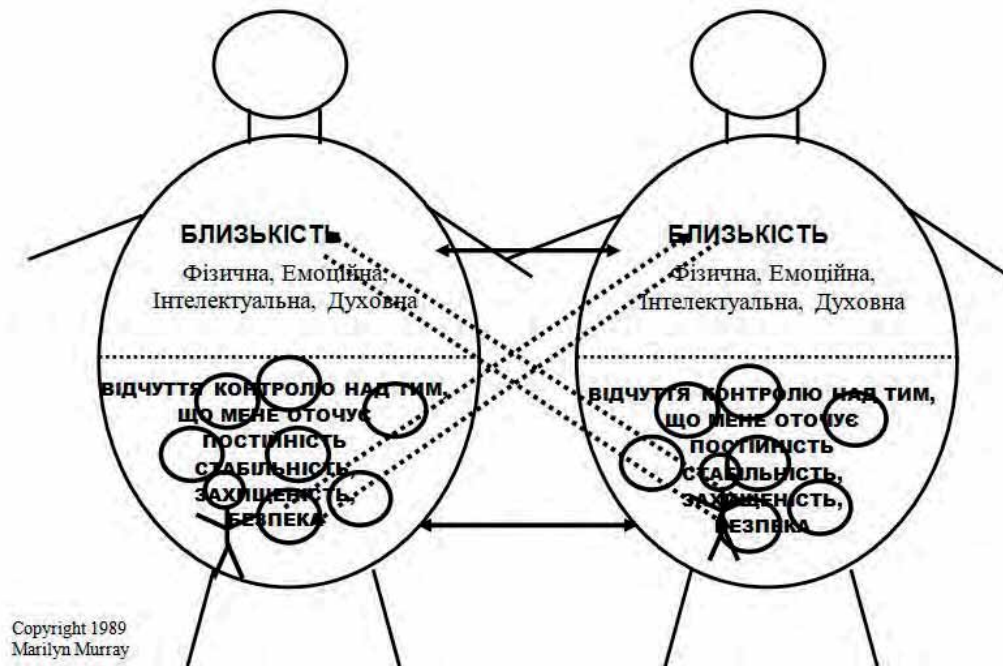
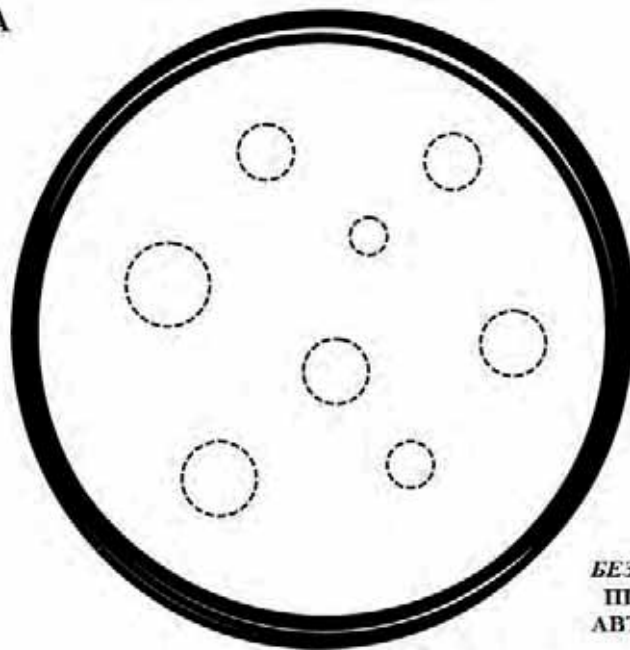


Рис. Б.9. Здорові та нездорові системи (Становлення..., 2012b, с. 12 – 15)

**НЕЗДОРОВА  
СИСТЕМА**

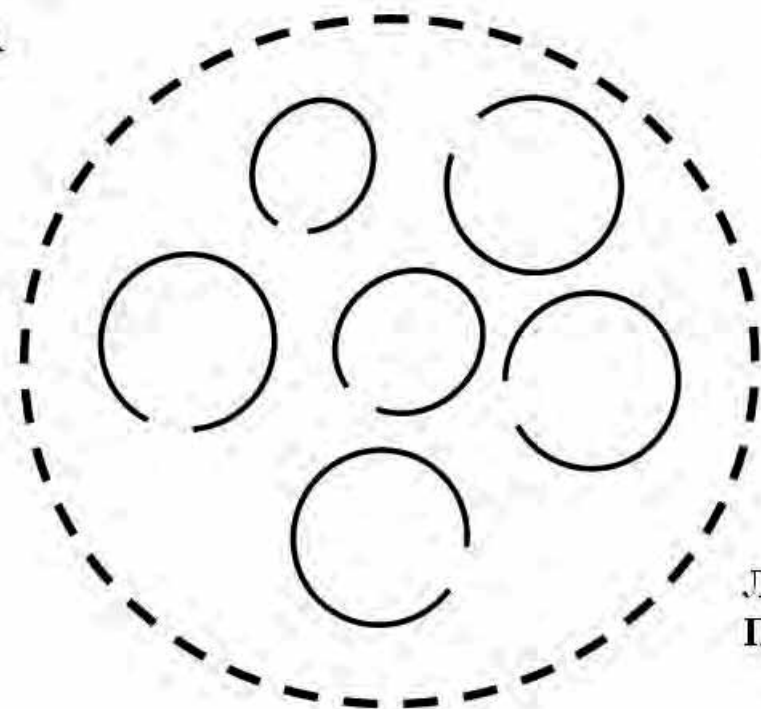


Copyright  
Marilyn Murray

**БЕЗЗАПЕРЕЧНЕ  
ПІДКОРЕННЯ  
АВТОРИТЕТАМ**



## ЗДОРОВА СИСТЕМА



Copyright  
Marilyn Murray

**ЛЮБОВ І  
ПОВАГА**

### ЗДОРОВА СИСТЕМА

В основі

#### ЛЮБОВ І ПОВАГА

- Люблячий
- Відкритий
- Делікатний
- Милосердний
- Смирений
- Приймаючий
- Здорові, доречні межі
- Спонукає інших мислити самостійно
- Позитивно налаштований
- Доброзичливий
- Добрий
- Співчутливий, розуміє почуття

### НЕЗДОРОВА СИСТЕМА

В основі

#### БЕЗУМОВНЕ ПІДКОРЕННЯ АВТОРИТЕТУ/ПРАВИЛАМ

- Недобрі
- Закриті, охороняють свою територію
- Грубі
- Гнівливі
- Вважають себе кращими
- Критикують, засуджують
- Мають жорсткі межі або зовсім їх не мають
- «Лише Я/МИ знаємо правду»
- Налаштовані негативно
- Відчужені, холодні
- Ворожі
- Не піклуються про інших

- інших
- Поважний
  - Милосердний/ повний співчуття
  - Вдячний
  - Уважний до інших
  - Терплячий
  - Законослухняний
  - Змінює основи
  - Готовий до співпраці
  - Прямий
  - Відповідальний
  - Цінує усіх людей
  - Шукає у людині хороше
  - Шукає правди, знань
  - Чесний
  - Заслугує на довіру, на нього можна покластись
  - Тактовний
  - Творчий
  - Врівноважений (має баланс)
  - Його вчинки відповідають словам
  - Зрозуміло виражає свої думки/почуття
  - Гнучкий
  - Вразливий
  - Надихає, підбадьорює інших
  - Висловлюється переконливо
  - Віддано відноситься до здоров'я групи у цілому та окремих членів групи
  - Не рахуються з рештою, агресивні
  - Схильні засуджувати, виносити вирок
  - Невдячні, невічливі
  - Егоцентричні
  - Нетерплячі
  - Віроломні
  - Тримаються лише за традиції
  - Антагоністичні, войовничі
  - Хитрі, нещирі
  - Безвідповідальні
  - Вважають цінними лише самих себе (Ми цінні, а ви – ні)
  - Шукають у людині погане
  - «Я/МИ скажемо вам правду»
  - Брехуни
  - На них не можна покластися
  - Нетактовні
  - Не люблять змін, твердо зафіксовані на звичному
  - Вузько сфокусовані
  - Роблять не так, як говорять
  - Висловлюються неоднозначно
  - Негнучкі
  - Займають оборонну позицію
  - Протиставляють людей одне одному, шантажують
  - У їх словах звучить очевидна або прихована агресія
  - Рахуються лише з «авторитетами»

- Бажає працювати разом з іншими
- Конфліктують з іншими людьми
- Радісний, мирний
- Схильні викликати розбрат, заворушення

Рис. Б.10. Платівки (Становлення..., 2012b, с. 16)

<b>ПЛАТІВКИ</b>	<b>ВІД КОГО?</b> (Мати, Батько, Рідні, Однолітки, Церква, Вчителька, Культура, Держава, Медіа ...)	<b>Що казатиме Бог, і що казатиму Я як здоровий вихователь (ЗВО) дитині, яка підійшла до мене з цими платівками?</b>
	<b>ВІДКРИТА? (В)</b> <b>ЗАКРИТА? (З)</b>	

Схема Б.5. Коли мені погано (Становлення..., 2012b, с. 17)

Коли мені особливо важко встояти перед поганими ЗВИЧКАМИ (HABITS)?

Тоді, коли:

- я ГОЛОДНИЙ - HUNGRY
- я ЗЛИЙ - ANGRY
- мені НУДНО - BORED
- мені САМОТНЬО (в ізоляції) - ISOLATION
- я ВТОМИВСЯ - TIRED
- у мене СТРЕС - STRESS

Схема Б.6. П'ять стадій одужання (Становлення..., 2012b, с. 18)

1. ЗАПЕРЕЧЕННЯ
2. ГНІВ
3. ТОРГ
4. ГОРЮВАННЯ

## 5. ПРИЙНЯТТЯ / ПРОЩЕННЯ

## Рис. Б.11.ЩОДЕННИК «ПРО ДІТЕЙ»

(Становлення..., 2012b, с. 17-18)

ДАТА: \_\_\_\_\_

ПОДІЯ: \_\_\_\_\_

ДП (пишіть не домінуючою рукою):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

КД:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ПД:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

РБД:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ВЕД:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ЗВО:

\_\_\_\_\_



- Попередня задовільна (незадовільна) взаємодія з іншими професіоналами медицини та психології
- Ні – хаосу і безладу в минулій історії
- Оптимістичний, не песимістичний настрій
- Задоволеність роботою / кар'єрою
- Інші інтереси (соціальні групи, справи, музика тощо)

**Схема Б.9. Навчити дитину, як розбиратися з конфліктами, болем, відторгненням, розчаруванням і коли події їм не подобаються**

(Становлення..., 2012с, с. 6)

До дитини пристає інша дитина

Розв'язання конфлікту

Неправильний відгук батька:

1. Сильні батько: "Будь сильним!"

Прикинись, що тебе це не чіпає, ігноруй свої почуття; «контролююча дитина» - *проблема ніколи не вирішується.*

2. Мати / жертва: "Бідна крихітко!"

Утримує дитину слабким і жертвою; дитина залишається в «дитині яка плаче» - *проблема ніколи не вирішується.*

3. Святий: "Віддай все це Богові" (занадто швидко); «контролююча дитина». Ігноруй твої почуття; винуватий, якщо гніваєшся. Дитина йде до батька, який говорить йти до Бога, але ... Дитина повинна скорчити щасливе обличчя і тепер обидва, і дитина і Бог, заплутані - *проблема ніколи не вирішується.*

4. Мстивий батько: "Іди, побий іншу дитину!!!" "І не вертайся, поки не зробиш цього!" (не просто "захищай себе" - але - "стань агресором."); «розгнівано-бунтівна дитина» - *проблема ніколи не вирішується.*

5. Мати / батько як нарциси-жертви: "Як ви смієте ображати МОЮ дитину!" - «вперто-егоїстична дитина».

Нарцистичні батьки приймають образу особисто, і тепер вже не дитину треба втішати, а дитині доводиться заспокоювати батька, і проблема засувається. Батьки потім часто говорять погано про сім'ю іншої дитини, брешуть, роблять саркастичні ремарки і т.п.: "А що ще можна було очікувати від тої сім'ї!" - *проблема ніколи не вирішується.*

Часто дитина навчається ставати кривдником і замість вирішення конфлікту, зганяють свій гнів на тому, хто молодше, слабкіше, менше і т.п.

Правильна поведінка «Здорової врівноваженої особистості»:

1. Вислухати з емпатією
2. Дозволити дитині плакати
3. Дозволити дитині гніватися (намалювати - розірвати; бити подушку, бити ракеткою і т.п.), але не ставати кривдником
4. Після - процес і аналіз: "Через що почався конфлікт?", "Що ти можеш зробити по-іншому наступного разу?"
5. Це те відносини, що дитина хоче зберегти? Якщо «так» - як їх можна полагодити?
6. Якщо це нездорові / небезпечні відносини, навчити дитину, як встановлювати кордони асертивним, а не агресивних способом
7. Завірте дитину, що він / вона любима і захищена батьками

#### Схема Б.10. Реакції тварин на страх, коли є загроза

(Становлення..., 2012с, с. 8-9)

Наслідки для нього / неї

Як інші реагують на нього / неї у відносинах

Їжачок - Звертається в грудочку з голками

Для нього / неї: Тримає погане на відстані, але там же тримає і хороше; пасивно-агресивний

Інші: Не важливо, з якого боку до нього не доторкнутися, завжди вколешся

Гієна - Маленька, але верещить і кричить

Для нього / неї: В безпеці, але ізольована, люди її уникають

Інші: Вона нікому не подобається, здається істеричкою

Ведмідь - Залякує розмірами і грізним ревом

Для нього / неї: Використовує гнів і залякування, щоб утримувати інших на відстані, і робити, що йому / їй хочеться

Інші: Іноді з ним здається безпечно, але він може вибухнути і не зносити тоді тобі голови

Лев - Грізний рик - не потрібно навіть в позу ставати

Для нього / неї: Відчужений, недбайливий, одинак

Інші: Чи відчувають себе з ним непоміченими і нецінними

Опоссум - перекочується на спину і прикидається мертвим

Для нього / неї: Пасивний, повністю не залучений, апатичний; пасивно-агресивний

Інші: Неможливо мати відносини з ним / нею, можуть шукати уваги на стороні

Собака - Показує зуби, навіть коли маленька; наїжується; може бути швидкою, лютою і безжалісною; але, також, може бути люблячою і уважною  
Для нього / неї: Використовує залякування і гнів, щоб загнати інших в кут; їй / йому може можна, а може і не можна довіряти, в залежності від попередньої історії насильства;

Інші: Страшно, уникають її гніву; але також люблять її хороші сторони

Лисиця - Хитра, застрибує і вистрибує так, що інші його / її знайти не можуть  
Для нього / неї: Подвійні послання, так що оточуючі не знають, яка вона насправді

Інші: У замішанні, зніяковілі; не можуть налагодити зв'язок; немає емоційної близькості

Газель – Біжить так швидко, що іншим не зловити.

Для нього / неї: Займає себе безліччю інших речей, намагаючись прикритися від страху, але врешті падає від втоми.

Інші: Газель – красива, на неї приємно дивитися, але інші втомлюються від спроби наздогнати; здаються і йдуть куди-небудь ще

Мавпа – Застосовує відволікаючі прийоми; відволікає хижаків від своїх дитинчат.

Для нього / неї: Не може сфокусуватися; працює тільки з поверхневими проблемами.

Інші: Набридає її кривляння; не сприймають її серйозно.

Птиця – Також застосовує відволікаючі прийоми; відволікає хижаків від пташенят.

Для нього / неї: Іншим його / її не впіймати; він / вона літають дуже високо і дуже швидко; може стати ізольованою. Його / її ніколи не зловити: завжди зайнята з іншими людьми і проектами; немає інтимності.

Кішка – Часто відчужена і холодна; ігнорує інших; робить тільки те, що хоче робити; коли загрожують, буде шипіти, шерсть дибки, кігті випущені; якщо підійдеш ближче він / вона атакує і приносить багато шкоди; неможливо його / її стримати; однак може бути дуже ніжною.

Для нього / неї : Робить те, що він / вона хоче робити; може контролювати інших тим, що іноді дуже хороша, і навіть мила і грайлива; але також грає в зірку (тобі до неї, як до зірки) і тримає інших «на гачку».

Інші: Тримаються подалі, коли гнівається; дратуються на пасивно-агресивне ставлення: «Йди сюди, йди звідси»; але люблять приємний час, коли вона проявляє прихильність і ласку.

Козел – Може бути агресивним і буцається рогами; може ваш одяг пожувати тощо, коли ти не дивишся; може бути жвавий і його важко зловити.

Для нього / неї : Любить битися головою / розумом і вигравати битву; він також любить брати твої речі, коли ти не дивишся; пасивна агресія для нього – це інтелектуальна гра і він любить вигравати.



Інші : Якщо їм подобаються інтелектуальні ігри, якийсь час це може бути цікаво; але потім від цього втомлюєшся; козел не дивиться на тебе, як на людину, але як на «інтелектуального противника», немає емоційної інтимності.

Copyright 2002

Marilyn Murray

### СхемаБ.11. Чому хтось залишається в нездоровій системі (Становлення..., 2012с, с. 10-11)

1. Залежний: «Дбайте про мене», «Я безпорадний і не можу про себе подбати».

Отримує захищеність, стабільність і деяку сталість, але віддає безпеку і контроль.

Спонування: Безсилля, вразливість; «дитина, яка плаче».

2. Жертва: «Краще все одно не буде». Отримує певну захищеність та стабільність, але віддає безпеку та контроль і врешті-решт захищеність та стабільність теж.

Спонування: Страх, безпорадність, незнання; «дитина, яка плаче».

3. Експлуататор / той, хто використовує цю можливість: «Я змушу це працювати на мене!». Отримує захищеність, стабільність, але може віддавати безпеку і контроль (у в'язниці).

Спонування: Жадібність, заздрість, влада; «вперта-егоїстична дитина», «контролююча дитина».

4. Бос: «Я залишуся і буду босом!». Отримує захищеність, стабільність, контроль, але віддає безпеку.

Спонування: Влада, жадібність, контроль; «розгнівана-бунтівна дитина», «вперта-егоїстична дитина», «контролююча дитина».

5. Герой (атлет, військовий, космонавт, робітник та ін.: «Я допомагаю нашій системі / нації стати великою!»). Отримує захищеність, стабільність, але віддає безпеку і контроль.

Спонування: Самооцінка, гордість, бажання служити, лояльність; «природна дитина», «контролююча дитина».

6. Відданий: «Я твердо вірю, що ця система – єдино правильна», «Боюся, що втрачу захист, якщо піду», «Що подумають інші, якщо я не залишуся?!»

Отримує захищеність, стабільність, сталість, але віддає безпеку і контроль.

Спонування: Бажання належати, служити, лояльність (обмеженість інформації), страх; «контролююча дитина», «природна дитина», «дитина, яка плаче».

7. Традиційний: «У нашій родині так було завжди тощо».

Отримує захищеність, стабільність, сталість, але віддає контроль

Спонування: Лояльність, провина; «контролююча дитина», «дитина, яка плаче».

7. Відповідальний: «Хотів би я піти, але я повинен залишитися і піклуватися про ...».

Часто жертвує всією безпекою, захищеністю, стабільністю...

Спонування: Любов, занепокоєння, вина, зобов'язання, лояльність, традиції; «контролююча дитина», «природна дитина», «дитина, яка плаче».

9. В'язень: «Хотів би я піти, але мені не дозволяється».

Отримує захищеність, стабільність, сталість - але віддає безпеку і контроль.

Спонування: Свобода, страх, гнів, фрустрація; «контролююча дитина», «природна дитина», «дитина, яка плаче».

12. Перетворювач: «Хочу залишити гарне і змінити погане».

(Залежить від того, наскільки він (а) успішний у цьому).

Спонування: Лояльність, свобода; «контролююча дитина», «природна дитина», «здорова врівноважена особистість».

11. Той, хто залишає систему: «Щоб вирости і стати, ким Бог мене задумав, мені треба залишити систему, поки вона така, яка є зараз».

Отримує контроль, але часто віддає безпеку, захищеність, стабільність і сталість.

Спонування: Свобода, зростання, власна цінність;

«дитина, яка плаче» + «контролююча дитина» + «природна дитина» = «здорова врівноважена особистість»

#### Схема Б.12. Час приймати рішення (Становлення..., 2012с, с. 12-13)

Чи перебуваєте ви в стосунках (на роботі, в організації, церкві тощо), де ви постійно нещасні? Чи часто ви відчуваєте такі емоції:

Розгніваний	Втомлений
Нещасний	Страшно
Неспокійний	Жах
Нервовий	Під стресом
Відданий	Озлоблений
Не контролюю ситуацію	Напружений
У сум'ятті	Оскаженілий
Приголомшений	Вибився з сил
Знецінений	Безпорадний
В паніці	Не легко на серці
Незадоволений	Мною нехтують
Безсилий	Не почутий
Стривожений	Мені нав'язуються
Під тиском	Неважливий
Збентежений	Ізольований
Зацькований	Засмучений
В люті	Самотній
Ображений	Використаний

Якщо так, то, будь ласка, розгляньте наступне:

1. Чесно подивіться на те, який особисто ви робите внесок в ситуацію. Що робите ви, що підбурює вашого партнера, боса, друга? Пам'ятайте: «Ви не можете поміняти нікого іншого, ви можете тільки поміняти себе».
2. Чи працювали ви активно над зміною своєї поведінки? Чи проводили ви час в молитві, терапії, в групі одужання або читаючи книги про вашу проблему?
3. Чи дали ви чітко та з повагою знати іншій людині, що вас турбує? Поставили ви належні кордони з наслідками щодо поведінки, яка створює проблеми для вас?
4. Чи готова інша людина працювати з вами щодо цієї проблеми? Прихильна вона до активної зміни своєї поведінки?
5. Якщо ви зробили пункти № 1-3 та інша людина відмовляється робити пункт № 4, або намагається, але не змінила свою поведінку, тоді у вас є такі варіанти вибору:
  - a. Ви можете залишитися в ситуації «як є» і продовжувати скаржитися, стогнати та бути нещасним.
  - b. Ви можете подивитися на хороше в ситуації, і вирішити, чи є в ній більше хорошого, ніж поганого ... Якщо так, то прийміть той факт, що «краще не буде» та виберіть дивитися крізь пальці на погані аспекти відносин, а сконцентруватися на хороших. Попрацюйте в терапії, щоб вивільнити хворобливі почуття і потім відпустіть їх. Практикуйте прощення. Якщо важка ситуація продовжує створювати більше стресу для вас, вам потрібно буде розглянути інші варіанти.
  - c. Ви можете залишитися в ситуації, але відгородитися та проживати окремі життя (спати в різних спальнях, ізольовано працювати), але ваш партнер, бос, друг можуть прийняти таке положення справ, а можуть і не прийняти.
  - d. Ви можете залишитися в ситуації, не відгороджуватися, але активно шукати нові інтереси для себе (повернутися вчитися, стати залученим в служіння або роботу добровольців, навчитися грати в гольф, почати інші проекти, які вам сподобаються тощо)
  - e. АБО ви можете піти.

Багато людей залишаються в стосунках, роботах, організаціях, церквах тощо, в яких вони роками нещасні. Постійне невдоволення ситуацією завдає шкоди вашому здоров'ю – емоційному, фізичному, інтелектуальному і духовному.

Будь ласка, з молитвою розгляньте вашу ситуацію, знайте, що у вас є шанс стати здоровим. Візьміть до уваги наслідки.

### Схема Б.13. Поля / відносини (Становлення..., 2012с, с. 14-16)

Ідеальні, природні поля зустрічаються дуже рідко – більшість із них створені з важких ситуацій завдяки важкій роботі – подібно до відносин – і вони вимагають постійної турботи, якщо ви хочете зібрати з них хороший врожай. Які з нижче перерахованих полів схожі на різні відносини у вашому житті?

1. Багато каменів – величезна початкова робота – вручну зібрати мільйони маленький камінчиків, і знадобляться коні / бульдозери, щоб витягнути валуни. Багато каміння може ще підніматися на поверхню в наступні роки. Грунт може бути хорошим, а може і ні.
2. Ліс – величезна початкова робота – зрубати дерева, потім викорчувати коріння. Після дощу або поливання (оскільки не всі корені знищені), нові дерева почнуть рости. І перше насіння, що впало на землю, почне проростати. Потрібна постійна турбота. Грунт хороший завдяки перегною. Відчуваєш мир і безпеку, але нічого іншого в світі не бачиш. Коли дерева зрубані, ми один одного бачимо краще. Однак, як тільки сонце торкнулося ґрунту, більше бур'янів виростають: маленькі речі, які раніше не бачили, тепер стають помітними.
3. Чагарники, дерева і мільйони бур'янів – величезна початкова робота – рубати дерева, потім викорчувати коріння. Після дощу або поливання (оскільки не всі корені знищені), нові чагарники і бур'яни почнуть рости. Потрібна постійна турбота. Грунт може бути хорошим, а може і ні.
4. Тераси (схил пагорба) – величезна початкова робота терасування – доводиться рити канали, щоб після дощу вода стікала. Після дощу доводиться завжди відновлювати канали. Грунт може бути хорошим, а може і ні. Вузькі смужки землі для зростання; небезпечно пересуватися, складно втриматися.
5. Глибока ущелина (каліче) – величезна початкова робота – дуже важко обробляти; до того ж треба підживлювати ґрунт, щоб він виявився родючим. Вода часто просто стікає і не проникає в глиб землі. Потрібна постійна турбота. В'язкий ґрунт. Можна впасти в величезні тріщини; скільки б його не поливали, цього завжди недостатньо.
6. Пустеля (наприклад, в штаті Аризона) – може бути, а може і не бути величезної початкової роботи – залежить від кількості піску в землі. Якщо

піску досить, то земля здатна виростити багато, але потрібне постійне поливання. Якщо піску мало, то буде схоже на ситуацію з ущелиною. Багато колючок.

7. Вічна мерзлота – неможлива робота: ґрунт закам'янів, нічого не може рости.

8. Тундра – дуже складна робота: потрібно дочекатися, поки сніг та лід розтануть, невелика кількість землі поверх вічної мерзлоти. Немає глибоких коренів, короткий сезон зростання. Якщо пройтися або проїхати по рослинності, будуть потрібні роки, перш ніж вона відновиться.

9. Відмінний ґрунт – але біля річки. Ґрунт багатий та родючий, але його може змити разом із урожаєм під час повені. Потрібно усвідомлювати, коли настає сезон повеней – можливо урожай вдасться врятувати, а можливо і ні. У річці можуть бути небезпечні вири. Вода може бути забруднена, і може забруднити й ґрунт. Річка розмиває береги. Потрібна гребля.

10. Хороший ґрунт – але немає річки поруч і неможливо зрошувати, доводиться сподіватися на дощ. Не важливо, який би відмінний не був ґрунт і як би старанно ви не садили та не доглядали за полем – ви повністю залежите від Бога.

11. Болото (на прикладі північного болота) - низина, в якій збирається вода; в ньому небезпечно, тому що може затягнути під землю, і через деяких тварин; легко загубитися, оскільки в деяких болотах багато густо зростаючих дерев. У болоті зазвичай полюють на бобрів, видр, водну дичину або ловлять рибу. Можна зробити з болота поле, тільки осушивши його. Тоді ґрунт буде дуже хорошим через високий вміст органічних речовин.

За усіма посівами треба доглядати, прибирати бур'яни і підживлювати ґрунт (поливати, якщо можливо). Ви не можете просто сидіти і сподіватися, що Бог подбати про поле.

Підготувати землю: викопати камені, викорчувати дерева, коріння і виполоти бур'яни:

- Яйце травми
- Платівки
- Коріння та шари почуттів
- Кнопки
- Цінності / поведінка
- Піти з нездоровою системи в здорову систему
- Море болю

Побудувати греблю для попередження повені:

- Фільтр любові і поваги
- Кордони
- Цінності

Посіяти нові семена / посадити рослини – навчитися новим платівкам, новим навичкам, новим інструментам для нової поведінки:

- Як стати «Здоровою врівноваженою особистістю»
- Третя колонка платівок
- Кола інтимності
- Коло безпеки
- Звички
- Полагодити пошкоджені «цеглинки виживання»
- Розуміння вердикту «Я поганий»

Бур'яни:

- Трикутник Карпмана
- Звички

Старі коріння і каміння піднімаються на поверхню:

- Тиск хворих систем
- Немає кордонів
- Кола порушені
- Вихід із кола безпеки
- «Дитина яка плаче» використовує інших в «Запрошенні до близькості»
- Діри в потребах дитини та дорослого
- Вплив на сьогодні «Моря болю»

Поливання:

- Щоденник почуттів
- Доброго ранку, це Бог
- Третя колонка платівок
- Щоденник «про дітей»

Добриво:

- П'ять стадій одужання
- П'ять способів сказати «Так» і «Ні»
- Як розібратися з почуттями

Врожай:

- Здоровою врівноважена особистість

- Стрижень радості
- Баланс – фізичний, емоційний, когнітивний, соціальний і духовний  
Підтримка кіл інтимності в порядку – особливо Бог і Я в № 1; та мої  
улюблені люди в № 2 і № 3

### Схема Б.14. Базова лінія норми, за Мюррей

(Становлення..., 2012с, с. 17-20)

У кожної дорослої людини є своя «Базова лінія норми». Базова лінія норми – це ваша система мислення і поведінки, яка вважається вам «нормальною». Вона будувалася з дитинства під впливом різних осіб та «систем», таких як сім'я, держава, школа, друзі, церква, тощо, а також книг, фільмів, пісень та іншої творчості. У людей, які мали залежності від ПАР спостерігається те, що вони звикли до руйнівної поведінки і для них стало нормою не цінити ні своє, ні чуже життя. Деякі токсичні «базові лінії норми»:

1. Алкоголь, насильство, співзалежність матері – норма не захищати себе та своїх дітей.
2. Емоційне нехтування дитини мамою і татом – вони зайняті своєю роботою та/або своїми батьками тощо. Дітей відправляють у дитячий садочок або інтернат, або залишають наодинці.
3. Батьки мають високе положення у бізнесі чи уряді та мають гроші і владу; дитина нарцисична і розпещена – не отримує любові та емоційної підтримки – лише гроші та речі.
4. Дитина живе з бабусею і дідусем далеко від батьків і рідко їх бачить; коли вони разом, вони схожі на холодних чужинців; коли дитина дорослішає, вона навіть не уявляє, як бути здоровими батьками.
5. Дитина – сирота при живих батьках (батьки можуть бути алкоголиками); проживає в дитячому будинку; стає нарцисом-жертвою: наркотики, вулиця, секс, суїцид тощо.
6. Матері і батьки професіонали високого рівня: психологи, професори, науковці тощо; дитина повинна все виконувати, що вони вимагають та бути досконалою, щоб отримати любов і схвалення. У батьків мало часу на дітей; їх відправляють до дідуся з бабусею у село на літо; не замислюються про те, як дії батьків впливають на їхніх дітей.
7. Мати і батько люблять фізично та словесно – без зовнішнього конфлікту; багато «платівок»: ніколи не висловлюйте гнів або будь-які негативні почуття чи слова; продовжувати посміхатися і бути «гарною»; важко працювати; піклуватися про інших – ніколи не думайте про себе та свої почуття та потреби/бажання – це було б самозакоханим та егоїстичним; постійно зображати радість та щастя; поводитися тільки так, інакше ти приведеш сім'ю до сорому.
8. Батько і мати розлучилися; батьки роблять дитину сурогатним партнером і

очікують, що він/вона вічно піклуватиметься про батьків; емоційний інцест; заплутування.

9. Батько сексуально насилує свою доньку та каже їй, що вона особлива, і, що таким чином батьки можуть любити своїх дочок – це нормально. Мама любить батька і відмовляється бачити будь-які ознаки того, що щось не так.

Дочка займає місце матері, а батько ставиться до неї як до коханої та довіреної особи, коли вона дорослішає.

10. Самотня жінка, яка зобов'язана нести відповідальність по догляду за літніми членами сім'ї, хоча є й інші дорослі, які також можуть допомогти. Через те, що вона не заміжня і не має дітей, вони думають, що їй не потрібне ні суспільне життя, ні час для себе... Тому вона не має друзів і живе для того, щоб працювати та доглядати за літніми членами сім'ї.

11. Батько пасивно-агресивний. Мати – зла.

12. Батьки трудоголіки.

Найчастіше ми спостерігаємо поєднання декілька характеристик, а також багато інших:

- хаос
- жорстокість
- алкоголізм
- фізичне насильство
- емоційне насильство
- нехтування
- сум
- біль
- гнів
- самотність
- покинутість
- страх
- жах
- замішання
- грубість
- тиск
- холодність
- байдужість
- уникнення конфліктів
- мовчання
- збочена сексуальність
- відсутність сексуальності та інформації про секс
- відсутність батьків
- залежність
- співзалежність
- образа
- брехня
- незрілість



- зрада
- депресія
- незначущість
- неповага
- відсутність значущості як особистості
- безпорадність
- безсилля
- переповненість емоціями
- сором
- провина
- беззахисність
- бідність
- недостатньо їжі та не задоволені головні потреби
- фінансові проблеми
- духовне замішання
- стоїцизм – «не плач!»
- суїцид
- війни і конфлікти
- розлучення
- аборти
- відсутність безпеки
- стрес
- лють
- відторгнення

В цілому:

ніякої цінності або поваги до особистості.

Важливо зрозуміти свою «Базову лінію норми» та звідки вона бере початок, хто вплинув на її формування. Якщо ви побачите, що вона руйнівна, то треба будувати «нову базову лінію норми».

Деякі «нові базові лінії норми»:

- любов
- кохання
- мир
- радість
- щастя
- теплота
- м'якість
- турбота
- доброта
- задоволення
- сміх
- незалежність
- значимість як особистості

- безпека
- хороша їжа
- задоволення потреб
- здоровий вираз емоцій
- здоров'я фізичне, емоційне, інтелектуальне і духовне
- баланс
- конгруентність
- сталість
- фінансова стабільність
- тверезість
- лояльність
- довіра
- захищеність

і саме важливе – це почуття власної гідності! Незалежно від того, що з вами робили, що вам випало на долю пережити, ви – цінна особистість!

Письмове завдання «Базова лінія норми»

1. Яка у вас була «Базова лінія норми» в дитинстві, хто на неї вплинув?
2. Яка у вас «Базова лінія норми» в дорослому віці?
3. Як ви хочете поміняти свою «Базову лінію норми»?

**Рис. Б.12. Те що треба обговорювати і те що не потребує обговорення. Компроміси та вирішення конфліктів, за Мюррей,**

(Становлення..., 2012с, с. 21)

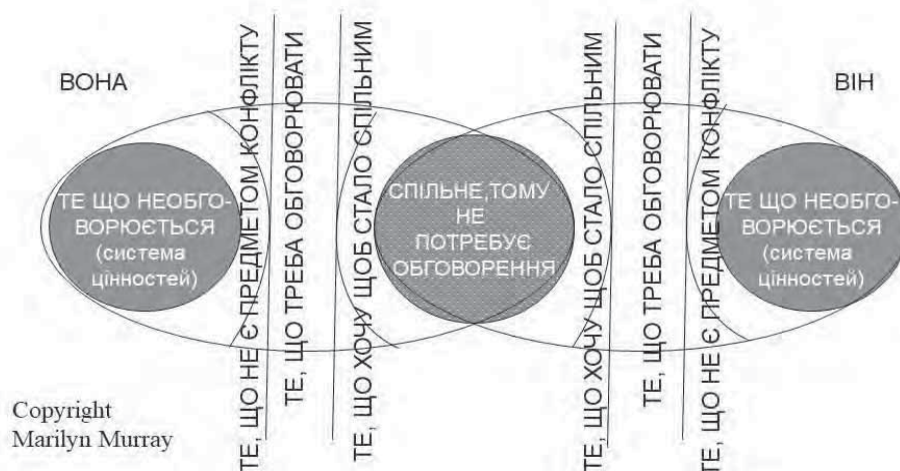
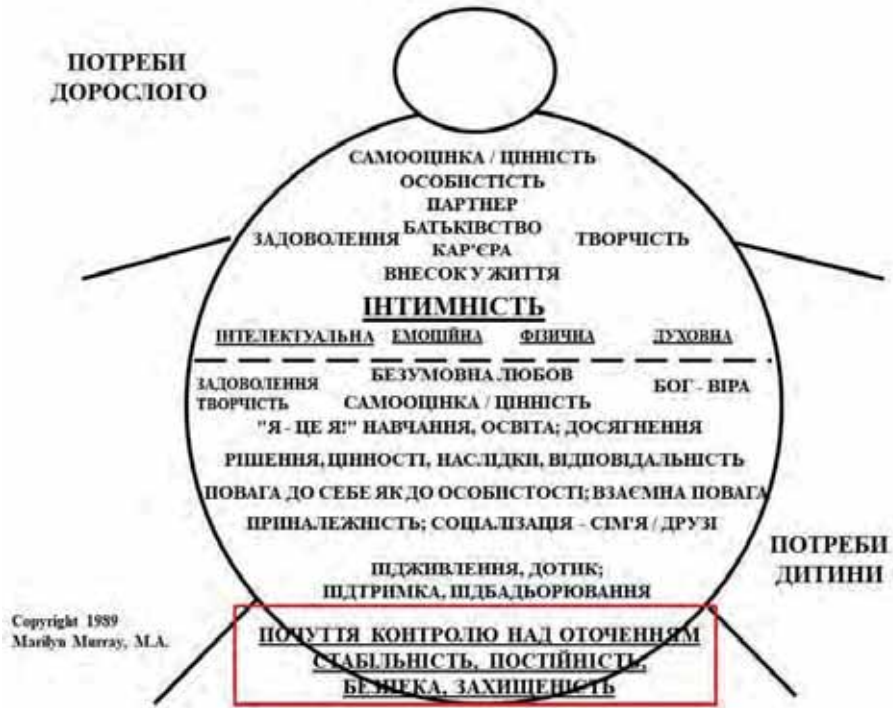


Рис. Б.13. Потреби дитини і потреби дорослого (Становлення..., 2012с, с.4)



Письмове завдання «Потреби дитини і потреби дорослого»

ДІРКИ	ЗВІДКИ?	Як я і Бог можемо заповнити ці дірки?

Рис. Б.14. Шляхи. Причини і альтернативи залежностям та іншій дисфункційній поведінці (Становлення..., 2012с, с. 3)



#### Рівень 4

Схема Б.15. Складові природної дитини (Становлення..., 2012d, с. 2-3)

I. **Фізичне тіло** – молекулярна будова частин тіла, включаючи мозок (тенденція до правопівкульного або лівопівкульного мислення); генетичні якості (колір волосся, очей та шкіри тощо); схильність до певних захворювань (діабет, серцеві захворювання тощо); схильність до певних моторних навичок (спорт, танці тощо). Фізичне тіло та мозок можуть бути генетично травмовані або деформовані.

II. **Розум** – схильність до можливості навчатися, розуміти, отримувати і утримувати знання. Його подальше зростання залежить від доступності та використання навчального матеріалу і досвіду в майбутньому. Якщо мозок генетично травмований, це може негативно вплинути на інтелектуальні можливості.

III. **Темперамент** – вроджені особливості активності різного типу і комбінації (екстраверт або інтроверт, логік або сенсорік, домінуючий або пасивний).

IV. **Емоції** – всі почуття, самі по собі, не несуть ніякого морального навантаження і тільки реакції на них можуть бути позитивні або негативні.

V. **«Квінтесенція»** – душа / дух, серцевина, в якій знаходяться совість, свобода волі, сила вибору, вміння відрізнити хороше від поганого (якщо маєш ціннісні орієнтації), можливість вірити, «вакуум за формою Бога». Також включає в себе здатності до прощення, співчуття, належного альтруїзму і здатності до найповнішої інтимності (емоційної близькості), може стати злим але не був створений злим.

#### VI. **Основні інстинкти виживання:**

A. **Захисний механізм фізичного та емоційного шоку.**

Уміння приглушити біль, щоб тіло і емоції могли впоратися; цей механізм повинен бути тимчасовим.

B. **Безпека / захист.**

Відчувати безпеку і захист – основні потреби для дитини. Механізм «замри, біжи, борися» активується в періоди небезпеки.

C. **Харчування і обслуговування фізичного тіла.**

Спонування шукати їжу, воду, дах над головою, тепло.

D. **Підживлення.**Збирається з багатьох істотних чинників. Необхідність в люблячому дотику, в захищеності, в прийнятті, в розумінні, в повазі, в хорошій самооцінці, любові та задоволенні.

E. **Секс.**

Для розмноження та задоволення.

F. **Інтуїція та пам'ять.**

Можливість відчувати небезпеку. Використовується для виживання.

Коротко – і довгострокова пам'ять; також паранормальні феномени (ESP та дежавю тощо) та колективне несвідоме, архетипи, придбані в спадок від попередніх поколінь.

Рис. Б.15. Взаємозвязок елементів природної дитини  
(Становлення..., 2012d, с. 3-5)

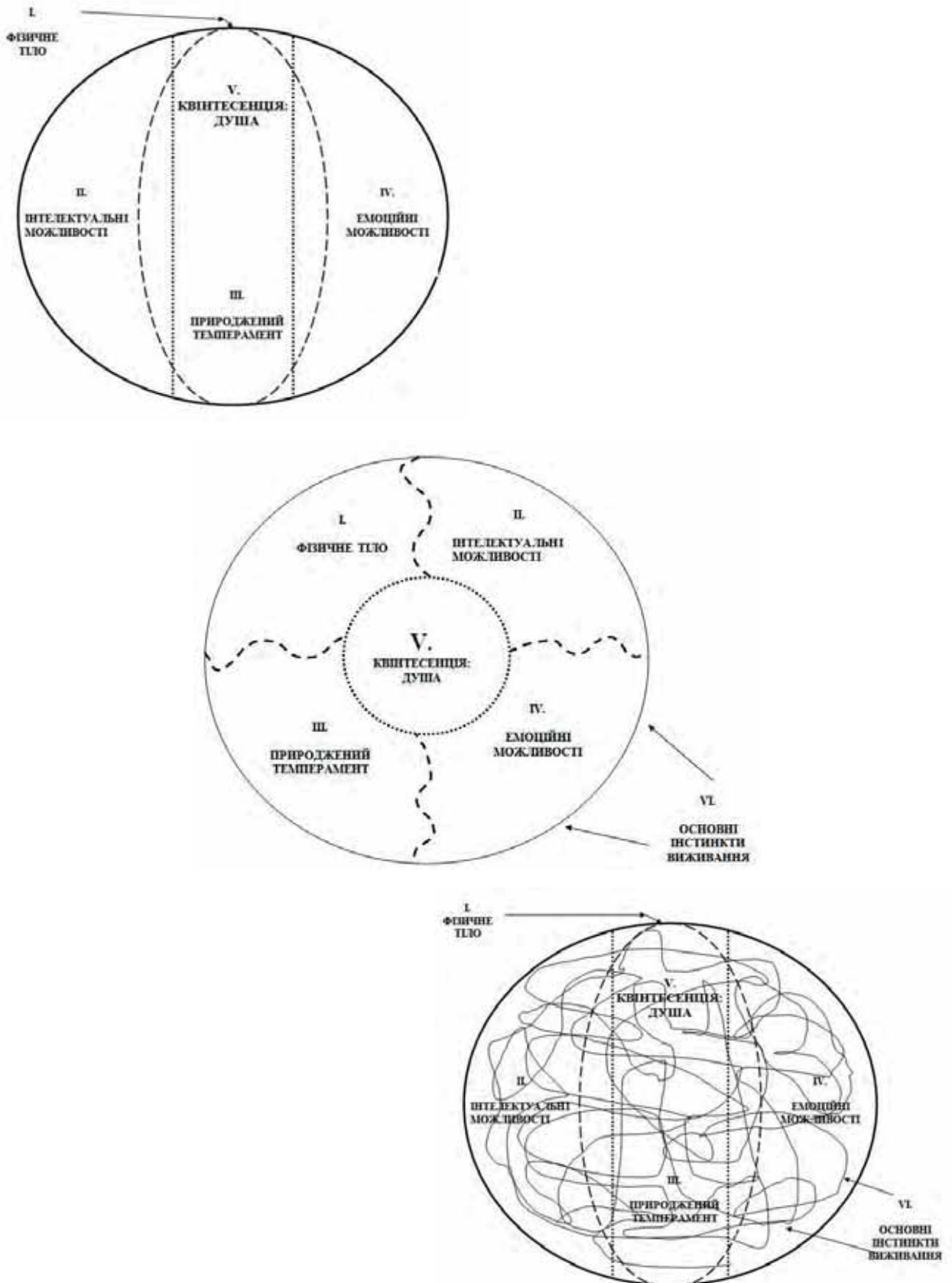




Рис. Б.15. Формула життя (Становлення..., 2012d, с. 6)

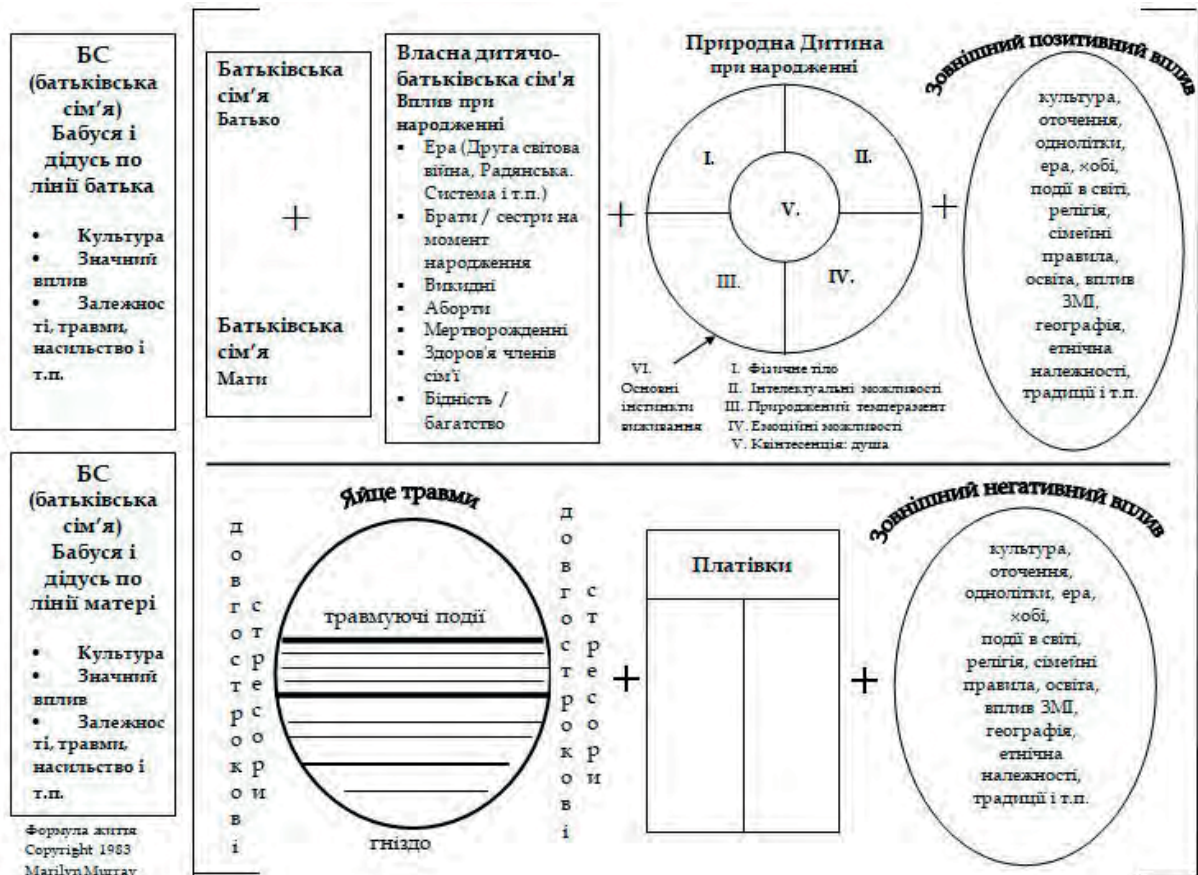


Рис. Б.16. Реактивна і проактивна дії Мюррей (Становлення..., 2012d, с. 9-10)

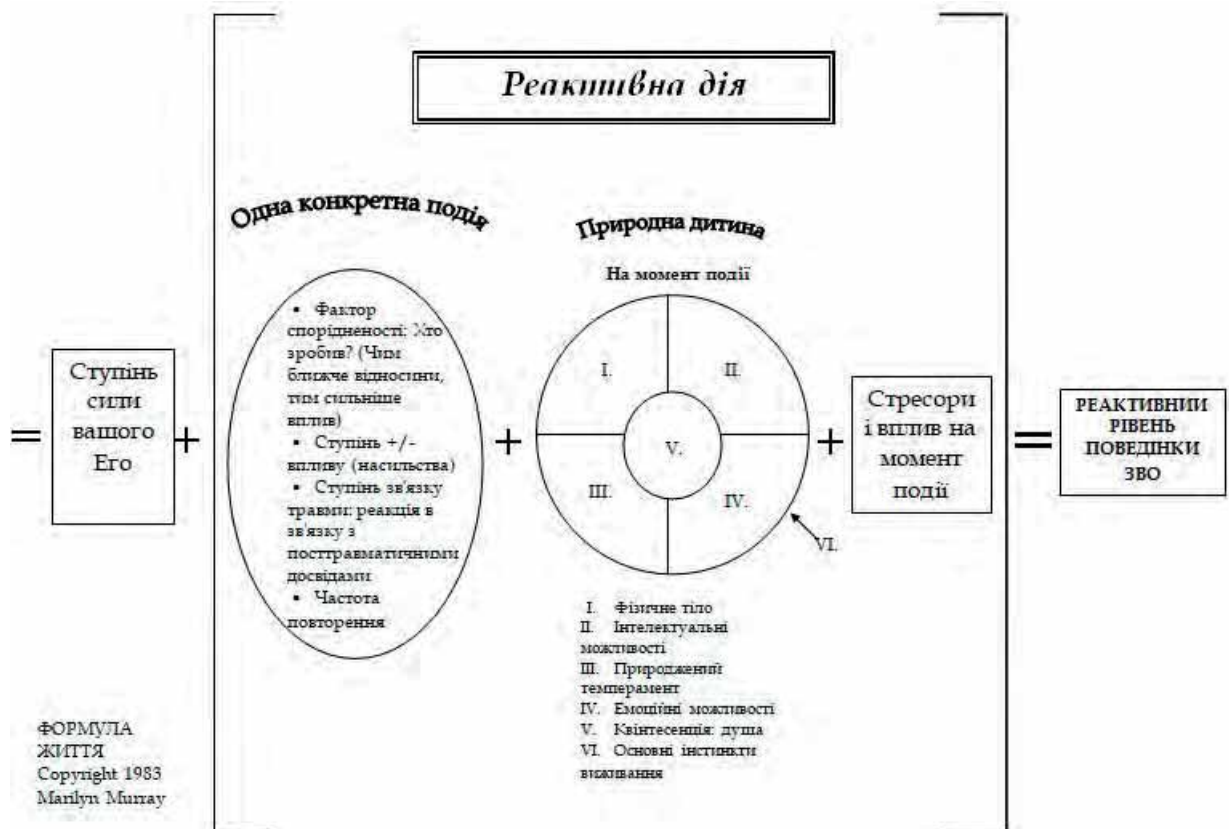


Схема Б.16. Дослідження і аналіз життя минулих поколінь  
(Становлення..., 2012d, с. 11-13)



Вам треба виконати дослідження та проаналізувати життя минулих поколінь, ваших пращурів. Всю інформацію записати і оформити в «Формулу життя». Сенс дослідження – знайти приховане. Немає мети поговорити з усіма родичами. Якщо агресивний родич – не треба розмовляти. Подзвонив/ла та запитав/ла, скажіть, що ще зателефонуєте через тиждень і попросіть розповісти все, що вони пам'ятають про вас самих, ваше дитинство, якщо хтось помирав і всі дати про ваших батьків. Скажіть, що зберете інформацію і перешлете їм усім.

Питання, з якими слід звернутися до сім'ї, родичів:

1. Запитайте головні характерні риси особистості. Самі оцініть із їх розповіді, запитаете їх ставлення до вас і також про інших людей (екстраверт, інтроверт, який домінує, пасивний, агресивний...). Може він змінювався протягом життя? Наприклад, ви пам'ятаєте м'яким діда, а батьки скажуть, що коли вони були дітьми то він був жахливим.
2. Яким чином вирішувалися питання дисципліни і покарання?
3. Як вирішувалися, чи не вирішувалися конфлікти? Як люди проявляли гнів або будь-які болісні відчуття? Чи були скандали? Чи було, коли ви не погоджувалися з думкою батьків і як вони себе вели з вами?
4. Як вони проживали інші болісні емоції? Вони могли плакати?
5. Як висловлювали позитивні емоції? Ці люди обіймали, цілували, говорили: «я тебе люблю», давали підживлення?
6. Скільки в сім'ях народжувалося дітей, були аборти, були удочеріння?
7. Якщо вмирали – від чого? Розстріляли, хворіли? Як сім'я пережила втрату? Це є джерелом жалоби або всі мовчать?
8. Скільки разів і років у шлюбі? Розлучення? Зради?
9. Дуже важливо знайти культурні ролі (що належить чоловікові, батькові, матері, жінці).
10. З'ясуйте: чи були довготривалі проблеми зі здоров'ям, психічні порушення? (Вічно хвора мама і дитина про неї дбала, а не мати про неї).

11. Вкажіть причину смерті, коли говорите про смерть.
12. Знайдіть карту вкажіть на карті, якщо родичі по СНД, світу.
13. Участь у військових подіях, революціях (партизани, хто вбитий, взятий у полон).
14. Можливо родичі: селяни, кулаки? Їх розкуркулювали? Що відбувалося з членами сім'ї в часи великого терору?
15. Голодування?
16. Еміграція, значні переїзди?
17. Можливо, хтось був в уряді? Участь у великих подіях?
18. Перевіряйте, наприклад, ось чого. Якщо були арешти: міняли прізвище, жили з підробленими документами, щоб сховатися (була студентка, священики з одного боку, всіх розстріляли, тільки дочка – студентка вижила, поміняла прізвище, підробила документи, надійшла, заміж за КДБ-іста, і його повинні були підвищити, перевірили її документи і все виявили, за підробку – світив термін ув'язнення, він домовився, але більше підвищення по службі не було. З того моменту батько перестав розмовляти з мамою і вони розлучилися.
19. Освіта.
20. Чи були проблеми з законом (притягалися, в'язниця)?
21. Фінансові проблеми.
22. Намагаємося зловити ті події, які мали великий вплив на життя людей.
23. Залежності. Алкоголь, наркотики, секс, робота, їжа, релігія, співзалежність...
24. Які були умови життя? Землянки? Можливо, в одній кімнаті кілька людей?
25. Посилання в дитячі табори, як їм там жилося?
26. Які події були найрадіснішими, найболючішими і важкими? (Наприклад, запах свіжоспеченого хліба – найбільша радість, а не весілля, не народження дітей).
27. Якби у тебе була можливість змінити щось одне щоб ти змінив?

28. Що ти вважаєш, об'єднувало сім'ю найбільше, завдяки чому сім'я залишилася разом (традиції, страх...)?

29. Що тобі допомогло вижити, що в тобі в самому і зовні (воля, творчість, молитва, родичі допомагали)?

30. Знайдіть людей, які пам'ятають вас маленькими:

- Мама нехай розкаже, як пережила вагітність мною. Яке було її життя: спокійне, стреси, де жили, заміжня? Чи сама радувалася вагітності, раділи навколо? Могла годувати грудьми?
- Хто з вами залишався з маленьким?
- Дитячий сад – цілодобово або забирали?
- Що ви робили влітку?
- Медичні проблеми (скільки часу в лікарнях)?
- Чи добре ви вели себе в дитинстві, може постійно вгрузали в проблеми, яке враження від інших про вас (можливо з сусідом поговори)?

**Схема Б.17. Історичні катаклізми, соціальні катастрофи  
та державні кризи як чинники довгострокових психологічних травм  
негативного дитячого досвіду  
(Становлення..., 2012d, с. 19-27)**

Українці в ХХ-ХХІ століттях пережили велику кількість трагічних подій – **історичних катаклізмів, соціальних катастроф та державних криз:**

1. Російсько-японська війна (1904-1905). Смерть, страх смерті, матеріальні труднощі, небезпечність, стрес.

2. Революція 1905-1907 в Україні – перша загальнонародна демократична революція. Страх змін, страх смерті, стрес, хаос, матеріальні труднощі.

3. Епідемія холери (1910). Смерть, страх смерті, стрес, небезпечність, матеріальні труднощі.

4. Перша світова війна (1914-1918). Смерть, страх смерті, страх змін, стрес, мінливість, небезпечність, хаос, матеріальні труднощі.
5. Терор і політичні репресії. «Червоний» та «білий терор» (1917-1925). Смерть, страх смерті, стрес, матеріальні труднощі.
6. Революційна доба. Українська національно-демократична революція (1918-1920). Стрес, страх змін, небезпечність, мінливість.
7. Дванадцять епідемічних та паразитарних хвороб: висипний тиф, черевний тиф, поворотний тиф, невизначений тиф, віспа, дифтерія, холера, малярія, дизентерія, кір, скарлатина і коклюш зумовили близько 9 млн. смертей (1918-1922). Смерть, страх смерті, стрес, небезпечність, матеріальні труднощі.
8. Продрозкладка (1919-1921). Смерть, страх смерті, стрес, страх майбутнього, небезпечність, матеріальні труднощі.
9. Голод (1921-1923). Смерть, страх смерті, стрес, недовіра системі, матеріальні труднощі.
10. Розкуркулення (1928-1932). Смерть, страх смерті, стрес, недовіра системі, небезпечність, страх майбутнього, матеріальні труднощі.
11. Голодомор (1932-1934). Смерть, страх смерті, стрес, недовіра системі, небезпечність, страх майбутнього, матеріальні труднощі.
12. Великий терор (1937-1938). Смерть, страх смерті, стрес, недовіра системі, небезпечність, матеріальні труднощі.
13. Масові репресії за політичні, релігійні та ідеологічні погляди. Вища міра покарання, табори ГУЛАГ, колонії і в'язниці, вислання та депортації (1939-1970). Смерть, страх смерті, стрес, недовіра системі, небезпечність.
14. Друга світова війна (1939-1945). Смерть, страх смерті, стрес, небезпечність, агресія, жах, матеріальні труднощі.
15. Голод (1946-1947). Смерть, страх смерті, стрес, матеріальні труднощі.

16. Ядерні випробування на тваринах та людях (1960–1970). Небезпечність, страх.
17. Холодна війна (1960 – 1991). Страх війни, страх смерті, стрес, небезпечність, ізолюваність, сором.
18. Війна в Афганістані (1979-1989). Страх війни, страх смерті, стрес, небезпечність, недовіра системі.
19. Аварія на Чорнобильській АЕС 26 квітня 1986. Стрес, небезпечність, недовіра системі, загроза життю, жах, загроза здоров'ю, безпорадність.
20. Перебудова (1985-1991). Матеріальні труднощі, небезпечність, стрес, недовіра системі, безпорадність.
21. «Революція на граніті» (жовтень 1990). Небезпечність, стрес, недовіра системі.
22. Серпневий путч (серпень 1991). Страх майбутнього, небезпечність, стрес, жах, недовіра системі, шок.
23. «Тяжкі 90-ті роки». Трансформаційні реформи (з серпня 1991). Ошукані, не виправдані надії, розчарованість, агресія, використання, образа, страх, біль, самотність, зрада, недовіра системі.
24. Масові акції протесту («Україна без Кучми»), спричинені вбивством журналіста Г. Гонгадзе, «касетний скандал» осінь 2000 – весна 2001. Недовіра системі, не виправдані надії, агресія, розчарованість, стрес, небезпечність, страх.
25. Зміна керівництва Верховної Ради України, названа «оксамитовою революцією»; створення парламентської більшості січень 2001. Недовіра системі, страх, агресія.
26. «Помаранчова революція» (2004). Недовіра системі, розчарованість.
27. «Революція Гідності» на Майдані (21 листопада 2013). Недовіра системі, не виправдані надії, агресія, жах, розчарованість, стрес, небезпечність, страх, використання.

28. Російсько-українська війна (з 2014). Зрада, шок, страх, агресія, розчарованість, стрес, жах, небезпечність, страх смерті, недовіра системі, використання.

29. Епідемія коронавірусної хвороби (COVID-19) (2020 – 2023). Смерть, страх смерті, паніка, стрес, небезпечність, втрата роботи, матеріальні труднощі, самоізоляція, самотність, нудьга, соціальна депривація, втрата довіри та віри.

30. Російське повномасштабне вторгнення в Україну (з 24.02.2022). Страх, шок, відчай, жах, страх смерті, агресія, аутоагресія, зневіра, втрата базових цінностей, безпорадність, заціпеніння, втрата довіри та віри, втеча.

У попередній історичний період, до ХХ століття, на українську землю нападали також: Візантійська імперія, Князівство Польське, Половці, Турки, Пруси, Угорське королівство, Татаро-Монгольська імперія, Золота Орда, Велике князівство Литовське, Османська імперія, Молдовське князівство, Московське Царство, Річ Посполита, Шведська імперія, Російська імперія та ін. Ці травматичні події, які були пов'язані тільки з війною та бойовими діями, не враховуючи хвороби, епідемії та інше, залишили глибокий слід у долях наших пращурів, який має свій прояв навіть у нас, у людей сьогодення.

Дивлячись на весь цей, далеко не повний, список травмуючих подій, які довелося пережити сьогоднішнім українцям та їхнім предкам, стає очевидним, в яких негативних обставинах, практично протягом всієї історії України, вони жили і живуть зараз.

Соціальні катастрофи, такі як епідемії, війни, зовнішня і внутрішня політика держави, стихійні природні явища та ін., роблять свій серйозний внесок у формування сорому індивіда. Сором або комплекс меншовартості має прямий зв'язок із травмуючими подіями. Індивід, який переживає травмуючі події або знаходиться в довгострокових хронічних стресорах, що живе в атмосфері соціальних катастроф, переживає болючі відчуття. Хворобливі відчуття, наприклад, такі, як страх, неповноцінність, біль,

самотність, відкидання, розчарування, вина, ігнорування та ін., що виникають під час травми, знецінюються і виснажують особистість.

Війни, голод, епідемії, внутрішня політика Радянської системи змушували наших предків відчувати ці хворобливі відчуття, які в свою чергу, якщо їх не здолати, роблять людину егоїстичною і порушують почуття власної гідності особистості. До того ж, до соціальних катастроф накладається ще індивідуальній НДД, що значно посилює ризик, на ґрунті сорому, придбати алкогольну або наркотичну залежність.

«Необхідно зазначити, що захворювання на холеру почалося в Російській імперії ще у 1907 р. Вона то зменшувалась, то набувала сили, і досягла свого максимуму 1910 року. В Україні вона обумовила понад 140 тис. смертей. Майже 70 % померлих унаслідок цієї інфекції – діти до 15 років, у тому числі 49 % – у віці 0-4 роки. Це певним чином пояснює, чому під час голоду 1921-1923 рр. частка дітей серед померлих була більша, ніж під час інших голодів. Захворювання на холеру відбувались до середини 1920-х років, але вони вже ніколи не набували таких масштабів» (Гладун, 2018, с. 167).

Голод – це одна із важливих травм, яку часто переживав український народ. Як указує доктор економічних наук О. М. Гладун, усі три голоди, які були на території України у ХХ ст., пов'язані з неврожаєм, але головною причиною їх була політика радянської влади у питаннях хлібозаготівель. Незважаючи на неврожай, запасів було достатньо для того, щоб дожити до врожаю наступного року. Однак у всі роки голоду зерно, вилучене у українських селян під час жорстоких акцій із хлібозаготівель, вивозилися до Російської Федерації та закордон. При цьому, сільське населення, виробник хліба і продовольства, постраждало значно сильніше за міських жителів. Специфікою Голодомору 1932-1934 рр. було те, що він стався у мирний час. Голод 1921-1923 рр. та 1946-1947 рр. відбулись після періодів інших соціальних потрясінь, які мали ще одну спільну рису: у ті періоди найбільше потерпали зернові, південно-східні регіони, а під час Голодомору – незернові,

центрально-північні регіони. Західноукраїнські землі під час голоду 1946-1947 рр. постраждали дещо менше завдяки протидії хлібозаготівлям із боку УПА. Голод 1932-1933 рр., спричинений колективізацією, мав місце в багатьох частинах Радянського Союзу, включаючи і Росію. Голод в Україні дуже відрізняється за масштабом і визначеною національною складовою. Голодомор є винятковим у тому, що він був мотивованим і реалізований державою з метою придушення непокірної України, у першу чергу селянства. На відміну від общинного, колективістського російського селянства, українське селянство мало сильне почуття власності. Голод був організований шляхом безперервних конфіскацій зерна на експорт, вилучення інших продуктів харчування та посівного матеріалу. Усвідомлення планування систематичних заходів, направлене на настання Голодомору, і робить його одним із найзлісніших епізодів в історії людства.

Минуло вже більше 80 років з часів голодомору, та його вплив відчутний і досі. Дослідження тих подій є дуже важливою та привертає увагу українських та закордонних вчених: істориків, демографів, психологів, медиків, економістів тощо. Постійні спогади про цю катастрофу є емоційно важливим та болючим питанням про втрати від Голодомору для нашої країни та українського народу (Гладун, 2018).

«Період терору у СРСР розпочався ще у 1934 р. після вбивства С. Кірова. Спочатку Сталін використав це вбивство для розправи над політичними опонентами, звинувативши їх у «контрреволюційній діяльності». Тоді ж (1933-1935) проводилась так звана «генеральна чистка» ВКП(б). Чистка зачепила й армію та органи безпеки. Але маховик репресій досяг апогею 1937 року, коли були визначені соціальні категорії громадян, які підлягали репресіям: куркулі, соціально небезпечні елементи, члени антирадянських партій та просто антирадянські елементи, учасники козацько-білогвардійських повстанських організацій, польські та німецькі шпигуни і кримінальні елементи. Для кожного регіону СРСР були встановлені ліміти та кількість людей, які підлягали розстрілу і ув'язненню.



Не минула лиха доля і України: Великий терор «коштував» біля 200 тис. додаткових смертей. 1937–1938 рр. в основному знищувались чоловіки (95,4 %), що обумовлено самою суттю цієї злочинної акції сталінського режиму, причому 60 % – чоловіки віком 15-49 років» (Гладун, 2018).

Держава, зокрема Радянська система і сьогоднішня незалежна Україна, має дуже лояльне ставлення до алкоголю як до традиції. Алкоголь руйнує всі сфери життя людини, як фізичну, так і емоційну, інтелектуальну, соціальну та духовну. Алкоголізм підсилює насильство, а насильство, в свою чергу, ще більше підсилює алкоголізм. Алкоголізм та наркоманія «молодшають». Уже в неповнолітньому віці багато дітей стають залежними від ПАР.

Друга світова війна. Цивільне населення гинуло від бомбардування, від голоду, у в'язницях. Після війни, тих, хто був в полоні, замість того щоб радіти і святкувати – ув'язнювали як зрадників. Хто не хотів бути зрадниками, кінчали життя самогубством.

Якщо звільняли союзники, то благали не видавати владі – знали, що майбутнє буде приречене на страждання. Люди від голоду йшли на канібалізм і навіть їли своїх дітей.

Отже, один із найбільших впливів на життя наркозалежних та їхніх предків – це був тиск Радянської системи. Комуністична партія ставила себе вище людей. У людини є потреба в приналежності. Партія спочатку виступала проти царя, а потім проти Бога. Нічого між партією і людьми не повинно було стояти. «Сталін наш батько, а Ленін дідусь» – вчили радянський народ, що Партія – це їхня сім'я. Авторитет сім'ї усвідомлено знищувався.

Радянська система не давала сексуальної освіти. Питання з житлом, також стояло дуже гостро. Комуналки, життя в 2-х кімнатній квартирі трьох і чотирьох поколінь. Примітивні умови життя і обмежений доступ до предметів першої необхідності. Немає необхідності приписувати країну до третіх країн. У країні видобувають багато ресурсів. Не може бути ніяких виправдань. У багатьох квартирах не було водопроводу і каналізації. До

цього дня є такі квартири і люди купаються з тазика. Уряд витрачає гроші, але не на людей. Люди як особистості не сприймаються як щось цінне, люди не отримують підживлення ні від країни, ні від сім'ї.

І корінь, з якого це все зростає: відсутність ставлення до людини як до цінної особистості. Як після цього можна навчитися ставитися до сім'ї, батьків і країни?

Голод, війна і важкі психологічні травми можуть змінити роботу генів таким чином, що ці зміни торкнуться нащадків (дітей, і ймовірно, онуків) через роки після подій, що відбулися.

Результатом дослідження, проведеного фахівцями з університету Річмонда, США, на чолі з психіатром Синтія Булик, стала тверда впевненість в тому, що нервові хвороби, що супроводжуються обжерливістю або, навпаки, практично повною відмовою від їжі, обумовлені генетичним факторами і передаються у спадок.

Минуло 30 років незалежності України, люди виростили, але виховують своїх дітей так само, як виховували їх. Як і раніше зберігається установка, що внутрішній світ людини не важливий. І результат – алкоголізм, наркоманія. Оскільки люди не цінують самих себе – вони не бояться робити щось ризикове. Ні покоління, яке виростило в Радянській системі, ні покоління, яке народилося в незалежній Україні, не навчили – як любити себе. Це одна з форм депривації, з картини світу людей вилучили щось важливе. У словнику не було слова «любов». «Я» – остання буква в алфавіті. Багато хто хотів бути хорошими чоловіками, дружинами і готові були за це «життя віддати». Але їх не навчили, як це – любити, цінувати та плекати відносини.

Нормою стає агресія та пасивна агресія. Якщо люди переживають протягом довгого часу насильство, вони потім відчують велику агресію. Агресію треба «злити». І коли людина розуміє, що не може дати здачі, то зло зриває на слабших, молодих, підлеглих людях. Агресія стає нормою і докільля, великою мірою, вирощує це.

Люди залишилися в режимі виживання. Колись не було їжі та одягу, і люди все робили, щоб просто вижити. Однак, коли голод, війна закінчується, і людина не пропрацювала цю травму, то вона продовжує залишатися в режимі «виживання» і думає тільки про їжу, одяг і безпеку.

Людина, що вживала раніше наркотики та алкоголь існувала в режимі виживання і постійно потребувала грошей, які використовувала на речовини, що змінюють свідомість. Так вона перетворилася в надзвичайно егоцентричну людину. Коли вона перестала вживати, то мислення, спрямоване на пошук грошей, продовжує залишатися. Її егоцентризм залишається, навіть якщо вона вже багато років не вживає ПАР.

Програма психологічної реадaptaції постзалежних дорослих за методом Мюррей спрямована на подолання несприятливого дитячого досвіду, довгострокових травматичних стресорів минулих поколінь і побудову здорової врівноваженої особистості через її фізичний, емоційний, інтелектуальний, соціальний і духовний розвиток та формування почуття власної гідності.

**Схема Б.18. Якості українців, що допомагають виживати  
в соціальних катастрофах, таких як епідемії, війни,  
деструктивна зовнішня і внутрішня політика державних систем,  
стихійні природні катастрофи  
(Становлення..., 2012d, с. 27-28)**

- Сильні.
- Розумні.
- Хоробрі.
- Наполегливі.
- Вірні.
- Якщо б'ються, то по-справжньому.
- Адаптуються до будь-якої ситуації.
- Терплячі.
- Відповідальні перед владою: якщо поставили їм мету, то вони досягають її.
- Морально віддані своїй системі цінностей. Якщо їх так навчили, то вони готові йти на всі жертви.

• Культурі багато сотень років. Іноземці не розуміють, якою духовною спадщиною володіє країна. З IX століття існує християнська історія країни. «Бог не був мертвий у цій системі».

- Коли українці з друзями та рідними, то здатні їх сильно любити.
- Чутливі до благополуччя своїх сімей.
- Готовність приносити себе в жертву.
- Щедрість без кордонів.
- Сентиментальність, ностальгічність.
- Романтичність, квіти, подарунки під потреби людини, культура дарування подарунків.
- Орієнтовані на допомогу іншим.
- Філософічність, сильна любов до музики, балету, музеїв.
- Експресивні.
- Дуже глибока відданість освіті.
- Любов до спілкування, відносин.
- Гостинність.
- Краса, естетика.
- Таємниця, містика, «літають в хмарах», вірять в диво.
- Правила ввічливості (як одягатися в суспільстві, як говорити).
- Цінують ритуали.
- «Говорити між рядків». Це іноді не добре, але не завжди потрібно бути занадто прямими.

#### Схема Б.19. Досягнення українських учених у галузі науки та техніки (Становлення..., 2012d, с. 28-29)

В Україні багато видатних науковців зі світовим ім'ям, якими варто пишатися. Недарма науковий потенціал Україні вважається одним з найкращих в Європі, і наші вчені є авторами численних винаходів в різних галузях науки. Щорічно кожен третю суботу травня в Україні відзначається День науки. І святкувати є що: кожен рік вчені з України створюють близько 15 тисяч винаходів.

Наведемо декілька епохальних відкриттів, завдяки яким наш світ змінився на краще, та імена видатних українських вчених, які їх зробили:

Анатолій Малихін;	Артем Матеуш;
Андрій Береза;	Борис Патон;
Андрій Коноваленко;	В'ячеслав Петров;
Андрій Стоян;	Віктор Бернацький;
Антон Головаченко;	Володимир Мельников;

Володимир Нікітін;  
Володимир Хавкін;  
В'ячеслава Євмінов;  
Єгор Анчішкін;  
Іван Бондаренко.  
Іван Пулюй;  
Іван Селезньов;  
Ігнатій Лукасевич;  
Ігор Сікорський;  
Йосип Тимченко;  
Леонард Кляйнрок;  
Мар'яна Романович;  
Микола Пирогов;

Михайло Литовченко;  
Нік Голоняк;  
Олег Збарський;  
Олександр Безредка;  
Олексій Бахмутський;  
Ольга Попович;  
Петро Бобонич;  
Сергій Дівянін;  
Сергій Корольов;  
Федір Піроцький;  
Юрій Вороний;  
Юрій Кондратюк;  
Яно Зех;

## Додаток В.

**ТАБЛИЦІ ОСНОВНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ  
ТА ПОКАЗНИКІВ СТАТИСТИЧНОЇ ЗНАЧУЩОСТІ ВІДМІННОСТЕЙ  
У ДИНАМІЦІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ  
ПОСТНАРКОЗАЛЕЖНИХ НА 1-4 ЕТАПАХ ФОРМУВАЛЬНОГО  
ЕКСПЕРИМЕНТУ ТА КОНТРОЛЬНОЇ ГРУПИ  
(за *t*-критерієм Стьюдента)**

Таблиця В1

**Динаміка показників емоційної симптоматики постнаркозалежних дорослих після проходження чотирьох рівнів формувального експерименту у порівнянні з контрольною групою за методикою «Симптоматичний опитувальник дистресу» (SCL-90-R; за Л. Дерогатисом)(середні значення та стандартні відхилення, у балах)**

<i>Показники емоційної сфери</i>	<i>Експериментальна група</i>					<i>Контрольна група (в цілому)</i>
	<i>вихідний рівень</i>	<i>1 рівень</i>	<i>2 рівень</i>	<i>3 рівень</i>	<i>4 рівень</i>	
соматизація	0,98±0,3	0,58±0,39	0,76±0,77	0,42±0,46	0,38±0,42	0,97±0,76
обсесивно-компульсивний розлад	1,12±0,3	0,6±0,4	0,74±0,53	0,56±0,38	0,5±0,33	1,05±0,73
міжособистісна сензитивність	1,13±0,51	0,61±0,48	0,87±0,6	0,7±0,6	0,55±0,49	1,03±0,81
депресія	1,2±0,3	0,59±0,37	0,81±0,77	0,66±0,4	0,5±0,38	1±0,76
тривога	0,9±0,2	0,48±0,42	0,57±0,65	0,38±0,36	0,36±0,34	0,87±0,74
ворожість	0,93±0,3	0,36±0,33	0,64±0,63	0,3±0,26	0,28±0,23	0,92±0,75
фобійна тривожність	0,57±0,2	0,29±0,44	0,21±0,27	0,23±0,27	0,19±0,23	0,46±0,54
параноїдні тенденції	1,2±0,4	0,58±0,46	0,6±0,53	0,54±0,68	0,46±0,53	1,1±0,84
психотизм	0,9±0,3	0,4±0,34	0,5±0,46	0,29±0,28	0,26±0,24	0,7±0,62
тяжкість дистресу	0,95±0,41	0,52±0,29	0,65±0,51	0,29±0,28	0,43±0,3	0,91±0,62

*Примітка.* Діапазони норми: соматизація – 0,58±1,0; обсесивно-компульсивний розлад – 0,40±0,80; міжособистісна сензитивність – 0,33±0,67; депресія – 0,38±0,77; тривога – 0,30±0,70; ворожість – 0,33±0,67; фобійна тривожність – 0,00±0,43; параноїдні тенденції – 0,33±0,83; психотизму – 0,1±0,44; тяжкість дистресу – 0,35±0,60.

Таблиця В2.

**Показники статистичної значущості відмінностей за методикою  
«Симптоматичний опитувальник дистресу» (SCL-90-R; за Л. Дерогатисом)  
на 1-4 етапах реалізації програми**

<i>Показники дистресу</i>	<i>Етапи формувального експерименту</i>					
	<i>1 і 2</i>	<i>2 і 3</i>	<i>3 і 4</i>	<i>1 і 3</i>	<i>1 і 4</i>	<i>2 і 4</i>
соматизація	1,23	2,2*	2,39*	1,86	2,34*	2,5*
обсесивно- компульсивний розлад	1,24	1,36	3,08**	0,403	1,05	1,89
міжособистісна сензитивність	2,29*	1,09	2,26*	0,82	0,6	2,26*
депресія	1,44	1,34	2,26*	0,14	1,04	1,98
тривога	0,67	1,35	1,84	1,2	1,5	1,55
ворожість	2,42*	2,86*	1,26	0,91	1,36	3,18**
фобійна тривожність	1,1	0,29	0,55	0,55	1,28	1,9
параноїдні тенденції	0,1	0,4	1,89	0,3	1,07	1,03
психотизм	1,06	2,36*	1,9	1,38	1,89	2,9**
тяжкість дистресу	1,44	3,46**	4,45**	3,36**	1,29	2,08*

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента

**Показники статистичної значущості відмінностей за методикою  
«Симптоматичний опитувальник дистресу» (SCL-90-R;  
за Л. Дерогатисом) досліджуваних на 1-4 етапах реалізації програми  
та в контрольній групі**

<i>Показники дистресу</i>	<i>1 етап і КГ</i>	<i>2 етап і КГ</i>	<i>3 етап і КГ</i>	<i>4 етап і КГ</i>
соматизація	2,96**	1,13	4,02**	4,15**
обсесивно- компульсивний розлад	4,75**	1,89	3,46**	4,03**
міжособистіс на сензитивність	3,4**	0,85	2,25*	3,27**
депресія	2,8**	1,07	2,6*	3,3**
тривога	2,79**	1,65	3,5**	3,68**
ворожість	4,24**	1,61	4,9**	5,24**
фобійна тривожність	1,58	2,4*	2,4*	2,56*
параноїдні тенденції	3,2**	3,27**	4,04**	4,72**
психотизм	2,92**	1,49	3,76**	4,1**
тяжкість дистресу	4,1**	1,74	5,86**	4,37**

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента



**Динаміка показників саморегуляції постнаркозалежних дорослих  
після проходження 1-4 рівнів формувального експерименту  
у порівнянні з контрольною групою за методикою  
«Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою)  
(середні значення та стандартні відхилення, у балах)**

<i>Показники саморегуляції</i>	<i>Рівні формувального експерименту</i>					<i>Контроль-на група (в цілому)</i>
	<i>вихідний</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	
планування	5,56±1,12	6,58±1,51	6,44±1,36	6,88±1,26	7,06±1,39	5,72±1,86
моделювання	5,72±1,21	6,11±1,89	6,55±1,5	6,33±1,29	7±1,41	5,69±2,17
програмування	5,4±1,31	6,8±1,41	6,69±1,3	6,5±1,36	7,11±1,75	5,8±1,9
оцінка результатів	5,6±1,1	6,36±1,49	6,08±1,72	5,25±1,51	5,3±1,63	5,8±1,56
гнучкість	5,47±1,06	6,72±1,54	6,67±1,53	6,41±1,27	7,39±1,33	6,11±1,56
самостійність	5,01±1,3	4,83±1,68	5,53±1,71	5,19±1,61	5,44±1,64	5,19±2,25
загальний показник	30,84±4,2	30,83±4	37,97±4,93	36,58±3,72	39,3±4,04	33,63±6,81

*Примітка.* Діапазони норми: планування 4-6; моделювання – 4-6; програмування – 5-7; оцінка результатів – 4-6; гнучкість – 5-7; самостійність – 4-6; загальний показник саморегуляції – 24-32.

**Показники статистичної значущості відмінностей саморегуляції  
за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (за В. І. Моросановою)  
на 1-4 етапах реалізації програми**

<b>Показники саморегуляції</b>	<b>1 і 2 етап</b>	<b>2 і 3 етап</b>	<b>3 і 4 етап</b>	<b>1 і 3 етап</b>	<b>1 і 4 етап</b>	<b>2 і 4 етап</b>
планування	0,399	1,43	0,702	0,992	1,38	2,14*
моделювання	1,28	0,612	1,77	0,635	2,21*	1,3
програмування	0,361	0,546	1,62	0,911	0,805	1,189
оцінка результатів	0,848	2,036*	0,138	3,607**	2,93**	1,76
гнучкість	0,186	0,7776	3,34**	0,848	1,86	2,21*
самостійність	2,13*	0,979	0,582	0,971	1,45	0,197
загальний показник	6,67**	1,24	2,77**	6,28**	8,58**	1,31

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента

**Показники статистичної значущості відмінностей саморегуляції  
досліджуваних за методикою «Стиль саморегуляції поведінки»  
(за В. І. Моросановою) на 1-4 етапах реалізації програми  
та в контрольній групі**

<b>показники</b>	<b>1 етап і КГ</b>	<b>2 етап і КГ</b>	<b>3 етап і КГ</b>	<b>4 етап і КГ</b>
планування	3,02**	2,16*	2,92**	3,57**
моделювання	0,896	2,17*	1,58	3,29**
програмування	2,67**	2,5*	1,66	2,82**
оцінка результатів	1,86	0,802	1,57	1,29
гнучкість	2,045*	1,49	0,779	3,84**
самостійність	0,830	0,707	0	0,51
загальний показник	2,31*	3,32**	2,33*	3,73**

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента

Таблиця В7.

**Показники соціально-психологічної адаптації постнаркозалежних дорослих після проходження чотирьох рівнів формувального експерименту у порівнянні з контрольною групою за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд) (середні значення та стандартні відхилення, у балах)**

Показники адаптації	Експериментальна група					Контрольна група (в цілому)
	вихідний рівень	1 рівень	2 рівень	3 рівень	4 рівень	
інтегральна адаптивність	64±23	169,72 ±22,1	152,67±27,2	153,56 ±14,65	161,25 ±15,7	69±20,3
інтегральна дезадаптивність	122±31	57,67±40,9	84,38±41,2	65,86±31,07	52,6±30,25	114±30,6
прийняття себе	20±7,4	53,75±9,04	50,6±11,56	47,27±5,22	53,38±9,39	21±9,92
не прийняття себе	29±9,5	9,33±8,35	12,97±8,6	12,1±7,02	9,36±5,64	24,86±9,4
прийняття інших	11±4,3	26,75±4,85	26,4±4,7	23,7±2,48	28,5±7,2	11,8±4,5
неприйняття інших	28,2±7,5	11,2±7,92	16,8±7,6	14,4±6,6	10,38±6,3	28,1±8,6
емоційний комфорт	12,1±5,3	27,78±4,06	26,97±5,53	24,75±3,75	29,3±7,76	13,08±5,01
емоційний дискомфорт	24,6±9,6	11,33±9,33	15,8±10	12,2±7,2	10,47±6,43	26,1±9,92
внутрішній контроль	43,2±6,4	55,6±7,99	57,4±7,9	52,9±8,4	59,75±11,5	43,1±7,05
зовнішній контроль	26,7±9,8	14,9±11,29	20,03±11,64	16,97±10,93	14,97±9,3	25,6±11,9
домінування	11,5±5,1	11,8±4,78	11,3±4,7	10,8±3,8	10,5±3,5	11,2±4,3
підлеглість	20,8±6,9	15,6±7,3	19,8±12,9	17,5±4,22	16,1±4,3	20,7±6,8
ескапізм	22,8±6,2	11,03±5,65	12,7±6,4	10,3±4,95	9,3±4,9	18,6±5,7

*Примітка.* Діапазони норми: 1 – інтегральна адаптивність (норма 68-136); 2 – інтегральна дезадаптивність (норма 68-136); 3 – прийняття себе (норма 22-42); не прийняття себе (норма 14-28); 5 – не прийняття себе (норма 14-28); 6 – неприйняття інших (норма 14-28); 7 – емоційний комфорт (норма 14-28); 8 – емоційний дискомфорт (норма 14-28); 9 – внутрішній контроль (норма 26-52); 10 – зовнішній контроль (норма 18-36); 11 – домінування (норма 6-12); 12 – підлеглість (норма 12-24); 13 – ескапізм (норма 10-20).

**Показники статистичної значущості відмінностей адаптації  
за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації  
(за К. Роджерсом, Р. Даймонд) на 1-4 етапах реалізації програми**

<i>Показники соціально- психологічної адаптації</i>	1 і 2 етап	2 і 3 етап	3 і 4 етап	1 і 3 етап	1 і 4 етап	2 і 4 етап
інтегральна адаптивність	0,718	2,08*	3,73**	3,85**	1,84	0,673
інтегральна дезадаптивність	2,6*	1,69	3,36**	0,986	0,616	3,36**
прийняття себе	1,165	1,48	5,45**	4,115**	0,2	1,109
не прийняття себе	1,79	0,512	3,34	1,556	0,02	2,42*
прийняття інших	0,309	3,075**	4,28**	3,25**	1,109	0,158
неприйняття інших	3,87**	1,609	3,92**	1,995*	0,441	4,01**
емоційний комфорт	0,64	1,87	3,65**	3,9**	1,17	1,48
емоційний дискомфорт	2,04*	1,76	2,45*	0,47	0,454	2,64*
внутрішній контроль	0,92	2,31*	4,1**	1,45	1,78	0,97
зовнішній контроль	1,83	1,21	2,51*	0,79	0,02	2,09*
домінування	0,405	0,364	2,21*	0,9	1,37	0,76
підлеглість	1,85	0,98	3,71**	1,42	0,414	1,6
ескапізм	1,31	1,8	2,73**	0,57	1,29	2,47*

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента

**Показники статистичної значущості відмінностей адаптації досліджуваних за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом, Р. Даймонд) на 1-4 етапах реалізації програми та в контрольній групі**

<i>Показники соціально-психологічної адаптації</i>	1 етап і КГ	2 етап і КГ	3 етап і КГ	4 етап і КГ
інтегральна адаптивність	3,31**	2,39*	0,236	2,23*
інтегральна дезадаптивність	6,65**	1,71	3,67**	5,65**
прийняття себе	5,76**	1,58	0,624	3,75**
не прийняття себе	5,32**	1,4	2,06*	3,9**
прийняття інших	6,9**	4,15**	2,2*	4,54**
неприйняття інших	6,42**	0,812	2,23*	4,16**
емоційний комфорт	2,75	1,39	0,289	2,47*
емоційний дискомфорт	6,3**	2,36*	4,75**	5,72**
внутрішній контроль	0,43	1,4	1,48	2,2*
зовнішній контроль	6,27**	2,13*	3,35**	4,25**
домінування	1,22	0,098	0,3	0,72
підлеглість	4,75**	0,43	2,7**	3,63**
Ескапізм	3,2**	0,74	2,84**	3,45**

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента

**Динаміка показників негативного раннього дитячого досвіду  
постнаркозалежних дорослих після проходження чотирьох рівнів  
формульованого дослідження у порівнянні з контрольною групою  
(середні значення та стандартні відхилення, у балах)**

Експериментальна група					Контрольна група (в цілому)
вихідний рівень	1 рівень	2 рівень	3 рівень	4 рівень	
5,38±2,68	5,47±2,32	5,5±2,29	4,27±1,71	3,66±1,3	5,06±2,29

*Примітка. Діапазон шкали 0-10 (норма 3-5).*

Таблиця В11.

**Динаміка показників духовної сфери реадаптації постнаркозалежних  
після проходження чотирьох рівнів формульованого експерименту  
у порівнянні з контрольною групою за методикою  
«Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним)  
(середні значення та стандартні відхилення, у балах)**

Показники духовності	Експериментальна група					Контрольн а група (в цілому)
	вихідний рівень	1 рівень	2 рівень	3 рівень	4 рівень	
ідентифікація	8,3±1,5	10,08±1,9	9±2,02	9,77±1,31	10,9±1,14	8,5±1,79
децентрація	8,1±1,4	9,41±1,97	8,44±2,06	8,52±1,91	10,3±1,5	8,3±2,06
рефлексія	8,2±1,2	10,39±2,1	9,75±1,59	8,67±1,67	10,22±1,57	8,56±1,99
трансценденція	7,2±1,6	9,58±2,43	8,61±2,91	8,44±1,97	9,86±1,82	7,63±2,45
буттєва єдність	7,8±1,8	10,03±2,1	9±2,37	8,97±1,48	10,5±1,79	8,39±2,47
спілкування	5,32±1,3	6,67±1,63	6,58±1,42	7,36±1,33	8,08±1,87	5,91±1,42
спрямованість	5,65±1,6	7,83±1,69	6,64±1,38	6,63±1,37	7,88±1,83	6,16±1,74
характер	6,5±1,4	7,11±1,24	7,03±1,68	6,58±1,29	7,3±1,63	6,69±1,34
самосвідомість	4,6±0,9	6,86±1,7	5,86±1,43	6,61±1,57	7,67±1,8	5,63±1,95
інтелект	5,5±1,3	7,86±1,7	7,66±1,41	6,27±1,42	6,72±1,76	6,33±1,88
досвід	5,02±2,1	7,25±1,44	6,77±1,67	5,83±1,23	5,77±1,27	5,63±1,91
психофізіологія	4,2±1,8	5,91±1,77	4,67±1,72	4,36±2,16	6,8±1,52	4,97±1,66
духовність	76,2±14,3	99±15,01	89,7±17,98	87,3±11,58	99,97±19,23	82,5±15,32

*Примітка.* Діапазони норми: ідентифікація, децентрація, рефлексія, трансценденції, буттєва єдність –  $7 \pm 2$ ; спілкування, спрямованість, характер, самосвідомість, інтелект, досвід, психофізіологія –  $5 \pm 1,5$ ; духовність – 24-49.

Таблиця В12.

**Показники статистичної значущості відмінностей духовного компонента реадптації за методикою «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним) на 1-4 етапах реалізації програми**

показники	1 і 2 етап	2 і 3 етап	3 і 4 етап	1 і 3 етап	1 і 4 етап	2 і 4 етап
ідентифікація	2,07*	1,79	4,659**	0,805	2,47**	4,931**
децентрація	2,05*	0,182	4,809**	1,615	2,169*	4,76**
рефлексія	1,47	2,54*	4,719**	4,092**	0,413	1,207
трансценденція	1,662	0,285	4,123**	2,036*	0,564	2,045*
буттєва єдність	2,276**	0,059	3,884**	2,691**	2,112*	3,774**
спілкування	0,241	2,315*	3,038**	1,84	3,28**	4,305**
спрямованість	3,639**	0,478	3,851**	3,563**	0,118	3,102**
характер	0,236	1,32	1,94	1,65	0,783	0,728
самосвідомість	2,806**	1,92	2,399*	0,649	2,86**	5,073**
інтелект	0,631	4,49**	2,47*	3,8**	2,52*	2,47*
досвід	1,25	2,81**	0,572	4,87**	4,71**	2,88**
психофізіологія	3,3**	0,624	5,52**	3,32**	2,87**	5,32**
духовність	2,7**	0,683	3,12**	3,44**	0,509	2,63**

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента

**Показники статистичної значущості відмінностей духовного компонента реадптації досліджуваних за методикою «Духовний потенціал особистості-2» (за Е. О. Помиткіним) на 1-4 етапах реалізації програми та в контрольній групі**

показники	1 етап і КГ	2 етап і КГ	3 етап і КГ	4 етап і КГ
ідентифікація	4,461**	1,143	3,817**	7,159**
децентрація	2,77**	0,226	0,351	4,22**
рефлексія	5,097**	2,739**	0,254	4,378**
трансценденція	4,384**	1,484	1,547	4,712**
буттєва єдність	3,993**	1,084	1,277	4,99**
спілкування	3,165**	2,366*	4,415**	5,624**
спрямованість	5,856**	0,756	1,290	3,39**
характер	1,488	0,913	0,325	2,063*
самосвідомість	3,69**	0,483	2,25*	5,003**
інтелект	4,22**	3,42**	0,158	1,11
досвід	4,405**	2,72**	0,543	0,365
психофізіологія	3,04**	0,732	1,193	5,261**
духовність	6,62**	1,68	1,47	5,07**

Умовні позначки:

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$  за t-критерієм Стьюдента



**ДОВІДКИ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ**