

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Інститут психології імені Г.С. КОСТЮКА
Лабораторія психології соціально дезадаптованих неповнолітніх
НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ
Дивізіон «Адиктологія»



ПЕРША
ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ З АДИКТОЛОГІЇ

Матеріали конференції
16-17 вересня 2023 року

Київ – 2023

УДК 159.922:616.89

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України
(протокол № 10 від 31 серпня 2023 року.)*

Редакційна колегія:

*Максименко С.Д. (гол. ред.); Грись А.М. (заст. гол. ред.);
Максимова Н.Ю. (заст. гол. ред.); Старков Д.Ю.,
Щербина-Прилука В.М. (секретар)*

Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології:
матеріали науково-практичної конференції, 16-17 вересня 2023 року: Зб.
матеріалів / За ред. С.Д. Максименка. Київ: Інститут психології імені Г. С.
Костюка НАПН України, 2023. 175 с. (електронне наукове видання)

ISBN 978-617-7745-25-8

У збірнику матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції висвітлено досягнення, актуальні проблеми та перспективи розвитку адиктології в Україні. Розглянуто психофізіологічні аспекти дослідження адикцій, феноменологія та корекція співзалежності. сучасний стан психологічної практики соціальної реабілітації і психотерапії осіб з адиктивною поведінкою,

У збірнику представлено доповіді, виголошені на пленарному засіданні, та доповідей учасників конференції за відповідними напрямками.

Матеріали конференції розраховані на науковців і практиків у галузі психології та психотерапії адикцій, фахівців, які забезпечують функціонування реабілітаційних центрів і здійснюють їх психологічний науково-методичний супровід.

Матеріали подано в авторській редакції.

За достовірність фактів, цитат, посилань на джерела та вживання назв документів, власних імен тощо відповідають автори публікацій

З М І С Т

<i>Ахмеров О.Ю.</i>	
Заснування реабілітації uzалежнень в Україні	5
<i>Безсмертний Ю.М.</i>	
Сенс життя на денці склянки (філософський фейлетон)	21
<i>Борщевська А.В.</i>	
Ното confusus і п'ята (цифрова) стихія. Між uzалежненням і гармонією	29
<i>Грись А.М.</i>	
Образ Я у контексті профілактики девіацій серед неповнолітніх в умовах воєнного стану	37
<i>Домашенко Ю., Дягілева-Шкуратовська Н.</i>	
Страхи дорослих та дітей у змісті сновидінь в умовах війни в Україні	42
<i>Жилюк О.А.</i>	
Кореляція гормонального впливу на поведінкові аспекти залежності	47
<i>Жидко М.Є.</i>	
Доля залежностей в часи «ідеального шторму»	53
<i>Корбут М.</i>	
Толерантність як чинник ефективності спілкування менеджера	62
<i>Ломова С.</i>	
Психологічні умови корекції рівнів самооцінки і загальної тривожності при проходженні реабілітації для співзалежних осіб	67
<i>Максим О.В.</i>	
Стресогенний вплив як фактор деформації ціннісних орієнтацій підлітків	79
<i>Максимова Н.Ю.</i>	
Психологічна готовність підлітків до адиктивної поведінки	84
<i>Манілов І.Ф.</i>	
Про психотерапевтичні можливості персонально ідеального стилю життя	92

Олійник В. М. Подвійний сором узалежнення або таємниця, яку не можна розповісти	101
Павлюк М.М. Профілактика девіацій розвитку особистості у складних життєвих обставинах	109
Пономарьов А.О. Дослідження динаміки функціонування особистості адикта за допомогою Я-структурного тесту Аммона в період ремісії	116
Ремесник Н.Ю. Самоприйняття як чинник порушення харчової поведінки особистості	124
Рябовол Т.А. Посттравматичне зростання – чинник профілактики залежної поведінки	128
Свіргун М.В. Відчуження одного з батьків, як наслідок узалежнення	132
Сердюк Л.З., Лагун М.В. Позитивна психотерапія як метод профілактики адиктивної поведінки засобами розвитку альтруїстичної поведінки	135
Старков Д.Ю. Особливості психотерапії зловживання пар при адиктивному та посттравматичному розщепленні особистості	143
Тимошенко О.В. Вплив розуміння базових принципів екзистенції на формування нового мислення узалежненої людини	158
Чернявська Н.В. Особливості терапевтичного альянсу з особами із алкогольною залежністю в період війни	163
Щербина-Прилука В.М. Проблема професійного вигорання фахівців центрів соціально-психологічної реабілітації	165

Ахмеров О.Ю.

кандидат фізико-математичних наук,
доцент кафедри психології Одеського національного

університету імені І.І.Мечникова

oleksandr.akhmerov@onu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0002-3651-2206

ЗАСНУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНЬ В УКРАЇНІ

Вступ

В доповіді наведено історію заснування реабілітації патологічних uzалежнень (алкоголізм, наркоманія, ігроманія, співзалежність та ін.) на прикладі досвіду діяльності Міжнародної благодійної організації “Реабілітаційний центр „Сходи”.

Історія організації

Історія Міжнародної благодійної організації „Реабілітаційний центр „Сходи” (далі – МБО „РЦ „Сходи”) почалася 34 роки тому, коли його керівник та один із фундаторів – лікар-психіатр, канд. мед. наук Сергій Дворяк – у 1989 р. взяв участь у Літній школі алкогольних досліджень, Університету Ратгерс, Нью Джерсі, США, де познайомився з терапевтичною програмою „12 Кроків”, з американськими реабілітаційними центрами для хворих хімічною залежністю та вирішив створити подібний Центр в Україні. „Сходи” зберігають тісні професійні відносини з американськими реабілітаційними центрами. Керівник Центру та співробітники проходили стажування в різних навчальних і лікувальних установах Сполучених Штатів Америки і Західної Європи в 1990, 1992, 1995, 1996, 1999–2003 р.р.

Реабілітаційний Центр „Сходи” зареєстрований як громадська організація в січні 1997 р. Центр почав свою роботу в 1991 р. у формі малого підприємства, хоча завжди був по суті некомерційною організацією. За цей час організовані: амбулаторна програма, стаціонарна програма та програма денного стаціонару; на

постійній основі виявляється психологічна допомога родинам хворих хімічною залежністю, проводиться сімейна терапія та сімейна освіта; ведеться підготовка і навчання професійних консультантів з числа колишніх пацієнтів; виходить Всеукраїнський журнал „Сходи”, присвячений питанням видужання та профілактики хімічної залежності; розробляються методичні матеріали по реабілітації хімічної залежності; ведеться наукова робота.

Місія організації – розвиток і поширення ефективних, науково-обґрунтованих нерепресивних підходів і технологій у сфері профілактики, лікування, реабілітації, підтримки та зниження шкоди від хімічної залежності (залежність від алкоголю та наркотиків) й пов’язаних з нею проблем суспільного здоров’я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, ін.).

У 1999 році була зроблена перереєстрація і зміна статусу організації. В даний час „Сходи” є Міжнародною благодійною організацією, діяльність якої поширюється на територію України та США. В Україні і США в 16 регіонах працюють представники Центру. За сприяння Центру „Сходи” у Києві, Чернігові, Житомирі, Вінниці, Харкові були створені реабілітаційні центри подібного типу.

В даний час організація приділяє особливу увагу удосконалюванню програм лікування і реабілітації, а також оцінці ефективності використовуваної програми.

Основна мета та напрямки діяльності МБО „РЦ „Сходи”

Міжнародна благодійна організація Реабілітаційний центр „Сходи” діє в інтересах суспільства й окремих категорій громадян, що потребують допомоги, на основі поваги до прав і свобод особи.

Основна мета організації – розвивати нерепресивні, соціально-психологічні методи реабілітації в наркології; у сфері ВІЛ/СНІД; сприяти розвиткові науки й утворення в області медичної психології, психотерапії, наркології та ВІЛ/СНІД.

Ця мета досягається шляхом здійснення широкого спектра діяльності по шести **основних напрямках**:

1. **Психосоціальна реабілітація та підтримка** людей з хімічною залежністю й членів їхніх родин, у тому числі **просвітницька та освітні**

програми, реабілітація та підтримка ВІЛ-позитивних клієнтів, профілактика наркотичної залежності та ВІЛ/СНІД.

2. **Сприяння розвитку** місцевої, регіональної та національної **політики**, спрямованої на впровадження ефективних підходів і технологій у сфері профілактики, зниження шкоди, лікування та підтримки, реабілітації хімічної залежності та пов'язаних з нею проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, ін.), **налагодження політичного діалогу.**

3. **Підтримка суспільних ініціатив** на території України та країн СНД у сфері профілактики, зниження шкоди, лікування й підтримки, реабілітації хімічної залежності та пов'язаних з нею проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, ін.) – впровадження та підтримка ефективних моделей.

4. **Програми захисту прав** людей з хімічною залежністю і людей, що живуть із ВІЛ/СНІД.

5. **Освітньо-методична діяльність:**

а) науково-практичні конференції, семінари, тренінги та стажування (у тому числі, і дипломна практика студентів вузів і коледжу соціальної роботи) для підготовки, перепідготовки й обміну досвідом фахівців, що працюють у сфері хімічної залежності і ВІЛ/СНІД;

б) видавництво навчальних посібників, просвітницьких і освітніх матеріалів для широкого кола громадськості;

в) розробка, впровадження та читання курсу лекцій „Групи самопомоги: психологічні аспекти залежності” (36 годин) в Одеському національному університеті імені І.І. Мечникова, Національному університеті «Одеська політехніка», Одеському навчально-психотерапевтичному центрі ім.Мойсея Вульфа та ін.

6. Відстоювання верховенства прав людини, **розвиток професійної етики та культури надання послуг** у сфері профілактики, зниження шкоди, лікування та підтримки, реабілітації хімічної залежності та ВІЛ/СНІД.

Програма реабілітації

Місія програми – методами соціально-психологічної реабілітації допомогти пацієнтам (жителям всіх областей України) інфікованим ВІЛ, із психічними та поведінковими розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин, припинити, або значно зменшити, прийом будь-яких психоактивних речовин і поліпшити якість свого життя.

Філософія програми:

Хімічна залежність (наркоманія) є:

- *хронічною, рецидивною, тобто рецидиви можуть траплятися протягом усього, життя;*
- *прогресуючою, оскільки, як правило, веде до деградації та загибелі;*
- *мультимодальною, що уражає залежного фізично, ментально та духовно;*
- *мультифакторною, тобто виникаючою в силу різних (генетичних, сімейних, соціальних) причин захворювання.*

Через сукупну природу хвороби, оптимальне **лікування** повинно **фокусуватися** на фізичних, емоційних, духовних і міжособистісних потребах пацієнта.

Два найважливіших **елементи філософії** цієї програми:

- а) визнання моделі хвороби,*
- б) розуміння, що існує духовний вимір видужання.*

Саме ці елементи відрізняють даний підхід від інших типів лікування хімічної залежності, що використовуються сьогодні. Модель захворювання припускає, що залежність – хронічна хвороба, що не дозволяє людині контролювати те, що відбувається з нею, а не просто моральна деформація, при якій вона може вільно вибирати для себе визначену модель поведінки.

Компонент духовності є загальним поняттям і не має відношення до якої-небудь визначеної релігії. **Три** головних **принципи духовності** відповідно до філософії Анонімних Наркоманів – чесність, відкритість і готовність до змін.

Програма заохочує всебічний розвиток особистості, що означає –видужання це шлях до високої самооцінки через чесність із самим собою й іншими.

Цілі програми:

- *повне стримування від уживання усіх видів наркотиків;*
- *поліпшення фізичного, емоційного та психологічного стану здоров'я пацієнта;*
- *формування плану медичного спостереження та моніторингу за плином ВІЛ-інфекції;*
- *поліпшення сімейних і інших міжособистісних відносин пацієнта;*
- *поліпшення в сфері трудової зайнятості та навчання.*

Завдання програми:

1. Проводиться первинний добір пацієнтів з числа тих, які звернулись по допомогу. Особам, що не мають мотивації до спільної роботи, рекомендується попереднє відвідування зборів АН (Анонімні Наркомани) або груп самопомоги для ЛЖВ.

2. Усім пацієнтам проводиться докладний опис проблем, пов'язаних із уживанням ПАВ і ВІЛ-інфекції, на кожний заповнюється історія хвороби.

3. З усіма пацієнтами проводиться індивідуальне психологічне консультування за стандартизованою схемою.

4. Усі пацієнти беруть участь у груповому консультуванні не менш 5-ти 1,5 годинних сесій на тиждень.

5. Усі пацієнти беруть участь у групових освітніх сесіях, не менш 6-ти 1,5 годинних сесій на тиждень.

6. Кожен пацієнт проводить не менш 2-х годин разом із психологом або консультантом для складання лікувального плану.

7. Усі пацієнти беруть участь у самостійній роботі з освоєння програми 12 Кроків в індивідуальному та груповому форматі не менш 9-ти годин на тиждень.

8. При необхідності кожен пацієнт одержує консультацію лікаря-терапевта, інфекціоніста або психіатра (не пізніше ніж через 12 годин з моменту, коли виникла необхідність).

9. При необхідності пацієнт одержує призначення від лікарів-консультантів по лікуванню опортуністичних лікувань, ВІЛ-інфекції та проходить діагностику.

10. Кожен пацієнт разом із соціальним працівником складає програму, по якій він буде вирішувати соціальні проблеми: працевлаштування, житлові питання, взаємини з правоохоронними органами і т.п.

11. Усі пацієнти під час проходження терапевтичної програми відвідують збори груп самопомоги для ЛЖВ або АН не менш 3-х зборів на тиждень.

12. До терапевтичної й освітньої програм залучаються родичі та значимі для пацієнтів люди.

Методи програми:

– всім учасникам програми проводиться докладний опис проблем, пов'язаних із уживанням наркотиків і ВІЛ-інфекцією,

– кожному учасникові програми складається план лікування.

Структура програми:

Професійна програма реабілітації „12-кроків” цілком відповідає „Реабілітаційному комплексі 1” Уніфікованих стандартів наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних установах України, затверджених Міністром Охорони здоров'я України від 27.07.1998, і включає:

а) індивідуальні, групові і сімейні консультування та психотерапію;

б) участь у групах самопомоги типу НА і/або групах самопомоги ЛЖВ;

в) освітню програму.

Освітня програма:

– інформаційні заняття за концепцією хвороби та видужання;

– інформаційні заняття з проблем життя з ВІЛ;

- інформаційні заняття по профілактиці інфекційних захворювань (гепатит, туберкульоз і т.д.);
- сімейна освіта;
- сексуальна освіта;
- філософія духовності;
- антистресова програма.

Ми рекомендуємо усім, у кого є проблеми з наркотиками і ВІЛ відвідувати збори співтовариства АН (Анонімні Наркомани) і/або групи самопомоги для ЛЖВ.

Очікувані результати:

Пацієнти, що пройшли повний курс реабілітації, характеризуються наступними ознаками:

- зовсім не вживають психоактивні речовини (далі – ПАР) як мінімум протягом 3-х місяців;
- мають професійно погоджений план підтримуючої терапії та подальшої роботи зі своїми психологічними проблемами;
- опанували базовими поняттями про хімічну залежність і способи профілактики рецидивів;
- підготовлені до регулярного відвідування зборів груп самопомоги для ЛЖВ або АН, участі в протирецидивній програмі;
- орієнтовані на подальшу наступну соціалізацію і поліпшення сімейних відносин.

Через 3 місяці після завершення програми 50% пацієнтів не повертаються до систематичного вживання ПАР (оцінюється на підставі огляду й інтерв'ювання членів родини), поліпшили своє здоров'я та соціальний статус (на підставі документів й лікарського огляду), готові або частково готові до прийому антиретровірусних препаратів.

Поетапна схема програми реабілітації

Програма може бути умовно розділена на 4 етапи:

1. Етап, що передує надходженню до Центру („дореабілітаційний”).
2. Етап активної терапевтичної інтервенції.

3. Етап формування стійкої ремісії.

4. Етап противорецидивної та підтримуючої терапії.

Кожний з етапів має власну стратегію та відрізняється від інших змістом і тривалістю. Разом з тим, усі вони складають одне ціле та спрямовані на досягнення головної мети і тому, варто мати на увазі, що поділ значною мірою умовно.

1-й етап

Дореабілітаційний

Тривалість дореабілітаційного етапу варіюється від 1 до 4 тижнів. На цьому етапі пацієнт відвідує збори груп самопомоги ЛЖВ, АН і 2-і консультативні сесії з інструктором, співробітники проводять бесіду з членами родини (чоловік/жінка, батьки).

Завдання „дореабілітаційного” періоду – забезпечити мотивацію та готовність до співробітництва пацієнта і, по можливості, залучити членів його родини в процес видужання.

На цьому етапі пацієнт і його родина знайомляться з принципами та завданнями програми, погоджують свої інтереси та очікування з можливостями програми, одержують консультацію співробітника по телефону або під час індивідуальної бесіди, знайомляться з літературою. У випадку недостатньої умотивованості пацієнта та високої імовірності того, що він не втримається в реабілітаційній програмі, рекомендується відвідування зборів груп самопомоги ЛЖВ або АН, а також, повторна консультація через 2–4 тижні після першого звернення.

Успішність цього етапу **оцінюється** по готовності пацієнта брати участь у реабілітаційній програмі, що підтверджується підписанням контракту. Додатковими показниками успішності служать відвідування пацієнтом зборів груп самопомоги, груп самопомоги ЛЖВ і АН й освітніх програм Центру (за умови невживання їм наркотиків протягом 24 годин).

Примітка.

Оскільки залежний часто амбівалентний стосовно своєї хвороби, то лікування повинно бути доступним для нього в будь-який момент, коли він відчуває потребу, виражає достатню умотивованість і готовність почати лікування. У такому випадку *пацієнт може бути прийнятий* у програму реабілітації вже *при першому звертанні до Центру*. Перед зачисленням до реабілітаційного Центру для проходження реабілітаційної програми, пацієнт проходить сесію індивідуального та сімейного консультування з інструктором або терапевтом.

2-й етап**Етап активної терапевтичної інтервенції**

Активна інтервенція, починається з моменту вступу пацієнта в програму реабілітації (відповідає програмі стаціонару або денного стаціонару). **Тривалість** етапу 1,5–2 місяці.

Метою етапу активної інтервенції є подолання пацієнтом його заперечення й амбівалентності, а також досягнення та збереження абстиненції, навчання первинним навичкам життя без наркотиків.

У цей період **контакти** пацієнта зі звичним навколишнім середовищем **зводяться до мінімуму**. Як правило, обмежуються відвідування родичів, виключаються перегляд телепередач і розважальних фільмів, читання художньої літератури.

Активне психотерапевтичне втручання не відкладається до моменту, коли в пацієнта зникнуть симптоми гострого абстинентного синдрому, а починається з моменту надходження до стаціонару.

Увесь час і всі зусилля персоналу, присвячені одному: змінити поведінку, мотивацію, переконання, емоційні реакції пацієнта, таким чином, щоб максимально підсилити ефективність терапії, і сприяти утриманню пацієнта в програмі.

Однієї з перших інтервенцій є **докладний опис проблем**, що привели пацієнта до Центру. Цей процес виглядає як **спільне заповнення індивідуальної статистичної картки** пацієнта (історії хвороби) співробітником і пацієнтом (є складовою частиною індивідуального консультування), однак у, той же час переслідує визначені психотерапевтичні цілі. При складанні опису хвороби

консультант структурує інформацію, отриману від пацієнта, таким чином, щоб той мав можливість усвідомити в повному обсязі, які розлади мають місце у всіх сферах його життя. Опис торкається не тільки питання медичного або суто психологічного характеру, але й проблем пов'язаних з порушенням закону, фінансові, працевлаштування, які в свою чергу мають тісний зв'язок з вживанням ПАР. Часто стан пацієнта в перший день не дозволяє закінчити опис, тоді робота продовжується в наступні дні. У середньому процес опису хвороби займає не менш 3-х годин.

Теми індивідуального та групового консультування:

Люди, місця, речі, ситуації, що викликають у пацієнта бажання вживати ПАР.

Структура особистого часу.

Прагнення до вживання.

Ситуації підвищеного ризику.

Соціальний пресинг до вживання.

Змушена сексуальна поведінка.

Гострі симптоми, що виникають після відмови від уживання звичного наркотику, способи їхнього подолання.

Вживання інших наркотичних речовин (алкоголю, лік, не прописаних лікарем, і т.п.).

Життя з ВІЛ.

Участь у групах самопомоги ЛЖВ і АН.

Крім того, групове консультування включає покрокову роботу за програмою «12 Кроків».

Тема для обговорення на кожній сесії може бути задана або консультантом, або бути обрана відповідно до індивідуальних потреб пацієнта на даному етапі лікування. Однак, **при проведенні консультування повинні бути розглянуті всі зазначені теми.**

Освітня програма охоплює наступні області:

- *інформаційні заняття за концепцією хвороби;*

- інформаційні заняття по темах «Життя з ВІЛ»;
- сімейну освіту;
- сексуальну освіту;
- філософію духовності;
- антистресову програму;
- арттерапію;
- профілактику інфекційних захворювань (гепатит, туберкульоз і т.д.).

Метою проведення **освітніх програм** є зміна в пацієнта відношення до вживання ПАР і формування уявлення про вживання, як про патологічний потяг, яким можна навчитися керувати.

Основні теми інформаційних занять **за концепцією хвороби і одужання:**

1. Наркоманія, алкоголізм – хвороба.
2. Природа залежності.
3. Ознаки залежності.
4. Симптоми залежності.
5. Форми психологічного захисту в залежних.
6. Психологія залежних людей.
7. Лімбічна система. Нейробіологічна теорія залежності.
8. Програма одужання груп самопомоги ЛЖВ і АН.
9. Негативні особистісні характеристики.
10. Рецидиви (зриви) і стратегії їхньої профілактики.
11. Психологічні фактори формування залежності.
12. Сором і провина.

Основні теми інформаційних занять **по темі Життя з ВІЛ:**

1. Розвиток і плин ВІЛ-інфекції.
2. Опортуністичні інфекції і їхня профілактика.
3. Психологічні фактори, що впливають на плин Віл-інфекції.
4. Харчування при Віл-інфекції.
5. Альтернативні методи лікування.
6. Антиретровірусна терапія.

7. Прихильність лікуванню АРВ.

8. Скринінг і діагностика.

Основні теми інформаційних занять по блоку сімейне виховання:

1. Наркоманія – хвороба сімейна.

2. Дисфункціональні родини. Що це?

3. Співзалежність: ознаки та симптоми.

4. Інтервенції.

5. Залишити з любов'ю. Як члени родини можуть допомогти залежним.

6. Зайнятися собою. Що це означає?

7. Вплив родини на тверезість.

Основні теми інформаційних занять по блоку сексуальне виховання:

1. Залежна сексуальна поведінка.

2. Комплекси.

3. Дилема провини в сексуальній поведінці.

4. Сексуальний сценарій.

5. Сексуальна агресія.

6. Полюбити своє тіло.

7. Мастурбація.

8. Сексуальне утримання.

9. Любов, закоханість і залежність.

10. Інтимність.

11. Близькість як якість психологічної зрілості особистості.

Основні теми інформаційних занять по блоку філософія духовності:

Поняття духовності.

Три основних компоненти видужання: чесність, відкритість, готовність намагатися.

Духовні потреби та цінності.

Концепція Вищої сили в процесі одужання.

Антистресова програма:

Мета проведення антистресової програми – навчити пацієнтів справлятися з напруженими життєвими ситуаціями та технікам розслаблення без вживання ПАР.

Заняття по профілактиці інфекційних захворювань:

Метою цих занять є інформування пацієнтів про інфекційні захворювання, що супроводжують уживання ПАР, і методам профілактики, формування в пацієнтів відповідальності за їхнє здоров'я і здоров'я інших людей.

Оцінка ефективності 2-го етапу: успішність цього етапу оцінюється по готовності пацієнта зберігати абстиненцію та брати участь у подальшій терапевтичній програмі, по ступеню залученості в процес терапії, по змінах, що відбуваються з особистістю пацієнта (мислення, емоційне реагування, поведінка, фізичне здоров'я).

3-й етап

Формування стійкої ремісії.

Тривалість етапу складає від 3 до 4 місяців. У цей період пацієнт проходить програму денного стаціонару (варіант 2), амбулаторну програму та програму підтримуючої терапії. Програма передбачає участь пацієнта в груповому й сімейному консультуванні, освітніх сесіях, ведення щоденника емоційних станів, роботу з кроками, відвідування зборів груп самопомоги ЛЖВ або АН і роботу зі спонсором по програмі 12 Кроків.

Метою даного етапу є формування в пацієнта нового стилю життя без наркотиків, розуміння своїх цінностей і життєвих задач на новому більш високому рівні та навчання техніці профілактики рецидивів.

Пацієнт поступово входить у сімейне та соціальне середовище. За допомогою співробітників і членів терапевтичного співтовариства він опановує нові для себе або забуті прийоми міжособистісного спілкування, емоційного реагування, навички рішення можливих конфліктів, освоює моделі тверезого поведіння, установлює нові соціальні зв'язки, що не пов'язані з вживанням ПАР.

На цьому етапі пацієнт має постійну можливість одержувати підтримку персоналу та співтовариства груп самопомоги ЛЖВ або АН, консультуватися з питань

наслідків своєї поведінки й емоційних реакцій, розвивати інші, у порівнянні з минулими, соціальні зв'язки.

Важливою складовою частиною даного етапу є активне (не менш 5-ти раз на тиждень) відвідування зборів груп самопомоги ЛЖВ або АН і робота зі спонсором. До моменту закінчення етапу пацієнт повинний підготувати разом з консультантом (психологом) розгорнутий план підтримуючої терапії та подальшої роботи, з виявленими в процесі лікування, психологічними проблемами (емоційні, персональні, поведінкові).

Теми індивідуального і групового консультування:

- 1. Інструменти запобігання рецидиву.*
- 2. Визначення процесу рецидиву, його початок і розвиток.*
- 3. Взаємини у видужанні.*
- 4. Розвиток способу життя, вільного від наркотиків.*
- 5. Духовність і релігійність. Система цінностей.*
- 6. Сором і провина.*
- 7. Особистий досвід, особистісний ріст, самооцінка.*
- 8. Недоліки характеру.*
- 9. Розуміння та задоволення власних потреб.*
- 10. Подолання гніву та злості.*
- 11. Релаксація та час відпочинку.*
- 12. Робота та керування грішми.*
- 13. Трансформація залежної поведінки, пошук нових моделей.*
- 14. Сам-турбота. Асертивна поведінка.*
- 15. Життя з ВІЛ.*

Крім того, групове консультування **включає покрокову роботу по програмі 12 Кроків.** Зокрема:

- 1. Робота з 1-м Кроком. Капітуляція та визнання.*
- 2. Робота з 2-м Кроком. Покладання на здорове оточення, групові сили.*
- 3. Робота з 3-м Кроком. Готовність визнати Вищу Силу, свідоме відмовлення від спроб контролю свого щиросердечного стану.*

4. Робота з 10–11 Крокami. Постійна готовність намагатися, прагнення до зміни свого стану, Життя сьогоднішнім днем, принцип Зараз.

Тема для обговорення на кожній сесії може бути задана або консультантом, або бути обрана відповідно до індивідуальних потреб пацієнта на даному етапі лікування. Однак при проведенні консультування **повинні бути розглянуті всі зазначені теми.**

Освітня програма третього етапу повторює теми другого етапу на заглибленому та розширеному рівні.

Індивідуальний план видужання. При надходженні на лікування пацієнта знайомлять зі стандартним лікувальним планом, відповідно до якого він працює до моменту складання індивідуального плану, що складається співробітником (психотерапевтом або психологом) протягом 7–10 днів.

За два тижня до моменту закінчення активної фази лікування та переходу на програму підтримуючої терапії пацієнт разом з керівником терапевтичної групи (при необхідності, з керівником терапевтичної програми) коректує індивідуальний план одужання з урахуванням необхідних заходів психотерапевтичного, соціального й освітнього характеру.

Індивідуальний план одужання (далі – ІПО) повинний відповідати наступним вимогам:

1. Розроблено індивідуальні завдання подальшої реабілітації, визначені лікувальні модальності, визначені області, що вимагають інтенсивної додаткової роботи. Визначено метод оцінки лікувального процесу пацієнта.
2. Індивідуальний план одужання також включає деякі завдання та питання первинного лікувального плану, що залишаються актуальними при подальшому одужанні.
3. ІПО заснований на мультидисциплінарному підході, як і програма реабілітації, тому повинен містити підхід, що допоможе пацієнтові одержувати адекватні види допомоги з різних джерел.
4. Містить індивідуальні завдання пацієнта й оцінки цих завдань.

5. ППО розробляється протягом 14 днів. ППО переглядається і, при необхідності, коректується кожні 3 місяці (наприклад, на 3-ому, 6-ому, 9-ому, 12-ому місяцях одужання).

Протягом останнього тижня перебування в Центрі пацієнт разом з консультантом або психологом **складає план подальшої роботи з одужання**. План включає наступні пункти: противорецидивна підтримуюча програма, робота з психологічними проблемами (гнів, страх, незручність, емоційна незахищеність і т.п.), робота з проблемами в сфері інтерперсональних відносин і робота із соціальними проблемами, а також схема дій.

Оцінка ефективності 3-го етапу: усвідомлений вибір пацієнта жити без наркотиків, успішне проходження 1, 2, 3 кроків. Активне залучення в співтовариство груп самопомоги ЛЖВ або АН.

4-й етап

Противорецидивна та підтримуюча терапія

Програма підтримуючої терапії включає періодичні зустрічі зі співробітниками Центру (1–2 рази на місяць, але не рідше ніж 1 раз на 2 місяці) для обговорення проблем, що виникли та коректування складеного раніше плану й регулярне відвідування, не менш 3-х разів на тиждень, зборів груп самопомоги ЛЖВ або АН.

Співробітники не менш 2 разів на місяць по телефону або поштою довідуються про стан пацієнта в членів родини і при необхідності активно запрошують його для індивідуального/сімейного консультування. **Тривалість етапу** 8–9 місяців.

Ефективність 4-ого етапу оцінюється:

- 1) по здатності пацієнта вирішувати соціальні, особистісні і міжособистісні проблеми;
- 2) по залученості в роботу співтовариств груп самопомоги ЛЖВ або АН;
- 3) по зміні якості життя пацієнта при збереженні абстиненції.

Безсмертний Ю.М.

ПСИХОЛОГ

Деснянського районного в місті Києві центру соціальних служб,
керівник соціально-психологічної програми допомоги людям, що зловживають
алкоголем «СЕНС», майстер соціальної роботи

aaater@ukr.net

СЕНС ЖИТТЯ НА ДЕНЦІ СКЛЯНКИ (ФІЛОСОФСЬКИЙ ФЕЙЛЕТОН)

Про алкоголізм написано багато: лікарями, вченими, психологами, письменниками. І розмірковувати про нього можуть майже всі, як про політику, жінок і футбол. Так, забув я ще Бога; про нього теж усе відомо в обивательському середовищі. Дійсно, є теми «вічні», наче створені на замовлення для обговорення і суперечок у будь-якій аудиторії або компанії. Алкогольна залежність і вживання алкоголю якраз і належать до таких тем, залучаючи до дискусії все нових і нових знавців. Адже алкогольна тема вельми глибока та широка, і розмовляти можна багато, зі «знанням справи», часто не про себе, а про знайомих або сусідів, тим самим витісняючи критичний рівень власного пияцтва. Загалом, є про що поговорити: від механізму дії «кодування» до пристрасті Ернеста Хемінгуея, що добре знався на вишуканих градусних напоях та віддавав їм належне до кінця свого життя. А якщо опоненти ще й «прикладуться» до цих самих напоїв, то «наукова дискусія» вийде на славу!

Звісно, я злегка жартую, але куди ж без нього, без гумору ріднесенького! Про серйозне можна тільки зі сміхом, інакше шизофренія постукає у гості. А непроханий гість, як відомо, буває всебічно обласканий господарем, вирушаючи у подорож за «російським військовим кораблем»! Так от, щоб не збожеволіти, наслідую підійти ближче до заявленої теми. Як співвідноситься життя, а тим паче його сенс зі склянкою, не кажучи вже про денце останньої? Скажу одразу,

що життя значно багатогранніше за склянку, хоча остання є певною мірою символом «совіцької» епохи, що пішла у небуття. Напевно, зараз сяють інші символи, пов'язані зі вживанням алкоголю, але суть від цього не змінюється. Зупинюся на склянці, добротному скляному виробі, що уособлює якусь міфічну стабільність того часу. Склянки були скрізь: в установах, у кафе, у поїздах, і, звичайно, у кожного на кухні. Навіть падаючи, склянка далеко не завжди розбивалася, що підтверджувало її небувалу міцність, а також універсальність, бо в склянку наливали все, зокрема, спиртні напої. Про народження і життя радянської гранованої склянки існує чимало вигаданих і правдивих історій. У якийсь момент вона зайняла почесне місце на столі поряд із горілкою, оселедцем і плавленим сирком. Відсутність столу не викликала особливих хвилювань, і його заміняла будь-яка тверда поверхня, пристосована під нехитре сервірування. Як видно, сама склянка, маючи простацьке походження, не особливо й претендувала на лаври "королеви" аристократичного посуду. Через неї пропускали все, і вона пропускала через себе всіх! Однак заради справедливості слід зазначити, що зі склянки пили і "великі люди": партійні чинуші, «цеховики», «заслужені» різних мастей, «силовики» з великими зірками, і навіть **інтелігенти!** Дивно, що любителів «підбадьоритися» з останньої категорії як в усній народній творчості, так і в літературних творах часто називали «вошивими»! Такий вислів навіть став ідіомою, до певної міри однією із візитівок «розвиненого соціалізму». Час від часу я розмірковував про вишукану неповторність цього вислову, адже сам маю певну освіту, що дає підстави зарахувати себе до такої високоповажної категорії громадян. Зрештою зовсім не обов'язково інтелігента називати «вошивим». Думаю, що узагальнення часто заважає побачити в людині її індивідуальність та унікальність. Освічена людина може бути просто п'яною, або такою, що не похмелилася, або схильною до алкогольних запоїв. До речі, освіченість далеко не завжди визначає інтелігентність, навіть, можна сказати, не є такою апріорі. Тому потомственного інтелігента видно одразу, навіть якщо він випромінює неперевершений аромат «біломора» і портвейну.

Може здатися, що я «жонглюю» словами поза темою, а то й зовсім «несу різну нісенітницю»! Ну, по-перше, "нісенітницею" можна назвати будь-яку науково-філософську концепцію, назвати просто тому, що я так вважаю. По-друге, розмірковую я про людину, причому людину розумну, так звану **homo sapiens**. Я б її назвав ще й людиною питущою, що латиною звучить: **homo bibens**. Ось так і злилися вони воедино: **homo sapiens i homo bibens**. Розум не виключає пияцтва, пияцтво не виключає розуму! Людина розумна питуща (**homo sapiens bibens**)! Судячи з усього, пити усвідомлено і зі знанням справи може саме людська натура, хоча існують цікаві факти з життя тварин, які пристрастилися до вживання спиртного. За однією з версій, перохвості тупайї вважаються найбільш питущими тваринами у світі. Вони просто обожнюють пальмовий нектар, що містить алкоголь. Зокрема, раз на три дні тварина випиває дозу спирту, еквівалентну трьом літрам пива. Також встановили, що в крові тупай міститься 1,4 грама спирту на кілограм тіла, хоч і важать вони зовсім нічого. Але найпарадоксальніше, багатоденні спостереження за тваринами показали, що тупайї не демонструють типових ознак сп'яніння: наприклад, порушення координації рухів. Не виявлено було змін у поведінці, пов'язаних із ймовірним ранковим похміллям. От так би й людині! Але **homo bibens** на те й **homo sapiens**, що їй сенс подавай! На відміну від тупайї вона не просто п'є, а ще й розмірковує, філософствує, вершить долі людства. Складно сказати, чи замислюються над сенсом свого тлінного життя тварини, які з апетитом поглинають спиртовмісні продукти?! Схиляюся до того, що все-таки – ні, що шукати сенс у житті зі склянкою в руці або без неї, – це все ж таки привілей тієї самої людини розумної (**homo sapiens**). У всякому разі буду виходити з цього.

У контексті сказаного згадується давній латинський вислів «**in vino veritas**». Приписують його давньоримському мудрецю Плінію Старшому. Там є ще й продовження: **in aqua sanitas** (здоров'я – у воді). Не викликає сумніву, що друга частина сентенції менш популярна у шанувальників Бахуса. Що ж стосується першої частини, то її зміст видається цілком очевидним і не потребує спеціальної розшифровки. Людина випиває, розкріпачується і відчиняє дверцята шафи, звідки

виповзають "секретні скелети", що поступово наповнюють прокурунену і просочену винними парами кімнату. Але це занадто просто, тому особливо тонкі й чуттєві натури надають вживанню алкоголю сакрального сенсу. І зовсім неважливо, чи можуть похвалитися вишуканістю напої, а навколишнє оточення своїм блиском! Тут справа скоріше у змісті, ніж у формі, хоча остання для багатьох представників питного ремесла все ж має певне значення. Десь підспудно всі прагнуть до ідеалу, тобто, до єдності форми та змісту. Інша річ, що запити і можливості у всіх різні. І тут я знову повертаюся до своєї улюблениці – гранованої склянки. Класична "совкова" склянка мала такі розміри: 65 мм у діаметрі та 90 мм у висоту. Шістнадцять граней і гладке кільце, що йде верхнім краєм окружності, стали її помітною особливістю. Хоча за все її життя кількість граней змінювалася, але саме шістнадцять граней і верхній обідок набули політичного забарвлення у любителів попліткувати на тему «кухонної філософії». І ось ця можливість долучитися до дискусії про щось важливе, водночас просте і незрозуміле, часто заборонене, надавала гранованій склянці авторитету і солідності. Сама склянка у диспутах участі не брала, але виконувала об'єднувачу роль. Навіть якщо опоненти не приходили до консенсусу, значення склянки в організації та підготовці їхніх зборів неможливо переоцінити. Склянка часто об'єднувала непоєднуване. І люди, які у звичайному тверезому житті просто не ризикували підійти один до одного, завдяки їй, такій сміливиці, могли без особливих зусиль випити на брудершафт.

Півлітрова пляшка горілки надихала на цілком демократичний варіант «зметикувати на трьох». Кожен із учасників спецоперації отримував свої законні 167 грамів жаданого напою завдяки все тій же славнозвісній склянці. Якщо наливати в склянку до обідка, то вміст пляшки ділиться рівними частинами на трьох. Але вищим шиком у професіоналів вважався поділ півлітрової ємності порівну саме на звук і не дивлячись. Для цього потрібно було не тільки мати певний досвід і талант, а й по-справжньому любити своє ремесло, наділяти його воістину вищим сенсом! Відчути, насолоджуючись мелодією дзюркотливої C_2H_5OH , де закінчується сенс однієї дози і починається сенс наступної, – це не просто філігранне мистецтво, а цілий дар Божий! А далі – більше! Випити

належну дозу на одному диханні, крякнути від насолоди, закусити, чим доведеться, і думати, думати, думати. Для прояснення свідомості, звісно, можна і повторити. І той факт, що склянка бере участь у процесі «одухотворення» особистості, навіть не піддається сумніву. До речі, "гросмейстери питної справи" могли випити пляшку горілки з горлечка залпом, не відволікаючись на провокації навколишнього середовища. І це був той рідкісний випадок, коли гранована склянка залишалася поза справою і не могла принести користь бійцям невидимого фронту. А бійці боролися з тверезістю, з так званою нормою життя, незрозумілим і коли встановленою, але часто цитованою з важливим і менторським виглядом. Але «норма життя», як правило, нахилилася в бік різних видів лікєро-горілочаної продукції, а це сприяло пошукам сенсу на денці гранованої склянки. Нерідко сенс залежав від кількості випитого, і тоді співрозмовники переходили на стадію тотальної поваги. Повага як дар осягнення вищого сенсу має унікальну здатність зближувати і з'єднувати людей за духом і покликанням. Тому поважали одне одного довго і часто. Звісно, пошук сенсу – процес зтяжний і складний, що частенько переходить навіть у кулачну дискусію. Але таке життя, як кажуть французи! Або *c'est la vie!* У дискусії народжується істина, і навіть якщо обличчя опонентів вкриті саднами, але випромінюють взаємоповагу, то можна з оптимізмом дивитися в майбутнє людства. У кожної людини свій сенс. Так і хочеться сказати, що в кожного своя склянка, але все ж таки це буде перебільшенням. Кожен має право на склянку – ось це є правда! Наскільки людина скористається цим правом, залежить уже від конкретних умов життя. Варто зазначити, що самі назви напоїв, офіційні та неофіційні, просто підштовхували питущу людину до пошуку сенсу, що допомагало подолати тривогу і відчуття абсурдності буття. «Сонце в бокалі», «Золота осінь», «Перлина степу», «Ранкова роса». Народні назви окремих зразків лікєро-горілочаної продукції були ще більш екзистенційними та влучними. Але неможливо все згадати, а якщо пропустити щось, то буде просто несправедливо! Тому лише наведу слова з першої частини «Аристократичного триптиху» українського поета і перекладача Юрія Лисенка, що друкувався під псевдонімом Юрка Позаяка:

«У колі інтелектуалів
Шампанське мозок бадьорить,
Як гарно жить без ідеалів,
На мертві теми говорить.

Ми всі в захопленні від Сартра,
Ми всі без тями від Мане –
Не все одно, що буде завтра?
Не все одно, що головне?

Життя – це симпатична драма,
Легкий мінор, легкий мажор,
Приємно поряд пахне дама
Парфумом Крістіан Діор.

Я жестом скромно-суперстарним
Підношу іскряний фужер
За кристалічно елітарних
Аборигенів вищих сфер!» [1].

Пафосно-іронічний стиль поетичних рядків тільки підкреслює всенародну любов до алкогольних традицій. «Напівсухий» закон 80-их став просто шоком для всіх любителів шукати сенс свого буття у склянці. Яке-небудь плодово-ягідне вино вже здавалося межею бажань для звичайного громадянина. Ясна річ, завжди були люди, які мали доступ до жаданого дефіциту, чим вони й користувалися. Але навіть вживаючи дорогі та відносно якісні напої, доводилося робити поправку на віяння того часу. А що вже говорити про звичайного алкоголіка, який стояв внизу на сходинках соціальної ієрархії?! У хід ішли напої, абсолютно не призначені для «внутрішнього згоряння». Але склянка приймала все: одеколон, лосьйон та інші спиртові рідини. Чи не найсуттєвішою особливістю пошуку сенсу була складність

у тому, щоб вчасно зупинитися в такому феєричному процесі. Дуже переконливо це демонструє одна із серій мультфільму про Вінні-Пуха, коли герой зі своїм другом П'ятачком пішов у гості до братика Кролика. Звісно, у творі для дітей не могло бути пропаганди зловживання алкоголем, але, якщо залишити за дужками деякі речі і провести паралелі, то вимальовується дивовижна картина. Сама фраза «посидимо ще трохи» малює в уяві класичні зразки довготривалих посиденьок, пов'язаних із застіллями. Так, нещасний Вінні їв мед у гостях, а не горілку пив, але всі інші деталі розкривають його як справжнього адикта. Здається, ще трохи, ще склянка, ще пляшка, ще один тост, і все, –настане прозріння, просвітлення, інсайт! Але ні! Кожен наступний ковток веде до звуження в думках і висловлюваннях, потім гасне свідомість і «обривається кінострічка». Гештальт закривається! Можна навіть побудувати певний синонімічний ряд: «перекинути» склянку – пізнати сенс – закрити гештальт. Хай вибачать мені колеги-гештальтисти за використання їхнього основного професійного терміну, але дуже вже він вписується в цю конструкцію. Вираз «закрити гештальт» можна порівняти із закінченням запою, коли той, хто пізнав істину, вже пити не може. Йому все зрозуміло про світ і про себе в цьому світі, бо всі дискусії позаду, а про загострення пристрастей під час словесних сутичок свідчать ряди порожніх пляшок і залишки невігадливої закуски. Звичайно, можуть залишитися сліди ушкоджень на тілах і обличчях ораторів, але це все, як кажуть, втрати на виробництві. Свідомість того, хто «досяг», не обтяжують зайві обивательські думки, і настає стан космічної невагомості, коли тілу потрібен короткочасний відпочинок після неабияких інтелектуальних навантажень. Тілу в цей час доводиться, ой, як несолодко, але, як то кажуть, за все доводиться платити! Кожна питуща людина емпіричним шляхом знаходить свій унікальний спосіб приведення тіла у відносний порядок. Ну, а далі... до нових зустрічей в етері, точніше, в нашому філософському клубі!

Мабуть, слід віддати данину поваги тим, хто обрав шлях постійного вживання, так би мовити, підтримання певної концентрації алкоголю в організмі. Це справжні «старателі», патріоти своєї професії. Перманентне включення в

пошуки сенсу наповнює буття людини цілями, завданнями і важливими справами! Однак мені вбачається і недолік такої форми вживання. Щоб по-справжньому кинутися на пошуки сенсу життя, свого і вселенського, а потім і пізнати таку істину, необхідно до кінчиків нігтів відчутти стан абсурдності існування, якщо хочете, побути Сізіфом. І ось тоді жадана склянка здається справжнім провідником у царство смислотворчості. Невипадково spiritus (лат.), а також spirit (англ.) перекладається і як дух, і як спирт (алкоголь). Дві сторони однієї медалі! Можна розвиватися як особистість, намагаючись намацати сенс перебування у світі, постійно вчитися, ставити запитання, отримувати відповіді. А можна просто «перекинути» склянку. Спочатку одну, потім другу. Ну, і так далі. Обмежень щодо цього не передбачено, оскільки духовне перетворення особистості – процес нескінченний, можливо, навіть спрямований за межі земного життя людини. Але чи буде склянка у людини поза її земним перебуванням, – питання залишається відкритим. Говорити і писати про сенс життя, а тим паче, про його пошуки крізь призму наповненої алкоголем склянки – справа не дуже вдячна. Завжди знайдуться опоненти, причому на будь-яку «тверезу» думку! Тому буду закінчувати в надії, що мої співгромадяни перед тим, як вдаватися до шокової терапії гранованої склянки, спочатку візьмуть паузу і подумають. Я часто люблю повторювати, що у кожного алкоголіка перед тим, як випити, завжди є право на телефонний дзвінок! **Слава Україні!!!**

Література:

1. Позаяк Юрко. Аристократичний триптих. *Поетичні Майстерні*. 1996. Режим доступу: <https://maysterni.com/user.php?id=106&t=1&sf=1#top>

Борщевська А.В.,

кандидат медичних наук, доцент кафедри
психіатрії та психотерапії ФПДО Львівського
національного медичного університету ім.

Данила Галицького angela_kb@ukr.net

ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-9353-4682>

НОМО CONFUSUS І П'ЯТА (ЦИФРОВА) СТИХІЯ. МІЖ УЗАЛЕЖНЕННЯМ І ГАРМОНІЄЮ

Кожна людина в інтернеті
знаходить собі контент, на який
здатна. Технології власними силами
нікого не позбавляють ні
людяності, ні здатності
комунікувати. Технології лише -
відображення людей. Які люди, такі
та технології

*Франц Вертфоллен, письменник,
просвітник, музикант*

Не технології ведуть нас до зірок,
а любов людська

*Зафар Мірза, політик системи охорони
здоов'я, Пакістан*

Століття, в якому ми живемо, називають GODжет століттям (GOD – Бог) [5, 13]. А ще, за аналогіями чотирьох природних стихій (Вода, Вогонь, Земля, Повітря), нову, цифрову, стихію, що увірвалася в наше життя в останні десятиліття, можна назвати П'ятою стихією. Тому людині є від чого почувати себе Номо Confusus — людиною розгубленою [7]. У 1965 році Елвін Тоффлер

вперше вжив термін «шок майбутнього» для опису руйнівного стресу та дезорієнтації, які викликають у людей занадто великі зміни, що відбуваються за дуже короткий час. Зараз це «майбутнє» стало реальністю. ...Гуркітливий потік змін, потік настільки потужний в наш час, що він перекидає інститути, викликає зсув цінностей і висушує наше коріння. Зміна - це процес, за допомогою якого майбутнє проникає в наші життя, і важливо подивитися на нього уважно, не просто у великій історичній перспективі, але також з позиції індивідів, що живуть, дихають, які його відчувають. Прискорення змін у наш час саме собою стихійна сила. Ця сила має особисті, психологічні, а також соціологічні наслідки. ...якщо людина не навчиться контролювати швидкість змін у своїх особистих справах, а також у суспільстві загалом, ми приречені на масовий адаптаційний зрив [6]. Концепція шоку майбутнього — і теорія адаптації, яка з неї виводиться — ясно припускає, що має існувати рівновага між швидкістю зміни оточення та обмеженою швидкістю людської реакції.

Мета. Дослідження чинників, що впливають на порушення балансу між використанням потенціалу диджитального світу та узалежненням від цифрової реальності.

Взаємне співіснування спільноти неможливе без обміну думками, ідеями, суб'єктивними враженнями, фактами та гіпотезами. Потреба в інформаційній взаємодії з іншими членами соціального утворення іноді перевершує нагальні, об'єктивні потреби людини. У таких випадках зміст інформації нівелюється, а на перший план виступає сам процес споживання чи передачі інформації. Появу інформаційного суспільства ініціювало стрімке збільшення та оновлення інформації, разом з цим науково-технічний прогрес дозволив розширити побутові можливості пересічної особистості у знаннях [1]. Оскільки багато соціальних процесів в умовах інформаційного суспільства «віртуалізувалися», для ефективної орієнтації у зовнішньому середовищі та для налагодження комунікації з іншими членами соціуму люди змушені витрачати частину свого часу на перебування в мережі Internet. Таким чином, інформаційне, як і Internet, узалежнення стає природною необхідністю сучасного цифрового суспільства, яка проявляється у

неспроможності людини достатньо орієнтуватися в соціальному середовищі без засобів масової інформації. І тоді потребу в інформації, на сучасному етапі розвитку суспільних відносин, можна прирівнювати до вітальних потреб людини.

Доктор Бруно Рібейро, фахівець з ментальних розладів іспанської велнес-клініки, коментує: «Ми дійсно живемо серед величезного потоку інформації. З одного боку, це дає можливість відчувати зв'язок із зовнішнім світом. З іншого – неминуче призводить до віддалення від себе" [3]. Згадаймо тут, що велнес — похідне від слів fitness та well-being, добре самопочуття. Велнес - це філософія благополуччя людини в усіх сферах її буття: духовної, соціальної і фізичної. Той, хто живе згідно з філософією велнес - вдалий, повний енергії, оптимістичний і бадьорий незалежно від віку. Він приділяє увагу зовнішньому вигляду свого тіла, принципам здорового харчування, помірно використовує фізичні навантаження. У клініці, продовжує Бруно Рібейро, ввели поняття синдрому цифрового стресу. Схильні до нього люди гірше засвоюють інформацію, втрачають здатність відрізнити важливе від другорядного, швидше забувають прочитане, їм важче концентруватися і мислити в режимі багатозадачності. Але лікар впевнений, що мозок адаптується до зовнішніх умов. Розвиваються здібності, в яких раніше не було необхідності, інші ж, навпаки, втрачають свою актуальність.

Постійний доступ до Інтернету впливає на психічний стан і знижує здатність сприймати. Сама наявність мобільного пристрою спрацьовує, як запрошення відволіктися. Ситуацію ускладнює ще й те, що більш старі, примітивні відділи головного мозку не встигають адаптуватися, і дивайс сприймається як постійне джерело задоволення. Це приводить до зменшення буденної радості життя.

Одна з теорій узалежнення, умовно-соціальна: чим міцніше близьке коло друзів і підтримки, чим більше в житті цікавих подій і занять, і чим більше можливостей для самореалізації – від матеріальних до мотиваційних – тим більша ймовірність встояти перед зовнішніми тригерами. Відповідно, при нестачі позитивних зв'язків ймовірність "відходу" від реальності вища, а яким буде інструмент – Instagram чи казино, – питання другорядне. Все починається з

причин-тригерів, які запускають процес. Вони можуть бути зовнішніми: лист-розсилка з кнопкою-закликом до дії, іконка на екрані. Внутрішні ж тригери спрацьовують сильніше. Наприклад, емоції, особливо неприємні. Відчуття нудьги, самотності, фрустрації або розгубленості створюють ту саму базу, від якої надходить прагнення споживати вміст стрічок, популярних акаунтів або рекомендованого контенту. Ступінь цих відчуттів може бути невеликою, навіть неусвідомленою, але її достатньо, щоб створити дискомфорт, який призведе до дії. Це така ж компульсивна дія, як «заїдання» стресу, тільки замість десертів – соціальні мережі, зокрема.

Приємні емоції теж можуть бути тригерами. Варто поділитися з друзями щасливим моментом з життя, виклавши фотографію, – це спрацьовує як зміцнення соціальних зв'язків з близькими. Одна з найсильніших сторін Instagram – те, що його творці розуміють і використовують ці внутрішні тригери: в додатку все створено для підживлення емоцій, навігації за потокам чужого натхнення, вікна в чуже життя, hate-following (феномен, коли людина підписана на соціальні мережі іншого, часто відому особистість, уважно стежить за оновленнями і не робить нічого іншого, окрім як пише негативні коментарі, але не відписується). Як тільки тригери сформовані, зовнішні більше не потрібні, і людина запускає додаток, варто їй опинитися у відповідній ситуації. Існує теорія соціального порівняння, розроблена психологом Леоном Фестінгером. Згідно з нею, у людей є вроджена потреба порівнювати себе з оточуючими. Одне з досліджень, зокрема, показало, що «одна година на день, проведена у Facebook, призводить до зниження самооцінки людини на 5,57 пунктів» [8].

Термін "детокс", запозичений в індустрії краси, сьогодні масово використовують у контексті перевантаження інформацією та цифрового uzалежнення. Програми контролю часу, проведеного в мережі, вбудовані у прошивку смартфонів, а цифровий детокс став новою популярною "дією". Мабуть багатьох вразив скрінінг екранного часу, який з'явився у мобільних, де видно ці вражаючі 4-8 годин у мережі щодня. Тобто, більшість активного дня.

Що, власне, підтверджено і серйозними дослідженнями: середня щоденна тривалість перебування в інтернеті жителя планети – 6 годин 42 хвилини [4].

Поняття інтернет узалежнення поступово трансформується у диджитал, цифрове (технологічне) узалежнення і поступово втрачає свій дефіцитарний контекст. Адже людство буквально залежить від інтернету та дивайсів: робота, комунікації, пошук інформації, розваги, подорожі — будь яка сфера життя підкріплюється цілодобовим доступом до мережі. «Називати це залежністю — все одно, що називати залежністю потребу у їжі чи одязі: у певних випадках доступ до інтернету є необхідним для виживання (пошук роботи, нерухомості, розвиток бізнесу)» [2]. Як потреба в їжі може перетворитися на розлад харчової поведінки, потреба в одязі — на шопоголізм, так і потреба в доступі до інтернету, мереж може стати патологічною. Проте патологічне бажання в цьому випадку пов'язане не з доступом до інтернету як таким, а з покликом відмежуватись від реальності шляхом занурення у віртуальний (диджитал) світ. Таким чином, інтернет можна вважати не агентом адикції, а інструментом для задоволення патологічного потягу — як гроші, коли мова йде про лудоманію, психоактивні речовини, при узалежненні від них, одяг, при шопоголізмі. Агентом адикції в цьому випадку виступає віртуальна реальність — цифровий світ, в якому можна бути ким завгодно і яким завгодно (успішним, дотепним, розумним, відвертим, сильним, сміливим) без необхідності відповідати обраним критеріям у реальності, нести відповідальність за скоєні вчинки і докладати реальних зусиль для отримання дофаміну.

Виділяють підвиди кібер-адикцій в залежності від агенту адикції: адиктивний інтернет-серфінг, аудіо/відео адикція, гаджет-адикція, кібероніоманія, кіберсексуальна адикція, online-гемблінг, патологічна залежність від віртуальних знайомств, патологічне online-читання, селфітіс (чи селфізм) та фабінг [2].

Ми акцентували на часі, який забирає інтернет. Але не менш важливий життєвий індикатор, на який впливає мережа – це увага. Прожектор внутрішнього світу, одна з основних форм організації свідомості людини, увага суттєво розпорошується потоками інформації. Зараз є цілий пул досліджень, що

спростовують міф продуктивності мультизадачності. Зокрема, одна група людей виконувала завдання послідовно, інша паралельно, постійно перемикаючись. Фактично так, як ми працюємо чи вчимося в інтернеті, відволікаючись на спілкування у месенджерах, покупки, веб-серфінг паралельно. У результаті, виконання завдання багатозадачниками було в рази гірше, ніж у тих, хто працював послідовно.

Отже, з інформаційним простором важливо чітко вибудовувати особисті кордони, які у кожного різні. Процес це довгий, і змагатися доводиться тільки з собою. Компанія Google розробила три спеціальні додатки для оптимізації існування у цифровій реальності. Додаток Envelope (конверт) дозволяє користувачеві створити і роздрукувати на папері конверт, розміром зі звичайний смартфон. Цей конвертик дозволить користуватися тільки базовими функціями телефону, наприклад, зробити дзвінок або дізнатися котра година. Через те, що смартфон заклеєний всередині конверта, користувачеві доведеться рвати його кожен раз, щоб подивитися на екран. Необхідність друкувати і клеїти новий конверт після цього повинна стримувати людей від частого звернення до екрану смартфона.

Додатки Activity Bubbles і Screen Stopwatch – “живі” шпалери, які показують, скільки часу за день користувач провів за телефоном. Відчувати себе трохи вільніше та гармонійніше допомагає ревізія віртуального оточення. Добре спрацьовують банальні поради висмикувати себе з цифрового простору: зустрічі з друзями, прогулянки, пробіжки, заняття з залученням дрібної моторики – від перебирання шаф до каліграфії. А ще добре замінити одне споживання іншим. Наприклад, запускаючи соцмережі, – переходити на навчальні курси, медитацію, книги. Звичайно, доводиться долати внутрішню інерцію, але якщо так робити, змінюється якість життя. Найважливіше домовитися з собою – дозволити собі бути поза підключенням і залученістю, і тоді ніякий страх пропустити щось важливе не матиме влади.

Висновок. Для того, щоб у вирах п’ятої стихії залишатись особистостями та зберігати доступ до справжнього, а не штучного (цифрового) джерела живлення

та життя, важливо не розгубити «людське». Крім того, потрібно навчатися адаптації до стрімких змін і в тому ж ключі виховувати майбутні покоління: переходити від запам'ятовування до розуміння, розвивати навички протистояння дизстресам, зберігати людяність, незважаючи на численні виклики світу. «Я припускаю, що колись люди втомляться від технологій. Ймовірно, ХХІ ст. буде століттям техновтоми. Можливо, це також буде втома від технообману. Від порожніх акаунтів. Від мільйона ФБ-друзів, серед яких обмаль справжніх. Від мільйона лайків, серед яких обмаль щирих. Від лавини месенджів, серед яких обмаль цінних. Від любові без обіймів. Від ...самотності – в мережі чи поза нею. Століття втоми від спаму. Тролінгу. Верифікації даних. Викриття фейків. Надміру бекапів. І навіть від швидкості трафіку. Важливо вміти обирати. Надавати перевагу яблуку, а не Apple. Слову, а не Word. Вікну, а не Window. А також іконам, а не іконкам» [5, 15].

Література

1. Кириченко В. Вікові відмінності прояву internet-залежності (за результатами дослідження 2014 та 2018 років) / Віктор Кириченко // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – Вип.4. – Том 1. – 2018 – С.188-193
2. Кротенко В., Міщенко О. Трансформація поняття інтернет-залежності як форми адиктивної поведінки в контексті діджиталізації сучасного суспільства. Науковий часопис. Випуск 43. Спеціальна психологія. 2022
3. Нілова М. Як цифрова залежність впливає на наш мозок [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vogue.ua/article/beauty/byuti-gid/kak-cifrovaya-zavisimost-vliyaet-na-nash-mozg-35925.html>
4. Перевізник Н. Колосальна цифра: інформаційне ожиріння, діджитал залежність та як з цим вижити [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://platfor.ma/topic/kolosalna-tsyfra-informatsijne-ozhyrinnya-didzhytal-zalezhnist-ta-yak-z-tsym-vyzhyty/>.

5. Титаренко М. Комунікація від нуля. Есеї для Мані. Львів. Видавництво Старого Лева. 2019. С.13
6. Alvin Toffler future shock. 1970 [Електронний ресурс]
https://en.wikipedia.org/wiki/Future_Shock
7. Kozyrev A. Homo Confusus — человек растерянный [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://medium.com/cemi-ras/homo-confusus-человек-растерянный-8a4a5baccced>
8. Muqaddas Jan, Sanobia Anwwer, Nawaz Ahmad Impact of Social Media on Self-Esteem. European Scientific Journal August 2017 edition Vol.13, No.23

Грись А.М.,

доктор психологічних наук, професор, завідувача
лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

antoninahrys@psychology-naes-ua.institute

ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0153-2303

«ОБРАЗ Я У КОНТЕКСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕВІАЦІЙ СЕРЕД НЕПОВНОЛІТНІХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»

Актуальність дослідження. В умовах воєнного стану дедалі більше стає осіб із девіантною поведінкою, що пов'язано як із посттравматичними стресовими розладами та іншими негативними психічними станами. Найбільше девіантної поведінки зазвичай спостерігається серед військових, які зазнають різного ступеня травматизації, що далеко виходить за межі їх звичного досвіду отриманого упродовж життя. Глибокої травматизації зазнали різні верстви населення, у тому числі неповнолітні, позаяк психіка дитини є набагато більш вразливішою до різного роду стресових впливів під час війни. Українські діти сьогодні є дуже розсіяною соціальною групою, яка розпорошена внаслідок війни по різних країнах Європи та світу внаслідок ворожої агресії. Також багато серед цієї вікової категорії внутрішньо переміщених дітей, які проживають переважно у західних та центральних регіонах України. Така ситуація породжує загострення вже існуючих до цього психологічних проблем, які лише накопичуються та стають наслідком девіантної поведінки серед неповнолітніх.

Як показує наш досвід практичної діяльності з неповнолітніми в умовах війни багато дітей із психічними розладами, які вживають алкоголь, щоб заглушати біль та нестерпні відчуття. Окрім того значна кількість дітей з невротичними переживаннями через вимушену розлуку із рідними та близькими людьми. Така ситуація значно утруднює психолого-педагогічну роботу з неповнолітніми, оскільки матері зазвичай вимушено виїхали із дітьми і тому це

унеможливиє роботу із цілою сімейною системою для вирішення питань профілактики девіантної поведінки.

Наведемо приклад роботи з клієнткою, яка виїхала за кордон у зв'язку з війною в Україні. На самому початку роботи клієнтка скаржиться на те, що вона увесь час зіштовхується із невдалими знайомствами із хлопцями у соціальних мережах через що страждає і розчаровується. На її думку їй постійно трапляються партнери із певними психічними розладами. Останній партнер наприклад у неї був із біполярним розладом у чому і зізнався їй сам. На запитання психолога чим би хотіла займатися у майбутньому, відповідає, що вона творча особистість, мріє стати відомою художницею. Має уже у своїй колекції багато готових намальованих картин, які можна давати на виставку. Кілька сесій поспіль клієнтка усе намагається повернутися до того скільки різних партнерів у неї було за тиждень, скільки нових зустрічей... І усі вони завершуються невдало, розривом назавжди... Багато деталей розповідає про те як вона проводить із ними час у нічному клубі вживаючи спиртні напої. Хоча на наступний день дуже шкодує про це... Однак у самому клубі усе починається заново... На її думку сама вона купляє собі зазвичай безалкогольні напої, а вже згодом за її словами хлопці поступово її пригощають спиртними напоями. На запитання психолога про те скільки часу клієнтка планує провадити такий спосіб життя, і які наслідки на неї. Яка розплата за таку поведінку у майбутньому? Клієнтка упевнено відповідає, що хотіла б із цим справитися проте не розуміє як? Після обговорення із клієнткою того, що лежить у зоні її контролю і відповідальності було укладено із неї угоду про те, як вона наступного тижня змінюватиме свою поведінку, чим займатиметься, тощо.

Наступна зустріч з клієнткою кардинально ознаменувала початок «нової теми» і суттєво змінила вектор подальшої роботи із нею. Після укладеного контракту клієнтка ніби повернулася до Себе, своїх психоемоційних переживань. І подальша робота уже стосувалася роботи із тривогою і депресією, з якою їй вкрай важко було справлятися без вживання спиртних напоїв. Після тривалої роботи з психологом клієнтка наважилася на обстеження у психіатра та отримала

медикаментозне лікування депресії.

Із цього фрагменту роботи стає зрозумілим, що профілактичні стратегії, навіть у процесі індивідуальної роботи з клієнтами мають іноді вирішальне значення у динаміці психотерапевтичної роботи. Однак тут слід бути пильним та не поспішати з висновками про позитивні інтервенції чи значні зрушення в особистісному змінюванні клієнта і надто радіти швидким психотерапевтичним ефектам. І завжди пам'ятати про відому досвідченим психотерапевтам оманливість у поведінці клієнта, що нібито усе гаразд і психологічна допомога уже не потрібна. Як відомо для осіб із девіантною поведінкою інколи характерним є «ходіння по колу», коли вони через деякий час знову й знову повертаються до звичної їм форми поведінки. Для таких клієнтів «звичне» для них, навіть якщо воно і вкрай деструктивне для їхньої психіки, все ж більш бажане, аніж нові стратегії поведінки. Бо вони потребують значної кількості вольових зусиль і сформованих навичок саморегуляції, які зазвичай недостатньо сформовані у клієнтів із девіантною поведінкою.

Наведемо ще один кейс із досвіду роботи з клієнткою в умовах війни.

Клієнтка Н. Неповнолітній 16 років. Після повномасштабного вторгнення проживає разом із мамою у соціальному житлі. Мама скаржиться на те, що дитина постійно маніпулює самогубством та погрожує матері усіяко. На тілі дитини видно сліди саморуйнівної поведінки.

З дитиною було застосовано авторську модель роботи, описану у попередніх наших публікаціях, яка має назву «Терапевтична Мішень». В основу цієї техніки покладено Я особистості як ту серцевину, яка і запускає механізм особистісного змінювання клієнта. Поетапно ми вивчаємо зв'язок даної психоструктури з емоційним станом клієнта, аналізуємо вплив на змістові параметри образу Я пережитих психологічних травм клієнта. В умовах війни цей зв'язок є особливо актуальним, як показує практика психотерапевтичної роботи, оскільки досвід переживання травм повторюється знову і знову. Саме тому важливо віднайти спільно з клієнтом «наступання» на ті ж самі «граблі» у процесі спільної роботи. Пошук нової терапевтичної ідеї стосовно того як обходитися із

накопиченим досвідом травм: чи то застрявати на них знову і знову чи то вилучати із нього позитивні уроки для посттравматичного зростання вибір кожного. Ось малюнок образу Себе у дитини.



Фахівцям з аналізу психомалюнків одразу видно домінуючі тенденції та патологічні порушення психіки внаслідок накопиченого досвіду переживання психотравмуючих ситуацій знову і знову. Дезінтеграція та розщеплення психіки дитини, а також трансгендерні мотиви яскраво виражені на даному малюнку.

Стосовно профілактичної роботи ми найбільшою мірою її застосовували у роботі з мамою, обговорюючи власні стратегії її реагування для стабілізації психоемоційного стану дитини.

Таким чином, задіявання образу Я у процесі профілактики девіацій серед неповнолітніх в умовах воєнного стану потребує глибинної та систематичної роботи не лише із дітьми, а й із їхнім соціальним оточенням із урахуванням складності життєвих обставин та соціокультурного контексту.

Домашенко Ю.,

студентка

Дягілева-Шкуратовська Н.,

студентка

Науковий керівник:

доктор психологічних наук,

професор Грись А.М.

СТРАХИ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ У ЗМІСТІ СНОВИДІНЬ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Війна в Україні серйозно похитнула спокій серед усіх верств населення в усьому світі. Від самого початку повномасштабного вторгнення постійні повітряні тривоги та прильоти в різних областях України, а також наповненість ЗМІ інформацією про військові злочини позначилися на душевному здоров'ї як дорослих, так і дітей. Усе частіше ми чуємо про скарги на стан свого здоров'я та психологічне благополуччя, постійну тривогу та очікування чогось негативного. Ситуація невизначеності, яка непокоїть багатьох сьогодні, а також тривалі економічні, соціальні та політичні баталії породжують різного роду конфлікти, які охоплюють усі їх типи і прояви та рівні: міжрегіональні, міжетнічні, міжособистісні та внутрішньо особистісні.

Поступово усі наративи, образи, якими ми наповнюємося повсякчас через вторгнення ворога на Нашу Землю, наповнюють наші щоденні переживання та поступово стають витісненим змістом нашого несвідомого. Як влучно висловився у свій час З. Фрейд, ці «залишки» кожного дня і стають матеріалом для наших сновидінь. Страх та побоювання витіснені через їх нестерпність та болісність для психіки відображаються в образах сновидіння.

У своїй основі страх є абсолютно нормальною емоцією, він також невід'ємний від життя, як радість, любов, печаль і гнів. Проте страх має набагато більше значення, аніж інші переживання людини: він захищає нас від того, щоб

ми не потрапляли в ситуації, за які ми повинні були б при певних обставинах розплачуватися своїм життям. Він учить нас, як потрібно вчиняти у випадках виникнення небезпеки, учить обирати правильну тактику та стратегію поведінки. Без цього найважливішого почуття людство не змогло б вижити.

Страх належить до категорії фундаментальних емоцій людини. І є емоцією, що виникає у ситуаціях загрози біологічному або соціальному існуванню індивіда і спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки.

При стані хронічного занепокоєння і боязні людина знаходиться в напруженому очікуванні, стає лякливою, рідко посміхається, завжди серйозна та заклопотана чимось. Надмірно втомлюється, їй властиві періодичні головні болі і спазми в різних ділянках тіла. Сон неспокійний, часто бувають говоріння уві сні, шумне дихання. Її постійно переслідують кошмарні сновидіння. Спілкування вибіркоче, контакти з незнайомими людьми обмежені.

Хронічний страх відбивається майже на всіх сферах життєдіяльності людини, помітно погіршується її самопочуття і ускладнюються стосунки з оточуючими людьми.

При тривалій дії страху спотворюється емоційно-вольова сфера і мислення, ставлення оточуючих сприймається все більш неадекватно. Психічні зміни під впливом страху призводять до розвитку соціально-психологічної ізоляції, яку потім важко подолати.

На думку Захарова А.І., виникають вони, як правило, під дією наступних чинників: наявність страхів у батьків; тривожність в стосунках з дитиною; надмірне оберігання її від небезпек і ізоляція від спілкування з однолітками, велика кількість заборон з боку одного з батьків тієї ж статі або повне надання свободи дитині одним з батьків іншої статі, а також численні погрози усіх дорослих в сім'ї, які не реалізуються; відсутність можливості для ролевої ідентифікації з батьками своєї статі, переважно у хлопчиків; психічні травми типу переляку; постійні нервово-психічні перевантаження матері внаслідок вимушеної або умисної підміни сімейних ролей.

Хлопчики і дівчатка бояться частіше, якщо вважають головною в сім'ї матір, а не батька. Дуже чутливі діти молодшого шкільного віку до конфліктних стосунків батьків. Якщо вони бачать, що батьки часто сваряться, лаються, то число цих страхів вище, ніж коли стосунки хороші.

Сприяють виникненню страху деякі типологічні властивості вищої нервової діяльності. Це емоційна чутливість і пов'язана з нею вразливість. Підвищена вразливість таких людей виражається в їх емоційній вразливості коли вони "все близько беруть до серця і легко засмучуються", будучи нездатними до агресивних відповідей. Схильні до страхів діти не схильні до зовнішнього, відкритого вираження своїх почуттів і переживань - вони "все тримають у собі".

Страхи дорослих передаються дітям в сім'ї. Це найбільш типовий психологічний шлях передачі страхів. Вірогідність появи страхів у дітей завжди вище за наявності їх у батьків, особливо якщо цьому сприяють загальні властивості вищої нервової діяльності, а так само, коли батьки мають у дітей авторитет і коли між ними існує тісний емоційний контакт. Більшість страхів передаються дітям неусвідомлено, але деякі страхи, точніше побоювання, можуть вселятися дітям в нав'язуваній системі ціннісних орієнтацій. Таким чином, наслідуються не самі страхи, а деякі загальні властивості реагування.

Невротичні страхи характеризуються більшою емоційною інтенсивністю і напруженістю; тривалою течією або постійністю; несприятливим впливом на формування характеру і особистості; уникненням об'єкту страху, а так само усього нового і невідомого; відносною трудністю усунення страхів.

Страх належить до категорії фундаментальних емоцій людини. Це своєрідний засіб пізнання навколишньої дійсності, що веде до критичнішого і більш вибіркового ставлення до неї і може виконувати певну соціалізуючу або повчальну роль в процесі формування особистості

В психологічній літературі страх класифікується як ситуативний і особистісний, гострий і хронічний, інстинктивний і соціально опосередкований, реальний і уявний, віковий і патологічний. За мірою прояву страх поділяється на жах, переляк, власне страх, тривогу, побоювання, занепокоєння і хвилювання.

Розрізняють звичайний, природний, або віковий, і патологічний рівні страху. В нормі страх короткочасний, зворотній, зникає з віком, не зачіпає глибоко ціннісні орієнтації людини, істотно не впливає на її характер, поведінку і взаєностосунки з оточуючим. Патологічний страх носить затяжний, нав'язливий, важко зворотній перебіг, не піддається контролю з боку свідомості і несприятливо впливає на міжособистісні стосунки і адаптивні можливості людини.

Розрізняють поняття страху і тривоги. При цьому тривога розуміється як недиференційований, невизначений феномен, пов'язаний з передбаченням загрози. Страх інтерпретується як чітке відображення конкретної загрози, безпосередньо пов'язаної з реальністю.

Тривога, на відміну від страху, не завжди сприймається, як негативне відчуття, оскільки вона можлива і у вигляді радісного хвилювання, що супроводжує очікування. Емоційно неблагополучна дитина залежно від психічної структури особистості, життєвого досвіду, взаємин з батьками і однолітками, може переживати як тривогу, так і страх.

Більшість дітей проходить у своєму психічному розвитку ряд вікових періодів підвищеної чутливості до страхів. Усі ці страхи носять перехідний характер, але вони здатні поживляти аналогічні страхи, що зберігаються в пам'яті тривожних батьків.

Підвищену схильність до страхів мають діти з природженою дитячою нервовістю, органічною патологією, тривожно-недовірливим характером, невротичними розладами. Іноді у дітей з вираженою розумовою відсталістю, шизофренією відзначається пониження схильності до страхів в порівнянні із здоровими. У дитячому віці психологічні і патологічні страхи не завжди можна чітко диференціювати.

Провідний страх в молодшому шкільному віці - це страх бути не тим, про кого добре говорять, кого поважають і розуміють, тобто страх неприйняття. Велика кількість страхів у дітей молодшого шкільного віку пов'язана з учбовою діяльністю. Досить високий рівень тривожності характерний для періоду вступу до школи, особливо перших місяців навчання. Проте, після адаптаційного

періоду, який продовжується зазвичай в першій і другій чверті положення змінюється, емоційне самопочуття стабілізується.

Шкільні страхи є нормальним супроводом учбової діяльності, але якщо страхи є постійними супроводжують дитину, у неї може скластися комплекс сильних страхів, які позначаються на її самооцінці, успішності навчання і подальшому дорослому житті.

Працюючи з дітьми, які підвладні страхам, слід враховувати їх особливе, специфічне ставлення до успіху, неуспіху, оцінки і результату. Такі діти дуже чутливі до результатів власної діяльності, бояться і уникають неуспіху, їм важко оцінити результати своєї діяльності, вони чекають цієї оцінки від дорослого.

КОРЕЛЯЦІЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ВПЛИВУ НА ПОВЕДІНКОВІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОСТІ

Вступ

Гормони органічні хімічні посланці.

Гормони схожі за функцією з нейромедіаторами, хімічними речовинами, однак гормони можуть працювати на більшій відстані і в набагато більшому часовому діапазоні, ніж нейромедіатори.

Проблеми актуалізації:

- Розвіяти міф про те, що замісна гормональна терапія (ЗГТ) – це небезпечно.
- Вибудувати чітке розуміння того, що таке гормони – їх роль в організмі людини.
- Виділити органи, що відповідають за вироблення гормонів, види гормонів та процеси, які виконуються завдяки гормонам.
- Визначити гормони, які відповідають за емоційно-психічний стан.
- Виявити роль нейромедіаторів у регуляції емоційно-психічного стану та їх види.
- Визначити гормони, які відповідають за емоційно-психічний стан.
- Виявити роль гормонального впливу на поведінкові аспекти залежності людини.

Що являють собою гормони?

- Гормони - сигнальні органічні сполуки, що виробляються певними клітинами та органами.
- Гормони відповідають за роботу всього організму.

- Гормони є сполучною частиною між системами органів, вони є частиною регуляційної системи.

- Впливають на гостроту мислення та фізичну рухливість, статуру та зріст, визначають ріст волосся, тональність голосу, статевий потяг та поведінку. Завдяки ендокринній системі людина може пристосовуватися до сильних температурних коливань, надлишку чи нестачі їжі, до фізичних та емоційних стресів.

- Гормони можуть вироблятися як у гіпофізі, підшлунковій залозі, нирках, у яєчниках, за рахунок чого дослідження та виявлення проблем з ендокринною системою протікає у рази складніше.

Гормони: визначення, види, функції, роль в організмі

В даний час описано та виділено понад півтори сотні гормонів з різних багатоклітинних організмів, всю кількість існуючих гормонів встановити не можна, оскільки відкриті далеко не всі з них.

Багато різних гормонів можуть впливати на кілька типів поведінки, наприклад, поведінкові статеві відмінності, що є результатом гормонів, навколишнього середовища або комбінації різних факторів.

Більшість людей також знають про зв'язок між агресією та анаболічними стероїдними гормонами.

Нейронна і гормональна комунікація відрізняються ступінню добровільного контролю, який може здійснюватися над їх функціонуванням (наприклад, практично неможливо змінити рівень гормонів щитовидної залози, тоді як переміщення кінцівок за командою можливо). Гормони координують фізіологію та поведінку людей шляхом регулювання, інтеграції та контролю тілесних функцій.

Приклади гормонів, які впливають на поведінку, включають стероїдні гормони, такі як тестостерон (загальний тип андрогену), естрадіол (загальний тип естрогену), прогестерон (загальний тип прогестину) та кортизол (загальний тип глюкокортикоїдів). Кілька типів білкових або пептидних (дрібних білкових)

гормонів також впливають на поведінку, включаючи окситоцин, вазопресин, пролактин та лептин.

- Тиреотропний гормон, що стимулює синтез тиреоїдних гормонів у щитовидній залозі.
- У жінок фолікулостимулюючий гормон (ФСГ) стимулює утворення фолікулів яєчника, і в комплексі з лютеїнізуючим гормоном стимулює біосинтез естрадіолу.
- Пролактин – гормон, що стимулює формування молочних залоз та лактацію.

Гормони не викликають поведінкових змін.

Гормони впливають на три системи:

- 1) системи введення (сенсорні системи),
- 2) інтегратори (центральна нервова система)
- 3) вихідні системи, або ефектори (наприклад, м'язи).

Тобто гормони змінюють ймовірність того, що певна поведінка буде виділятися у відповідній ситуації (Нельсон, 2011 *«Поведінка особи, залежно від ситуації, зумовлюється мотивацією цілі або процесу, зміщуючись з цілі на процес»*). Очікування подій може впливати на гормональну активність людини. Це критична відмінність, яка може вплинути на те, як ми думаємо про відносини гормон-поведінка.

• У наші дні значимість гормонів незаслужено зменшується. Також досі присутні стереотипи про єдине призначення гормонів, із чим вчені борються не перше десятиліття.

• У ході роботи вдалося виявити широту спектра дії гормонів та їх важливість в організмі людини.

Гормони дійсно впливають на інстинктивну діяльність людини до продовження свого роду, але це далеко не вся їхня функція. Вони є складовою всіх регуляторних, обмінних процесів організму. Мають транспортну функцію для інформації, сигналів і речовин по всьому організму.

Гормони та нейромедіатори впливають на емоційний стан людини, її здатність відчувати.

Гормональний збій впливає на фізичне та психічне здоров'я. Страждають від гормональних порушень і чоловіки.

Часто буває, що недолік якихось гормонів впливає на наше самопочуття, змінює функціонування роботи організму, що іноді призводить до різних порушень.

Нестача або надлишок гормонів призводить до проблем з ерекцією, знижує лібідо, може стати причиною невмотивованої дратівливості. Гормональні порушення можуть початися непомітно і протікати нерозбірливо.

Науково обґрунтовані дослідження у цій царині можуть бути присвячені також питанням удосконалення загальної методології, принципів та методичних підходів до довгострокової кореляції гормональних впливів на поведінкові аспекти залежності.



Поняття «залежна поведінка» останнім часом набуло поширення у наукових колах, та у повсякденному житті.

Залежна поведінка – це прихильність, яка має певну вираженість і неприпустима з погляду громадських норм, або загрожує здоров'ю, що може завдавати психологічні страждання особистості.

Феномен залежності розглядається у різних науках: медицина, психологія, соціологія, педагогіка та інші.

Аддиктологія – наука про хімічні та нехімічні залежності, що вивчає механізми їх формування, розвитку, діагностики, профілактики, лікування та реабілітації.

Сучасний підхід (Український інститут практичної адиктології) до визначення ознак залежної поведінки:

- нав'язливе прагнення певної поведінки;
- наростання напруги, якщо є перешкода для здійснення поведінки;
- тимчасове зняття напруги під час завершення поведінки;
- циклічність цієї поведінки;

Специфіка для кожного типу нехімічних адикцій певного патерну поведінки:

- виникнення наступного циклу визначається як внутрішніми, і зовнішніми причинами;
- наявність неприємних емоцій подібної поведінки.

Зарубіжний підхід (Європа) до визначення ознак залежної поведінки:

- ✓ знижена переносимість труднощів повсякденного життя поряд з переносимістю кризових ситуацій;
- ✓ прихований комплекс неповноцінності, що поєднується із зовні вираженою перевагою;
- ✓ зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- ✓ прагнення говорити неправду;
- ✓ прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні;
- ✓ прагнення не брати відповідальності;
- ✓ стереотипність, повторюваність поведінки.

Психологічні чинники формування залежності можна розділити на три групи:

а) особистісні особливості, сприяють початку споживання психоактивних речовин та розвитку хвороб патологічної залежності: різні психопатії та акцентуації особистості (особи з певними вираженими чи нівельованими рисами характеру, які сягають рівня патологічних відхилень).

б) фактори, що впливають на ймовірність розвитку зловживання чи захворювання у процесі розвитку та формування особистості.

в) особливі психологічні стани (реакції на стрес, фрустрації), у яких людина вдається до прийому психоактивних речовин із полегшення своїх переживань.

Наслідки залежної поведінки мають, зазвичай, негативні наслідки як самої особистості, так її оточення.

У науковій літературі акцент ставиться насамперед на медичних та соціальних наслідках залежності для аддикта, але не менш важливо вивчити психологічні наслідки адиктивної поведінки, порушення у системі соціальних відносин – на роботі, у сім'ї.

Наслідки адиктивного поведінки будуть різними залежно від форми залежності.

Можна сказати, що хімічні залежності інтенсивніше руйнують внутрішні органи та головний мозок людини, для них характерний більш виражений синдром психічної та фізичної залежності.

1. Доктор Хелен Фішер, біоантрополог та дослідник у галузі біохімії мозку в Університеті Рутгерса (Rutgers University, USA) спільно з колегами розробили чотири типи біологічного темпераменту, кожен з яких пов'язаний з різними рисами, зумовленими домінуванням тих чи інших гормонів.

2. Італійські вчені Вінченцо Рокіра та Чезаре Карані вирішили з'ясувати, як ці «естрогенові» зміни впливають на характер чоловіка.

Якщо говориться, що «гормон модулює поведінку» - це означає, що гормон посилює або послаблює прояв цієї поведінки, але не може викликати її в будь-яких умовах. Згадаймо афористичну цитату з байки: «...слона-то я і не примітив». Так от цим слоном можна назвати вплив гормонів на настрій, вони, безумовно, мають сильний ефект, так що не помітити неможливо.

3. Сара Хілл «Ви і ваші гормони. Наука про жіноче здоров'я та гормональну контрацепцію». Гормони просто не можуть не позначатися на стані душі. У тому полягає їх завдання – впливати на все, що відбувається в організмі. Так що вони неодмінно будуть впливати на мозок і створюване ним світовідчуття.

Жидко М.Є.

кандидат психологічних наук,
доцент, декан гуманітарно-правового
факультету Національного аерокосмічного
університету ім. М.Є. Жуковського «ХАІ»
m.zhydko@khai.edu
ORCID ID: 0000-0003-1181-4774

ДОЛЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ В ЧАСИ «ІДЕАЛЬНОГО ШТОРМУ»

Вступ. Незважаючи на давні традиції використання різноманітних практик для досягнення штучно змінених станів свідомості (які супроводжують людство майже з моменту його виникнення) залежності саме як психологічний феномен було розглянуто історично достатньо недавно - приблизно два сторіччя тому (за умовну точку відліку ми беремо 1821 - рік видання "Сповіді англійця, якій вживає опіум" Томаса де Квінсі, в якій на думку нарколога К.Е. Фішера [1] вперше було надано опис рекреаційного, тобто не пов'язаного з медичними призначеннями, а виключно із задоволенням психологічних потреб вживання психоактивних речовин). За цей час суспільне ставлення до залежностей пройшло декілька циклічних етапів (за нашою думкою - романтизація та стигматизація "легальними" конкурентами, боротьба за ринки та контроль над ними, перетворення у кримінальний або "цивілізований" бізнес), що явно або у імпліцитній формі було відбито у різних теоріях (філософських, медичних, психологічних, соціоекономічних тощо). Сьогодні та нова, дуже різноманітна і динамічна феноменологія залежностей, яку ми можемо спостерігати останні десятиріччя у медичній, соціальній, психологічній, педагогічній практиках на наш погляд є одним з проявів комплексного глобального процесу свідками і, водночас, безпосередніми учасниками якого ми всі в тій чи іншій мірі є - другого великого переселення людства, тільки в цей раз не територіального, а з фізичній реальності до віртуального (або цифрового) світу. В цьому сенсі нам дуже подобається ідея

філософа і теолога Кента Даннінгтона: «Люди з важкою залежністю — це сучасні пророки, яких ми, на превеликий жаль, зневажаємо, оскільки вони показують нам, ким ми є насправді» [цит. по 2]. Цей процес переселення має власні виміри та динаміку, тому далі ми будемо розглядати долю залежностей у "новому, дивному світі" саме в їх контексті.

Мета роботи – описати виміри та можливі тенденції трансформації залежностей на етапі «ідеального шторму».

Основний матеріал. Ця історія починається у шестидесяті роки ХХ ст., коли на просторі, який тією чи іншою мірою ідентифікував себе з євроатлантичною цивілізацією, водночас виникає низка революції (як мінімум - вікова, сексуальна, колоніальна, економічна, культурна, психоделічна, а, головне, технологічна), які призводять до інтенсивного стресу від зіткнення з майбутнім – *футурошоку*¹. Футуролог Елвін Тоффлер, який ввів це поняття до наукового лексикону, пише: «Шок майбутнього – це реакція на надзбудження. Вона виникає, коли індивід змушений керувати своєю границею адаптації. Шок майбутнього вражає психіку. Коли тіло руйнується під напруженим впливом навколишнього середовища, перевантажений «розум» не здатний приймати адекватні рішення. При безладних стрибках механізмів змін ми можемо підірвати здоров'я, внаслідок чого зменшиться ступінь адаптації й втрадиться здатність раціонально реагувати ці зміни» [3]. Цей стрес змінює не тільки індивідуальну психіку, але «соціальну картину»: «Ми бачимо навколо себе різні ознаки порушень роботи психіки, викликаних частковим затемненням свідомості: збільшення вживання наркотиків, зростання містицизму, періодичні спалахи вандалізму та неспровокованого насильства, політику нігілізму і ностальгії за тиранічними режимами, хворобливу байдужість мільйонів людей — все це можна зрозуміти краще, якщо виявити зв'язок цих явищ із шоком майбутнього. Ці форми

¹ Щоб краще уявити інформаційне навантаження, яке відчуває сучасна людина і до якого просто не встигає адаптуватися, згадаємо з історії: шлях від першого примату до Людини Розумної зайняв кілька десятків мільйонів років, від першої Людини розумної до людини, яка стала усвідомлено говорити - 150 тисяч років, до людини, яка пише і читає - 30 тисяч років, а до людини, що програмує, - трохи понад дві тисячі років. Шлях від програмуючої людини до штучного інтелекту становить лише кілька десятиліть.

соціального абсурду прекрасно відображають погіршення здатності індивіда до прийняття рішень, викликане напруженим впливом навколишнього середовища» [3]. Старі залежності, які швидко адаптуються та завдяки новому середовищу виробляють резистентність до традиційних методів терапії та реабілітації та зовсім нові (особливо несубстантні) стають одним з характерних симптомів реальності футурошоку, створюючи соціальне-психологічне підґрунтя для появи через певний час *дофамінового покоління*.

Одна з соціально-психологічних реакцій на футурошок технологічно оформлюється в те, чому французький філософ Жан Бодріяр [4] дав назву *гіперреальність* - штучну реальність, яка характеризується заміною реального знаками реальності, а також нездатністю свідомості відрізнити реальність від фантазії. Згідно його думки складовими частинками гіперреальності є *симулякри* і вони водночас є її продуктами. Гіперреальність впливає на справжню, фізичну реальність руйнівним чином і прагне стати її заміною. Ще одна з характерних ознак сучасних залежностей це їх гіперреалістичність, побудованість з симулякрів. В багато чому інформація щодо залежностей, яка циркулює в інформаційному просторі і визначає суспільну оцінку та думку щодо роботи з ними, є *постправдою* (або *постістиною*) - інформаційними потоками, які навмисно конструюються в сучасному суспільстві з допомогою традиційних та цифрових технологій для створення гіперреальності з метою маніпулювання суспільною свідомістю. Сукупність гіперреальностей складає те, що Георгій Почепцов [5] називає *цивілізацією контенту* з особливими, новим типом натовпу - *комунікативною масою*, яка керується ззовні потужними численними інформаційними імпульсами. Для задоволення залежності цієї маси від контенту (яку дехто дотепер некоректно, на наш погляд, називає Інтернет-залежністю) навіть виникає спеціальна легальна *індустрія видовищ* з багатомільйонними бюджетами². Саме вона, на думку ізраїльського історика та футуролога Юваля

² Е. Тоффлер прогнозував "... ми також станемо свідками розвитку особливої індустрії, продукцією якої будуть не товари та навіть не звичайне обслуговування, а запрограмовані відчуття. Ця індустрія відчуттів може виявитися одним із стовпів суперіндустріалізму, а насправді - основою економіки епохи, що йде слідом за ерою обслуговування" [3].

Ноя Харарі, зараз активно формує і «до 2050 року сформує новий клас людей - даремний клас. До нього увійдуть не просто безробітні люди, а люди в принципі не здатні влаштуватися на доступну роботу» [6]. Оскільки розвиток цифрових технологій в найближчому майбутньому призведе до накопичення капіталу і дозволить виплачувати громадянам безумовний основний дохід проблемою майбутнього стане не відсутність грошей, а відсутність зайнятості і почуття задоволеності. Ю.Н. Харарі переконаний, що у випадку, коли у людей немає діла і немає конкретних цілей, вони почнуть втрачати психічне здоров'я. Найбільш ефективною мірою профілактики психічних захворювань можуть стати комп'ютерні ігри, які нададуть можливість зайвим з точки зору економіки люди проводити все більше часу в тривимірних віртуальних світах, в яких вони знайдуть більше емоцій, ніж в реальному світі. Тобто ще один вимір залежностей майбутнього – їх *гейміфікація* (що вже можна бачити у різних культових продуктах масової культури, наприклад, серіалах «Чорне дзеркало» або «Світ Дикого Заходу»).

З боку демографії залежності також мають декілька вимірів. У 1986 р. Р. Лестег та Д. ван де Каа [7], аналізуючи падіння народжуваності в європейських країнах нижче за рівень заміщення поколінь запровадили поняття *другого демографічного переходу*. Його основні характеристики пов'язані зі збільшенням середньої тривалості життя, поширенням плюралістичних форм родини та господарства, перенесенням у центр сімейного життя інтересів батьків тощо. Одним з наслідків цього стає *злякисний демографічний пріоритет молоді*. Залежності не тільки охоплюють майже всі генерації, але й інфантілізуються. Якщо раніше діти в процесі соціалізації намагалися ідентифікуватися з дорослими, бути схожими на батьків (або батьківські фігури), сьогодні можна спостерігати протилежний процес: дорослі багато в чому наслідують дітей, у тому числі коригуючи зміст поняття "зрілість" (однією з головних характеристик якої є автономність).

Виникає нова генерація і, можливо, новий антропологічний тип людини. У 2001 р. письменник і популяризатор науки Марк Пренскі [8] запропонував термін

цифрові аборигени, розуміючи під ними корінних мешканців цифрового суспільства³. Всі інші покоління, що з'явилися на світ і виростили до кінця ХХ ст., М. Пренскі запропонував назвати *цифровими іммігрантами*. Дослідники, що займаються вивченням змін людської психіки під впливом цифрових технологій кажуть про вже існуючі суттєві відмінності між генераціями цифрових аборигенів та цифрових мігрантів і констатують *нову психологічну якість конфлікту поколінь*⁴. Для великої кількості цифронароджених цифровий простір це перш за все *гіпермаркет* (за визначенням М. Вельбека) *задоволень*, з власними *тиранією можливостей* (за визначенням німецьких соціологів Ульріха та Елізабет Бек) та *тиранією вибору* (за визначенням словенської філософіні Ренати Салекль). Відповідно залежності є важливою та вагомою частиною цього гіпермаркету та тираній⁵. Навіть виникає умовна універсальна одиниця залежностей – дофамін; чим більше дофаміну містить шлях винагороди в мозку, тим сильніше відповідний досвід спричиняє залежність. Як наслідок, або побічний ефект користування цим гіпермаркетом і цифровими аборигенами і цифровими мігрантами виникає феномен *цифрового слабкоумства* – зниження (а в деяких випадках – переструктурування) не тільки когнітивних функцій, але й

³ У травні 2007 р. два американські підприємці Джош Спір і Аарон Дігнан на презентації в Google's Zeitgeist використали поняття цифронароджені (born digital).

⁴ Так Г. Смолла та Г. Ворган [9] пишуть: «Нейронні мережі в мозку влаштовані по-різному у «цифрових від народження» та «цифрових іммігрантів» – людей, які застали комп'ютерну революцію вже дорослими, проте їхній мозок сформувався тоді, коли нормою вважалося спілкування віч-на-віч. Усі технології їхнього дитинства, які дозволяли спілкуватися та розважатися, – це радіо, телефон та телевізор. Через те, що на мозок «цифрових від народження» так рано обрушується вся міць цифрових технологій, на наших очах виростає «мозковий розрив», прірва між мисленням батьків та дітей. Ще недавно це називали конфліктом поколінь: цінності та звички дітей (взяти хоча б музичні уподобання) завжди не збігалися з цінностями батьків. Тепер розрив набув нових масштабів – і можна говорити про виникнення двох різних культур. У молодшого покоління мозок зазнає «цифрової перепрошивки» з пелюшок. Зазвичай за це доводиться розплачуватися тими нейронними механізмами, які відповідають за спілкування віч-на-віч. А старше покоління виявляється віч-на-віч зі світом, де мозок змушений пристосовуватися до високих технологій, щоб його власник не залишився далеко позаду – у політичному, соціальному та економічному сенсах. Молоді створили власні, цифрові, соціальні мережі та винайшли полегшену мову для SMS-листування. Дослідження говорять, що молоді дорослі читають заради розваги менше книг, ніж будь-яке з колишніх поколінь».

⁵ Як пише Анна Лембке «зараз ніхто з нас не захищений від проблем залежності. Якщо ви ще не знайшли власний наркотик, то невдовзі він неодмінно з'явиться на одному з вебсайтів у вашому полі зору» [2].

послаблення і порушення емоційно-вольової регуляції. Деякі дослідники навіть обережно констатують виникнення нового антропологічного типу людини - Homo digital (К. Скіннер), Homo confusus (Т. Чернигівська), Людина розслаблена (Г. Почепцов) або Homo Deus (Ю.Н. Харарі).

Однак «родзинкою» всіх цих вимірів стає те, що залежність активно використовується в алгоритмах штучного інтелекту. В 1999 р. один із сучасних пророків цифрового світу Р. Курцвейл сформулював закон зворотної віддачі - розвиток технологій відбувається експоненційно - згідно з яким швидше за все в період 2030-2045 рр. відбудеться момент *технологічної сингулярності*, який прогнозувалося багатьма фахівцями: історична точка розвитку цивілізації, після якої технічний прогрес стане настільки швидким і складним, що виявиться недоступним людському розумінню [10]. Один із передсингулярних феноменів, які ми добре можемо бачити вже зараз – створення стабільного та комфортного простору існування особистості за рахунок аналізу індивідуального цифрового несвідомого. На відміну від академічної психології, де дотепер йдуть жваві дискусії щодо визначення, структури, принципів та механізмів функціонування людського несвідомого та методології його дослідження воно досить чітко операціоналізоване в алгоритмах аналізу Big Data і широко використовується у комерційних цілях. Інформаційні бульбашки (перш за все у соціальних мережах), що виникають навколо кожного з нас з погляду культурно-історичної теорії є тим символічним середовищем, яке створює штучний інтелект для формування та виховання особистості у будь-якому віці. Не побоюся стверджувати, що вже зараз штучний інтелект знає про щастя цифрових аборигенів, більш ніж їх психотерапевт, а головне швидше, точніше і дешевше оперує цією інформацією. З якою метою? Поки що для виконання завдань, які ставить «шкіряний замовник». Штучний інтелект здатен давати нам психологічний комфорт та задоволення якій в рази може перевищувати виділення дофаміну у порівнянні з усіма відомими нам зараз залежностями. Непрямим підтвердженням цього може служити, наприклад, майже катастрофічне зменшення кількості «реального» сексу у чоловіків у світі, яке Ф. Зімбардо у своєму лонгітюдному дослідженні [11] пояснює виникненням

та поширенням он-лайн ігор та порно. Тому можна досить впевнено прогнозувати, що саме «цифрові залежності», на відміну від попередніх часів, будуть мати найбільшу злякисність⁶.

Зараз всі думки українців та розумних і небайдужих людей у світі зосереджені на війні, що відбувається в Україні. Але важливо чітко стратегічно розуміти, що ця війна, окрім того, що має багато власних вимірів, в свою чергу є лише частиною того, що у своєму інтерв'ю виданню *Spectator* від 14 березня 2020 р. словенський психоаналітик лаканівської школи Славою Жижек назвав “ідеальним штормом”⁷. Головна проблема із залежностями, як із багатьма іншими традиційними для психотерапії проблемами, полягає у тому, що їх розуміння, дослідження, моделі та методи корекції та реабілітації належать якісно іншому часу і світу, яких вже нема і не буде. Користуючись термінологією військових, їх можна назвати SPOD-світом. Це абревіатура з англійських слів - steady (стійкий), predictable (передбачуваний), ordinary (простий), definite (певний) - яку використовували для опису психологічного стану населення країн до закінчення холодної війни. Епоха змін, жити в яку випало нам на долю, це епоха VUCA-світу: volatility – нестабільність, мінливість; uncertainty - невизначеність; complexity – складність; ambiguity - неясність, неоднозначність, двозначність. Наскільки арсенал наших методів та методик залишається адекватний викликам цього світу? Залишиться найближчим часом? Без будь якої апокаліптичної провокації треба прямо ставити питання - наскільки ми, вчені та практики, готові

⁶ Бельгійський клінічний психолог, професор Маттіас Десмет [12] визначив кілька умов, за яких ймовірність перетворення у комунікативну стає особливо високою. По-перше це атомізація суспільства, тобто соціальна ізоляція, брак глибоких зв'язків і контактів, почуття самотності, що набуває характеру епідемії. По-друге - відчуття безглуздості власного існування, яке особливо посилюється в період криз, коли в людині загострюється вивчена безпорадність, відчуття, що від неї нічого не залежить. По-третє - поширення ірраціональної тривоги, яку М. Десмет вважає наслідком надмірного прагнення сучасного суспільства до контролю та безпеки, його небажанням прийняти невизначеність (to accept the uncertainty) як невід'ємну частину людського буття. Четверта умова – наростаюча глибинна агресія як (хибний) спосіб виходу із ситуації самотності, втраченості та вічного занепокоєння.

⁷ “Знаєте визначення терміну ідеальний шторм”? Наприклад, коли торнадо та буря виникають у різних місцях, але стають одним цілим, тим самим помножуючи свій ефект. Думаю, Європа зараз на порозі саме такого ідеального шторму, а одна з таких катастроф – коронавірус. Додайте ще можливу нову хвилю біженців, і ви точно отримаєте ідеальну бурю”.

до того, що після або ще в ситуації “ідеального шторму” штучний інтелект перевершить людський у мільярди разів, а ми, за словами Р. Курцвейла, «зіллємося зі штучним неокортексом» у хмарі»? Для цього потрібно мислити трошки вперед і працювати з тими трансформаціями залежностей, які будуть завтра, тобто з VUCA-залежностями.

Висновки. Психологічно залежності радикально змінюються відповідно глобальним цивілізаційним тенденціям: футурошок, другий демографічний перехід, наближення до технологічної сингулярності, виникнення нового антропологічного типу тощо. Це визначає їх сучасні виміри: гіперреалістичність, постістиність, вбудованість в індустрію видовищ, інфантилізацію, гейміфікацію, зв'язок з цифровим слабоумством, діджиталізація за рахунок алгоритмів штучного інтелекту тощо. Спроби розглядати ці виміри як прояви індивідуальної або соціальної психопатології відображають нерозуміння природи трансформацій залежності та часткову неадекватність теоретичних моделей, психодіагностичного інструментарію та психологічного втручання, які є на сьогодні. Головне завдання для широкого кола фахівців, які працюють із залежностями – адаптувати свою теорію та практику під виклики VUCA-світу та встигнути підготуватися до того, що знаходиться в «зоні найближчого розвитку» людства.

Література

1. Fisher C. The Urge: Our History of Addiction Hardcover / Carl Erik Fisher. – New Yourk: Penguin Press, 2022. – 400 с.
2. Lembke A. Dopamine Nation: Finding Balance in the Age of Indulgence / Anna Lembke., 2021. – 304 с.
3. Toffler A. Futureshok / Alvin Toffler., 1970. – 557 с. – (Random House).
4. Бодріяр Ж. Симулякри і симуляція. - Київ: «Основи», 2004. — 230 с.
5. Почепцов Г. Цивілізація контенту / Георгій Почепцов. – Харків: Фолио, 2021. – 348 с.
6. Харарі Ю. Sapiens: Людина розумна. Коротка історія людства / Ювал Ной Харарі., 2021. – 544 с.

7. Lesthaeghe R., Van de Kaa D. J. Two Demographic transitions, *Population Growth and Decline*. Deventer : Van Loghum Slaterus, 9–24, 1986.
8. Prensky, M. «Digital Natives, Digital Immigrants». *On the Horizon* (NCB University Press, Vol. 9 No. 5, October 2001)
9. Small G. *iBrain: Surviving the Technological Alteration of the Modern Mind* / G. Small, G. Vorgan., 2008. – 258 c.
10. Kurzweil R. *How to Create a Mind: The Secret of Human Thought Revealed* / Ray Kurzweil. – New York: Penguin Books, 2013. – 352 c.
11. Zimbardo P. *Man Disconnected: How technology has sabotaged what it means to be male* / P. Zimbardo, N. Coulombe., 2015. – 352 c.
12. Desmet M. *The Psychology of Totalitarianism* / Mattias Desmet., 2022. – 263 c.

Корбут М.

Магістрантка МАУП

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор

Грись А.М.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОСТІ СПІЛКУВАННЯ МЕНЕДЖЕРА

Сучасне суспільство висуває до професійної діяльності менеджерів в сфері торгівлі дуже високі вимоги. Важливим аспектом професійної діяльності менеджера є його толерантність, що забезпечує успішність встановлення контактів з клієнтами, колегами, керівництвом та підлеглими.

Високий рівень толерантності виступає одним з основних факторів ефективної професійної діяльності менеджерів у сфері торгівлі.

Толерантність менеджера дає змогу успішно провести переговори з діловими партнерами та комунікувати з кожним членом колективу та керівництвом. Толерантність – це здатність сприймати думки, поведінку іншої людини, які відрізняються від власних. Із толерантністю пов'язані комунікативна

компетентність особистості, яка є важливою характеристикою ділового спілкування. Комунікативна компетентність особистості являє собою здатність встановлювати і підтримувати контакти з іншими людьми, це певна сукупність знань та навичок, що забезпечують ефективне ділове спілкування. Комунікативну компетентність менеджера розглядають у працях багатьох науковців таких як К.І. Гармаш О.Г. Богуславська, Д.С. Вербівський, О.Є. Чернова, М.М. Заброцький, С.Ю. Мерчайтан, та інші.

У сучасному світі, коли розширюються економічні, освітні, культурні кордони, встановлюється тісне співробітництво України з іншими країнами світу та народами, перед психологічною наукою постає завдання виховання

висококультурної особистості, розвитку толерантних рис, необхідних для діалогу із представниками інших культур, розуміння їх відмінностей та поваги до їх особливостей. Це викликає певні питання, з одного боку, між станом розвитку сучасної особистості, коли відбувається трансформація моральних цінностей, зростає дефіцит вихованості, у суспільстві панує вседозволеність, нетерпиме ставлення до людей, які мають інші цінності, культуру, колір шкіри, розмовляють іншою мовою, мають інші політичні погляди або релігію, та, зі іншого боку, – необхідністю виховання толерантної особистості. Саме в цих умовах одним із основних завдань психології є розвиток толерантності як здатності сприймати думки, поведінку іншої людини, які відрізняються від власних. Соціологія трактує толерантність як милосердя, делікатність, прихильність до «Іншого» тощо. З педагогічної точки зору толерантність – це терпимість до чужого способу життя, до чужої поведінки, до чужих звичаїв, почуттів, думок, ідей та вірувань; терпимість до несприятливих емоційних факторів; відсутність та ослаблення реагування на несприятливий фактор у результаті зниження чутливості до його впливу.

Толерантність є різновидом взаєностосунків між різними сторонами, індивідами, соціальними групами, державами, політичними партіями, за якими сторони виявляють сприйняття її терпіння щодо різниці в поглядах, уявленнях, позиціях та діях. Якщо дивитися на толерантність з точки зору релігійності, то це визнання права на свободу самовизначення віруючих, ввічливе ставлення громадян до права вибору релігії, прийнятих положень та демократичних норм держави.

Медико-біологічний аспект висвітлює толерантність як адаптацію організму до несприятливих впливів середовища, як здатність організму переносити біль та негативний вплив зовнішнього середовища або певної лікарської речовини чи отрути без розвитку відповідного терапевтичного або токсичного ефекту.

У галузі фінансів толерантність означає незначне відхилення від стандартного розміру і ваги монети, яке не впливає на її платіжну вартість. У

техніці толерантність аналогічна поняттю «допуск», тобто різниці між найбільшим і найменшим граничними значеннями (розмірів, маси).

У психології толерантність трактується як відсутність або послаблена реакція на певний негативний фактор у результаті зниження чутливості до його дії. Толерантність виявляється у підвищенні порогу емоційного реагування на загрозливу ситуацію, а зовні – у витримці, саморегуляції, здатності довго витримувати негативну дію без зниження адаптивних можливостей.

У працях дослідниці О. В. Волошиної розглядається толерантність як моральна якість особистості, що характеризує терпиме ставлення, повагу, сприйняття та розуміння інших людей, незалежно від їхньої етнічної, національної або культурної приналежності; інших поглядів і, характерів, звичок; різних культурних груп чи їхніх представників, різноманітних форм самовираження та самовиявлення людської особистості.

Толерантність – це передусім компроміс, який включає готовність до певних вчинків, що стає основою мирного співіснування. Толерантність слід розглядати як здатність бачити в іншій людині саме іншу людину, яка є носієм інших цінностей, логіки мислення, інших норм поведінки, усвідомлення її права бути іншою; безумовно позитивне ставлення до несхожості, емпатичне бачення іншої людини.

Толерантність як людська чеснота (мистецтво жити у світі різних людей та ідей, здатність мати права і свободи, при цьому не порушуючи прав і свобод інших людей); як активна життєва позиція на основі визнання «Іншого»; як ставлення до людей (прийняття іншої людини такою, якою вона є, визнання багатомірності і самобутності будь-якої культури, прийняття норм та правил, відмова від зведення різноманіття до одноманітності або переважання якоїсь однієї точки зору і позиції, розуміння і прийняття традицій, цінності і культури

представників іншої раси, національності і віри); як якість особистості дитини, що визначає характерну поведінку безпосередньо для неї, діяльність і мислення.

На думку В. В. Кузьменка, толерантність – складне і багатогранне утворення, важлива моральна якість особистості, завдяки якій спілкування між людьми стає виваженим, що, у свою чергу, сприяє знаходженню істини навіть у конфліктній ситуації; це якість, яка проявляється насамперед у повазі до почуттів, звичаїв, вірувань, політичних уподобань та інтересів інших людей; толерантність є взаємоповагою за допомогою взаєморозуміння та є основою нормальних цивілізованих стосунків.

Толерантність розуміють як інтегративну характеристику особистості, яка включає в себе знання, необхідні для здійснення толерантної взаємодії, усвідомлення власного «Я», своєї неповторності та самобутності, і як результат терпимого, з розумінням ставлення до «Іншого» як рівного, до його фізіологічних, освітніх, національних, культурних, релігійних, політичних відмінностей тощо; її як здатність до компромісу, подолання будь-яких протиріч, діалогу за умови відсутності стереотипів, забобонів та упереджень.

В наш час розвитку інформаційної економіки дедалі очевидніше входить у життя сучасний тип менеджера, який, на відміну від своїх попередників, може зробити кваліфікований висновок лише на підставі колегіального, всебічного обговорення і вивчення ситуації, виваженості оцінок, глибокого аналізу суті справи. Більше того, він може моделювати складну ситуацію і за допомогою сучасних комп'ютерних технологій своєрідно її програвати, домагаючись оптимального вирішення того чи іншого завдання.

Від сучасного менеджера очікується особистісна толерантність із високими етичними якостями, здатностями приймати нове і вміти з ним працювати. До того ж він має володіти даром передбачення, повинен дивитися на кілька кроків уперед, повинен вести за собою команду за допомогою високих організаційних здібностей, бути компетентним в питаннях своєї компанії, мати розвинений інтелект та високий рівень культури спілкування й етики ділової поведінки.

Таким чином толерантність та комунікативна компетентність підвищує професійну ефективність людей різних професій, а саме менеджерів в сфері торгівлі, які, взаємодіють з іншими людьми. Процес розвитку толерантності

менеджерів посідає одне зі найперших місць у професійній підготовці. Необхідність підвищення якості професійної підготовки менеджерів, а саме забезпечення їхньої толерантності і комунікативної вимагає перегляду традиційних методів навчання як засобу досягнення даних цілей. Активне навчання засноване на власному досвіді учасників занять, їхній прямій взаємодії зі сферою засвоюваного досвіду. За таких умов не відбувається пасивна передача знань, а навпаки спонукає до самостійного розвитку та пошуку важливої інформації.

Література

1. Авраменко С. М. Толерантність як комунікативна категорія / С. М. Авраменко // Вісник СевНТУ: зб. наук. пр. Серія: Педагогіка – 2011. – Вип. 124. – Севастополь, 2011. – С. 38-41.
2. Арасишина О.М. Поняття толерантності в політичній і правовій культурі [Електронний ресурс] / О.М. Тарасишина // Актуальні проблеми держави і права . – 2006. – Вип. 29. – С. 58-62.
3. Барбелко Н.С. Зв'язок міжкультурної толерантності з іншими культурними явищами / Н.С. Барбелко // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки. – ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», № 10 (269), травень, Ч. III, 2013. – С. 245-253.
4. Бацевич, Ф. С. Основи комунікативної лінгвістики / Ф. С. Бацевич. – К. : Академвидав, 2004. – 344 с.
5. Бех І. Д. Виховання особистості / І. Д. Бех. – Підручник. – К.: Либідь, 2008. – 848 с.

Ломова С.

магістр психології, член ФЕТЕ,
дійсний член української асоціації товариства екзистенційних
консультантів та психотерапевтів, член української спільноти
психотерапевтів, дійсний член національної психологічної асоціації України,
м.Київ, Україна
pchycology@ukr.net

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ КОРЕКЦІЇ РІВНІВ САМООЦІНКИ І ЗАГАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ПРИ ПРОХОДЖЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ СПІВЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

Вступ./Introduction.

Проблема співзалежності на даний момент досліджується дуже активно, багато літератури видано з цієї проблематики.

Ця проблема не нова. Багато років соціальні, психотерапевтичні та психологічні служби перебувають у пошуку найбільш ефективних методів лікування та профілактики залежностей та співзалежності. І на даний момент нічого результативнішого в плані довгострокового стримування залежності, ефекту так званого «сухого алкоголізму», а також співзалежності, ніж всесвітньо відома 12-крокова програми роботи з залежностями та співзалежністю, людство не винайшло. За цією реабілітаційною програмою зараз працюють практично всі реабілітаційні центри як соціальних та приватних служб, так і багатьох релігійних організацій. Ця програма поширилася зараз і на інші різноманітні види залежностей, такі як емоційна залежність, ігроманія, сексуальна залежність, работоголізм та інших.

Мета цієї роботи./Aim.: дослідити ефективність в подоланні співзалежності при застосуванні програми «12 Кроків»

Основний виклад матеріалу./Materials and methods.

Я 24 роки прожила з близькою людиною, яка страждає на алкоголізм. На даний момент проблема алкоголізму перекочувала в сім'ю ще однієї близької мені людини. Тому говоритиму з перших рук, як людина, яка перебуває в цій проблематиці більше чверті століття і стільки ж часу шукає вирішення цієї проблеми. Я член Ал-Анона вже понад 20 років. Тому маю можливість спостерігати у себе і у тих членів Ал-Анон, які відвідували або відвідують групи Ал-Анон, зміни якості життя при застосуванні програми «12 Кроків».

Симптоми цієї хвороби в період її розквіту я можу визначити так:

- всі вчинки були реакціями у відповідь на дії алкоголіка;
- більшість життєстверджуючих здібностей була паралізована або виснажена боротьбою з алкоголізмом близької людини;
- все життя та почуття були прикуті до алкоголю та наслідків його споживання;
- ізолювання від різноманітності реального життя та занурення в коло своїх тривог, образ, розпачу у боротьбі за тверезість близької людини шляхом умовлянь, погроз, порад, примусового лікування, молитов;
- типовими емоціями були невдоволення, жалість до себе, гнів на залежного, знецінення себе; зникнення радості, сміху, насолоди життям;
- всі надії на покращення якості свого життя пов'язувались з одужанням близького від алкоголізму, тому увага була звернена або в минуле, або в майбутнє, втрачаючи поточне сьогодення;
- наростання страждання та тривоги, які притупляють всі інші почуття..

Ось приблизно в такому стані я прийшла до Ал-Анона багато років тому з гримасою горя на обличчі і потрапила до кола людей, де діяли такі правила:

- бажаючий висловитись, піднімає руку, представляється і за традицією додає до свого імені слова про проблему, яка сюди привела;
- виступаючий говорить від імені, вживаючи займенник «Я» і уникаючи вживати речення зі словами «ми», «вони», «якби»;

- виступаючий говорить про те, що турбує особисто його, а не про проблему інших людей, воліючи ділитися своїм особистим досвідом, а не своїми знаннями та думками:

- намагаємося не говорити про наших близьких і зосереджуємося на своєму одужанні та своїх почуттях;

- ми не ставимо запитань під час зборів, не обговорюємо попередній вислів;

- ми не оцінюємо, ми не сперечаємося, ми не судимо;

- ми підтримуємо, а чи не критикуємо одне одного;

- ми не даємо порад;

- ми приймаємо один одного такими, якими ми є;

- наша програма анонімна, тому ми намагаємось не називати імен інших людей;

- звертаємося один до одного на ім'я і на «ти»;

- виступаючи, пам'ятайте про час, щоб можливість висловитися мав кожен охочий;

- наприкінці кожного виступу ми говоримо слова подяки слухачам, що повідомляє також про кінець нашого виступу;

- секретар зборів – це людина, яка є наділена довірою, тому вона веде збори на власний розсуд.;

- секретар зборів може переривати промовця, коли той говорить не про себе або занадто затягує час;

- секретар немає права резюмувати, оцінювати, критикувати, узагальнювати чи теоретизувати виступи.

Вже дотримуючись тільки цих правил, я почала потихеньку одужувати.

Ці правила зборів я сприйняла як універсальний спосіб спільного життя з іншими людьми. Якби я знала їх раніше та практикувала у своєму житті, здається, що розставання з чоловіком вдалося б уникнути.

А ще в Ал-Аноні я почула девізи, якими керуюсь досі у своєму житті:

- Живи сам і дай жити іншим;
- Думай;

- Дозволь подіям йти своєю чергою і покладись на Бога;
- Почни з головного

І, звичайно ж, сама програми 12 Кроків для мене була цілющою, тому що допомогла мені перестати відчувати себе жертвою обставин, перенесла акцент моєї уваги з життя залежного на моє власне життя та власне одужання, допомогла навчитися надавати допомогу тоді, коли мене просять, дала можливість приймати життєві виклики не як трагедії, а як уроки для духовного зростання та можливості для нової якості життя.

Розглядаючи 12 Крокову програму в екзистенційному контексті, можна побачити запропонований концепт певних дій, метою яких є підведення співзалежного до осмислення свого життя, усвідомлення своїх життєвих цінностей та зміни свого життєвого шляху на основі цих цінностей з прийняттям повної відповідальності за свій вибір.

Сучасний екзистенційний терапевт Ірвін Ялом визначає лише чотири ключові проблеми, з якими має справу екзистенційна терапія: смерть, ізоляція, свобода та внутрішня порожнеча.

Саме з цими екзистенційними категоріями мені доводиться мати справу на дорозі становлення та дорослішання моєї особистості, працюючи за 12 Кроковою програмою.

Страх втрати замкнув мене в рамки співзалежності, яка призвела до соціальної ізоляції, зважаючи на неадекватну поведінку активно вживаючого залежного, з яким я чомусь себе склеїла. Не йому було соромно за свою поведінку перед друзями, близькими, колегами, а мені. Не він просив вибачення після запійного пробудження, говорячи про те, що він нічого не пам'ятає, а я відновлювала порушені стосунки з близькими, друзями, товаришами по службі. Марність зусиль, спрямованих на одужання від алкоголізму близької людини за її повної відсутності бажання одужати, виснажили мою психіку, призвели до депривації почуттів і, як наслідок, до внутрішньої порожнечі та безглуздості.

Життя людини розглядається в екзистенційній терапії як низка внутрішніх конфліктів, вирішення яких веде до переосмислення життєвих цінностей, пошуку

нових шляхів у житті, розвитку людської особистості. У цьому світлі внутрішні конфлікти і тривога, депресія, апатія, відчуження та інші стани, що виникають з них, розглядаються не як проблеми і психічні розлади, а як необхідні природні етапи для розвитку особистості. Депресія, наприклад, сприймається як етап втрати життєвих цінностей, що відкриває шлях для знаходження нових цінностей; тривога і занепокоєння розглядаються як природні ознаки необхідності зробити важливий життєвий вибір, які покинуть людину, щойно вибір буде зроблено.

Перебуваючи нещодавно на черговій зустрічі групи Ал-Анон, я раптом усвідомила, що моя співзалежність привела мене до групи «обраних» людей. Але обрані вони не за святістю їхнього життя, а за життєвою потребою та бажанням реалізувати відкрити перед ними можливість здійснення духовного акту живої віри в Бога, яка творить чудеса.

Поясню це на прикладі реалізації однієї з головних ідей 12 Кровою програми: передбачається, і це підтверджено досвідом багатьох попередників, що одужання в Ал-Аноні починається тоді, коли співзалежний відступає від залежного, поступаючись функцією спасіння залежного Богу, даючи залежному досягти дна своєї залежності. Щоб це здійснити, співзалежному необхідно зібрати всю свою мужність і істинно довіритися Богу, спостерігаючи за тим, як близький вбиває себе алкоголем або наркотиками на його очах. Не кинутися рятувати його, встояти у своєму намірі передати відповідальність за власне життя залежній близькій людині вимагає від співзалежного величезних зусиль у придушенні наростаючого шквалу тривоги від загрози втрати. І тривога ця обґрунтована, тому що в групі присутні двоє матерів, які втратили своїх дітей.

Тут мені на думку спадає згадка про історію Авраама та сина його Ісаака.

Історія любові та послуху сина Авраама Ісаака Аврааму і Богу, а також любов і довіра Авраама до Бога заворожує і змушує завмирати моє серце. Така любов, послух і довіра видаються незбагненними і недосяжними для людини. Але саме це необхідно зробити, щоб відбулося диво – одужання від смертельної хвороби, яка називається алкоголізмом або наркоманією.

Як трагічне таке кохання, сповнене болісних питань і впевненості, що Бог усе побачить, зробить найкращим чином. Послух Богу і страх втрати єдиного улюбленого сина, невпевненість у тому, чи правильно Авраам зрозумів Бога і впевненість у Богові – ось як я відчуваю ту болісну поліфонію, яка, можливо, проживалася в душі Авраама. Але саме така віра Богу аж до останньої миті занесеного клинка, який вже опускається до грудей сина – віра на кінці ножа, благословила всі наступні покоління Авраама та Ісаака.

Я відчуваю жах від розпалу такої довіри та любові до Бога. Це для мене на межі святості та божевілля. Пройти «по лезу ножа», не засумніватися в тому, що Бог зупинить занесений над сином меч, а якщо і не зупинить, то все-одно-це любов – ось пік духовного акта віри, який пропонується зробити співзалежному, відмовившись рятувати кохану залежну людину, віддавши її в руки Бога. Це важко, дуже важко! Але ті, у кого діти одужали, зробили це.

У роботі по 12 Кривій програмі немає ведучого – секретар зборів лише спостерігає за тим, щоб не порушувалися правила ведення зборів. Але в цій програмі, на мою думку, провідним є Бог.

Від хорошого життя я б ніколи не прийшла до необхідності перегляду свого життєвого шляху і переосмислення моїх цінностей і установок. Саме моя хвороба, співзалежність, призвела мене до усвідомлення необхідності змін якості мого життя на основі духовного зростання. І це дуже узгоджується з логотерапією Віктора Франкла, основою якої є пошук сенсу існування людей навіть у переживаннях страждань.

Я вдячна своїй співзалежності – вона привела мене до Бога і продовжує штовхати мене на розвиток для досягнення внутрішньої гармонії із самою собою та з людьми.

Тепер пару слів про сутність програми 12 Кроків.

Ці кроки передбачають прийняття чотирьох основних ідей:

1. Я безсила перед проблемою алкоголізму близької людини

Взявши на себе відповідальність за одужання залежної близької людини без її бажання одужати, я делекую собі можливість управляти і розпоряджатися

життям іншої людини, якою жахливою вона мені не здавалася. Прийняття того, що я не можу розпоряджатися життям залежного, що живе поруч, а можу керувати лише своїм життям, приносить мені полегшення та надію, дає можливість перевернути мою увагу на наведення порядку у своєму житті. Це перший крок до свободи із в'язниці співзалежності.

2. Я можу доручити своє життя Силі, більш могутній, ніж я.

Вдивляючись у своє життя та аналізуючи його я жахнулася тому, що практично жила життям залежної близької людини і перестала контролювати свої власні бажання та устремління, підпорядковуючи їх боротьбі з алкоголізмом. Я наділила себе всемогутністю, думаючи, що я всесильна, що, якщо я не врятую близької мені людини від неї самої, то вона загине. Я втратила контроль над собою, перестала розуміти, чого я хочу поза межами алкогольної проблеми. Я втратила відчуття власної індивідуальності і спотворено сприймала світ, обманюючи себе тим, що зможу бути щасливою, якщо близька залежна людина одужає від алкоголізму. Коли виконана благих намірів моєї допомоги алкоголіку закінчилася провалом і моє власне життя стало некерованим, я усвідомила, що не можу ставитися до моїх проблем об'єктивно, а швидше за все навіть просто здорово.

В Ал-Аноні я знайшла Силу, більш могутню, ніж я, яка здатна направити моє життя в спокійніше, продуктивніше русло. Спочатку, прикладом цієї сили виступала група, але в міру мого впізнавання і розуміння духовності, я назвала цю Силу Богом, як я Його розумію. До Ал-Анона я прийшла раніше, ніж визначилася зі своїм віросповіданням, а потім і воцерковилася. Тут почався мій усвідомлений шлях до духовного розвитку, як єдиної можливості жити здорово і вільно від власної співзалежності.

3. Мені потрібно змінити як свої погляди, так і свою поведінку.

Працюючи над програмою з четвертого кроку по десятого, провівши повну інвентаризацію свого життя, я усвідомила, що коріння моєї співзалежності занурені значно глибше в моїй особистісній історії.

Страх втрати, потяг до жертвності, толерантність до порушення особистісних кордонів, знецінення своїх проявів, впевненість у тому, що кохання потрібно заслужити, а для цього необхідно бути добрим, невміння сказати «ні» і переоцінка своїх можливостей при взвалюванні на себе відповідальності за чуже життя, впевненість у тому, що якщо я не врятую близьких, то вони загинуть, виявляли себе задовго до моєї історії з близьким залежним. Переглядаючи історію свого життя, я переконалася, що ці якості і, відповідно до них, моя поведінка призвела до такого сумного результату, який привів до Ал-Анона. Моє життя зайшло в глухий кут.

Тому єдиним ходом для здобуття нової якості життя було визнання своїх недоліків і хибних уявлень, усвідомлення, наскільки нерозумними були багато моїх вчинків і непривабливими багато моїх життєвих позицій. Перезавантаження старих нерозумних та помилкових моїх особистісних програм відбувалося роки. Результатом стала нова якість життя з контрольованою співзалежністю.

Так, на жаль, а, можливо, і на щастя, зараз моя співзалежність нікуди не поділася, вона увійшла глибоко всередину, прикрившись захистами нових знань і умінь. Але вона стала контрольованою та керованою. І це дало мені певний рівень життєвої свободи.

4. Зберігаючи дари Ал-Анона, я ділюся ними з іншими.

Саме ця здатність ділитися робить Ал-Анон життєздатною, безперервно розвивається співдружністю, якою вона є. Як подяка за шлях, який веде мене до позитивних змін якості мого життя, я продовжую відвідувати групи Ал-Анон, допомагаючи собі і тим, хто цього потребує.

На зорі захисту своєї магістерської роботи я провела дослідження ефективності впливу цієї духовної програми на базову та ситуативну тривожність людей із співзалежним типом поведінки, тобто членів Ал-Анон. І виявилось, що реалізація цієї програми дуже благотворно впливає на ситуативну тривожність, практично знімаючи її і майже не впливає на базову тривожність.

Так як спільнота Ал-Анон закрита і збори груп відвідують лише люди, які зіткнулися в житті з проблемою алкоголізму чи наркоманії, то проводити будь-які тестування чи дослідження ефективності цієї програми дуже важко.

З огляду на актуальність проблеми співзалежності - **об'єктом дослідження** дипломного проекту є - співзалежність близьких і родичів людей, залежних від алкоголізму..

Предметом дослідження є

- порушення психічних станів у співзалежних
- і умови їхньої корекції.

Ціль дослідження - виявлення характерних психологічних рис у родичів хімічно залежних осіб, визначення ефективності програми "12 Кроків" як умови психокорекції рівнів самооцінки і загальної тривожності в реабілітації співзалежних осіб.

Гіпотеза дослідження:

-співзалежність осіб, що проживають поруч з алкоголіками чи наркоманами виявляється:

- низьким рівнем самооцінки;
- високим рівнем загальної тривожності,

що обумовлено наявністю проблем алко-наркозалежності залежних членів родини;

-психологічними умовами корекції рівнів самооцінки і загальної тривожності є проходження реабілітаційної програми «12 Кроків»,що містить у собі:

- підвищення рівня знань співзалежних осіб про психологічні особливості співзалежності;
- прийняття людиною відповідальності на себе за рішення цієї проблеми;
- оволодіння співзалежними особами всіх етапів(кроків) реабілітаційної

програми «12 Кроків».

Задачами дослідження були:

1. визначення характерних психологічних рис співзалежних осіб, характеристик співзалежності і підбор методик для визначення рівнів самооцінки і загальної тривожності у співзалежних осіб;

2. виявлення особливостей самооцінки і загальної тривожності у співзалежних осіб;

3. виявлення змін рівнів самооцінки і загальної тривожності у співзалежних осіб в процесі проходження ними реабілітаційної програми «12 Кроків».

Для перевірки гіпотези дослідження використовувалися наступні методики:

- дослідження тривожності (опитувальник Ч.Д. Спілберга, адапт. Ю.Л. Ханіним);

- дослідження самооцінки особистості способом ранжирування і способом вибору (Т.И. Пашукова й ін. (сост.) [4];

- шкала співзалежності (Джерелом даної методики є Fischer J.L., Spann L., Crawford D., 1991).

Дослідження проводилося серед членів Ал-Анон, що відвідують заняття різний по тривалості час .

Опитування проводилося тільки серед жінок віком від 31 до 69 років, що відвідують заняття Ал-Анон. Емпіричні дані по рівнях співзалежності, ситуативної й особистісної тривожності, самооцінці зведені в таблиці та діаграми. У таблиці 5 показане процентне співвідношення прояву досліджуваної ознаки в групах I, II, III.

Висновки та рекомендації за результатами дослідження:

1. При проведенні дослідження в 29 випробуваних – членів суспільства психологічної взаємодопомоги Ал-Анон, жінок у віці від 31 до 69 років, що мають у родині мінімум одного залежного члена родини були експеримен

тально встановлено, що :

- високий рівень співзалежності був встановлений у 66% опитаних;
- висока ситуативна тривожність спостерігається в 41 % опитаних;
- висока особистісна тривожність- у 76 % опитаних,;

- низька самооцінка, встановлена методом ранжирування, спостерігалася в 48%

від загальної кількості опитаних;

- неадекватна самооцінка, визначена експериментально методом вибору, виявилася в 69 % загальної кількості випробуваних.

У такий спосіб були виявлені особливості самооцінки і загальної тривожності

у співзалежних осіб .

На підставі цих експериментальних даних можна зробити **висновок, що співзалежності дійсно притаманна наявність низкою неадекватної самооцінки і високої особистісної тривожності.**

2. У результаті проведеного аналізу **встановлена висока значима негативна кореляція** між рівнем самооцінки і рівнем співзалежності у членів груп психологічної взаємодопомоги Ал-Анон.

Отже, висунута в даній роботі **гіпотеза** що **співзалежність** осіб , що проживають поруч з алкоголіками чи наркоманами, проявляється низьким рівнем самооцінки **підтверджується**. Причому низькому рівню самооцінки відповідає високий рівень співзалежності .

3. У результаті статистичного аналізу експериментальних даних рівнів ситуативної, особистісної тривожності і співзалежності , отриманих у членів Ал-Анона не встановлено статистично значимої зв'язи між цими показниками.

Гіпотеза про те, що визначеному рівню **співзалежності** осіб , що проживають поруч з алкоголіками чи наркоманами відповідає визначений **рівень загальної тривожності** вірогідно **не підтверджується**. Можливо, це зв'язано з малою вибіркою випробуваних.

Рекомендація: Бажано провести додаткові дослідження особистісній тривожності, тому що вона спостерігалася в 76% опитаних. У членів групи

Ал-Анон, що відвідують реабілітаційну програму більш 4 років, у 80 % опитаних, що мають адекватну самооцінку встановлений високий рівень

особистісної тривожності; також як і у 80% опитаних членів Ал-Анон, які тільки почали працювати над програмою. . Можливо зробити припущення, що в цьому криється одна з причин співзалежності .

4. У результаті порівняльного аналізу прояву адекватної самооцінки і помірною рівня особистісної і ситуативної тривожності в групах випробуваних, що розрізняються тривалістю відвідування реабілітаційної програми Ал-Анон, **встановлено, що достовірних розходжень між групами по процентних частках прояву досліджуваних характеристик немає.**

Виявилось, що реалізація цієї програми дуже благотворно впливає на ситуативну тривожність, практично знімаючи її і майже не впливає на базову особистісну тривожність. Говорити, вірогідно, у даному випадку, про неефективність реабілітаційної програми неправомірне, тому що дослідження проводилися на досить малій вибірці.

Рекомендація: Щоб зробити висновки про ефективність програми необхідно провести додаткові дослідження на великих вибірках.

В заключенні хотилось би поставити питання: То що таке залежність і співзалежність – прокляття чи благословення!

З позицій екзистенційного консультанта я розумію співзалежність і приймаю її не як діагноз, а як виклик долі, як поле битви, де для перемоги потрібно розірвати завіси теплого, звичного, але задушливого кокона набутих токсичних відношень і, нарешті, стати метеликом, відчутти силу своїх крил у вільному польоті реалізації сенсу та якості свого життя.

Література:

1. Москаленко В.Д. Залежність: сімейна хвороба. М.: ПЕР СЭ, 2002.
2. Москаленко В. Д. Співзалежність : характеристики і практика подолання / Лекції по наркології. — Видання друге, перероблене і розширене / Під ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 365–405.
3. День за вдень в Ал-Аноне.
4. Практикум по загальній, експериментальній і прикладній психології під ред. А. А. Крилова С.А. Маничева, 2-і изд., С-П., Юпітер, 2003-600с.

Максим О. В.,
науковий співробітник,
лабораторія соціально дезадаптованих неповнолітніх
Інститут психології імені Г.С.Костюка
НАПН України,
ORCID 0000-0002-9869-1684

СТРЕСОГЕННИЙ ВПЛИВ ЯК ФАКТОР ДЕФОРМАЦІЇ ЦІННИСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ПІДЛІТКІВ

Війна — це стрес, від якого залишаються психологічні травми у багатьох людей. Наскільки великі залежить від різних обставин, в тому числі від внутрішнього потенціалу людини. У складних умовах сучасного життя тема гострих і посттравматичних стресових розладів дуже актуальна. До неї постійно звертаються засоби масової інформації, їй присвячено багато наукових, навчально-методичних робіт, практичних посібників для фахівців.

Метою нашого дослідження є вплив психологічної травми на деформацію ціннісних орієнтацій.

Психологічна травма, як правило, виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмуючої події. З точки зору П. Левіна, руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події, ступеня її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції (Р. Levine, 1997). Е. Мазур вважає, що «психологічну травму у самому загальному плані можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події. Такими подіями є війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насилля, серйозні захворювання і медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо» .

На думку М. Ш. Магомед-Емінова [1 с. 31], екстремальна ситуація здатна змінити смислову сферу особистості у напрямку формування біполярної

сислової структури, елементами якої будуть сенси, організовані навколо ідеї «життя», з одного боку, і «смерті» - з іншого.

Дотримуючись уявлення про наявність суперечності в смисловій системі особистості, що переживає несприятливі психологічні наслідки травматичного досвіду, ми наголошуємо на функціонуванні тимчасових локусів сенсу, тобто смислів сьогодення у контексті формування певного ставлення до майбутнього та минулого досвіду індивіда.

Необхідною умовою ефективного для індивіда функціонування у соціумі є синхронізація смислових локусів. Процес синхронізації тимчасових локусів формує особливий стан особистості – актуальний смисловий стан, який і регулює процес інтеграції особистості та навколишньої дійсності та багато в чому визначає адекватність суб'єктивної дії щодо об'єктивної реальності.

Даний стан є сукупністю актуалізованих смислів (досвід, реальність, мети) і виявляється у рівні внутрішньої свободи, отже, у можливості індивіда приймати відповідальне рішення у ситуації вибору. Адекватне осмислення реальності в теперішньому можливе при критичному осмисленні минулого досвіду та щодо індивідуальної мети (тобто майбутнього). З допомогою синхронізації смислових локусів відбувається розширення меж суб'єктивної реальності, т. е. інтеграція особистості нові умови життя.

При неможливості піддати смислової атрибуції будь-який об'єкт чи ситуацію реальності посилюється внутрішнє напруження, яке зберігається до того часу, поки ситуація нічого очікувати включено до ширшій патерн усвідомлення. Якась гранична пояснювальна структура, що не дозволяє отримати сенс із ситуації, або наділити її змістом, тягне за собою локалізацію сенсу та фіксування індивіда у тимчасовому локусі. Це ускладнює процес синхронізації смислових локусів.

Роль орієнтовної реакції в актуальному смисловому стані виконує ціннісно-смилова орієнтація особи - інтерналізоване відношення людини до певних груп цінностей (матеріальним, духовним), система його установок, переконань, переваг і цілей, що виражається в поведінці. Відчуття сенсу, виникнувши, дає початок цінностям, які у свою чергу, синергетично посилюють відчуття сенсу.

Реакція, що повторюється, спричиняє за собою певний тип актуального смислового стану, який у свою чергу, стаючи фіксованим, придбаває статус особової властивості, надалі проявляється як стійкі риси. На нашу думку, головним фактором, що запускає процес порушення самосвідомості, пов'язаного з психотравмою, є така зміна в смисловій сфері особистості, в результаті якої травматична подія, позбавлена когнітивної переробки і не включена в процес осмислення, відокремлюючись від смислової структури особистості, дисоціюється, перетворюючись на автономна освіта. Це дозволяє індивіду на якийсь час відокремити від себе травматичне переживання, що забезпечує психологічний захист від впровадження у свідомість досвіду, що не узгоджується з колишньою системою оцінок і загрожує крахом системі цінностей особистості. Однак якщо травматична подія не буде осмислена з формуванням ціннісних відносин з включенням у ширшу тимчасову перспективу, результатом може бути фіксація в тимчасовому локусі минулого. Можливо, основним завданням діяльності психіки в переробці травматичного досвіду є не тільки смислова переробка події, що травмує, але і його адекватне включення в смисловий контекст з формуванням ціннісного відношення особистості.

Психологічна травма призводить до зниження здатності людини змінювати форми поведінки залежно від життєвих обставин, планувати діяльність і реалізовувати плани, може спровокувати саморуйнівну поведінку, бажання повторення травмувальної ситуації з метою відреагування. Психотравма порушує відповідність психічних реакцій силі та частоті середовищних впливів, викликає в людини афективно-шокові реакції. У таких випадках говорять про травматичний стрес, який являє собою сукупність захисних реакцій організму на зміни середовища, які суб'єктивно оцінюються як загрозливі, що порушують адаптацію, контроль, перешкоджають самоактуалізації особистості.

Багато проблем виникає в ціннісно-орієнтаційній сфері особистості. Ієрархія особистісних цінностей зазнає значних змін під впливом екстремальних умов діяльності і тих умов, які її супроводжують. Формується унікальна система цінностей, у якій чільну роль відіграють цінності, що дають змогу людині вижити

на війні, ефективно взаємодіяти з іншими людьми відповідно до вимог ситуації. Пізнається справжня ціна життя, яка й визначає пріоритет тих цінностей, які далеко не завжди відіграють провідну роль у звичайному житті з його буденними проблемами, інтересами та потребами.

У разі повернення до нормальних умов життєдіяльності гостро постає проблема невідповідності внутрішньої системи ціннісних орієнтацій навколишній реальності, коли поведінка людини відповідно до цієї системи щонайменше є неадекватною як з погляду соціалізації особистості, так і з погляду задоволення її потреб. Однією з основних причин прояву так званих відстрочених посттравматичних реакцій є дуже суттєвий дисонанс між системою моральних цінностей, що сформувалася в учасників бойових дій безпосередньо «там», і цінностями, які сьогодні культивуються в нашому суспільстві, де найчастіше культ грошей і способи їх добування стають основними символами його розвитку, відсуваючи решту цінностей на другий план.

Руйнування системи ціннісних орієнтацій, що відбувається за цих умов, неминуче призводить до складних психічних станів, які узагальнено можна визначити як дезадаптація. У даному випадку - це прагнення і спроби реалізації цієї системи цінностей у суспільстві досить агресивними і часто насильницькими методами. Іншими словами, тут можна говорити про стресові реакції, викликані ціннісно - орієнтаційною невідповідністю, які вкладаються у формулу «бий або біжи». Тип реакції залежить від безлічі різних чинників, але в цьому разі йдеться про дезадаптацію особистості - про психічну і соціальну. Психічна дезадаптація характеризується руйнуванням колишньої системи цінностей і відсутністю необхідних ресурсів для її реструктуризації. Саме це в поєднанні з іншими несприятливими факторами психофізіологічного характеру є джерелом депресивних станів, неврозів, прикордонних станів, що передують суїцидальним діям, серйозним психічним розладам. Це зумовлює необхідність роботи на етапі психологічної реабілітації учасників бойових дій із ціннісно-орієнтаційною сферою їхньої психічної діяльності.

Висновки. Вивчення ціннісних орієнтацій особистості, що переживає віддалені наслідки психічної травми як сполучної ланки між її внутрішнім світом та об'єктивною дійсністю дозволить пояснити заломлення параметрів травмуючої обставини через індивідуально-психологічні особливості людини.

Література:

1. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко Царенко Л. Г. К.: ТОВ Видавництво Логос, 2015. 207 с.

2. Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2001. С. 320.

3. Коберник Л. О. Ціннісні орієнтації як чинник виникнення та подолання конфліктних форм поведінки в юнацькому віці. автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія»/ Л. О.Коберник. Київ, 2010. 22 с.

Максимова Н.Ю.

Доктор психологічних наук, професор, провідний науковий співробітник
лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

ORCID ID: orcid.org/0000-0003-2110-9884

ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ПІДЛІТКІВ ДО АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Вступ.

Фактори, що впливають на виникнення адиктивної поведінки начебто відомі, проте жоден з них не є вирішальним, а ієрархія їх не визначена. Навіть якщо на дитину впливає сукупність цих факторів, це ще не означає беззаперечно, що вона стане алкоголіком чи наркоманом. Так, наприклад, негативний життєвий досвід підлітка, помилки в шкільному та сімейному вихованні дітей є частим явищем. З іншого боку, відхилення в психічному розвитку та інші несприятливі психофізіологічні передумови (психопатії, акцентуації характеру, психопатичний розвиток особистості, мінімальні мозкові дисфункції, спадкова обтяженість) також не можуть бути самі по собі причиною адиктивної поведінки.

Глибинний рівень визначення факторів адиктивної поведінки криється у вивченні психологічних травм дитинства. Сутність психотравмуючої ситуації полягає в неможливості дитини задовольнити свої життєво важливі соціальні потреби. Розглянемо роль психологічного захисту в такій ситуації: захисні механізми особистості – це мимовільні, неусвідомлювані процеси, що покликані звільнити індивіда від сприймання небажаної психотравмуючої інформації, усунути тривогу та напруженість. Їх дія звичайно не дуже тривала і продовжується доти, доки людині потрібний «перепочинок» для нової активності. Але, якщо цей стан штучного емоційного благополуччя фіксується на тривалий період (за рахунок дії психологічного захисту) та за своєю суттю заміняє

активність, то психологічний комфорт досягається ціною викривлення сприйняття реальності, ціною самообману.

У цьому разі психологічний захист, викривлюючи реальність з метою миттєвого забезпечення благополуччя, діє без урахування довгочасної перспективи. Мета психологічного захисту досягається ціною дезінтеграції поведінки, виникнення відхилень в розвитку особистості. Ввімкнення захисних механізмів у цьому разі спрямоване на досягнення позитивних емоційних станів, нехай навіть ціною ілюзії розв'язання проблеми, тобто без реального отримання бажаного результату. У реалістичному підході до подолання життєвих ускладнень, навпаки, формується рішучість боротьби за досягнення цілей, реального усунення перешкод.

Якщо ж неможливість подолання перешкоди стає очевидною для суб'єкта, то можливий і інший вихід з психотравмуючої ситуації – взявши за основу реальність, людина стримує та підлаштовує до неї суб'єктивність (знижує рівень домагань, обирає іншу діяльність тощо). Психологічний захист, навпаки, бере за основу недоторканість суб'єктивності (наприклад, заперечення інформації про необхідність змінити самооцінку, зміст потреб, свої бажання тощо) та викривлює образ реальності заради збереження емоційного благополуччя.

Однак, у міру наростання негативної інформації, критичних зауважень, невдач, що неминучі при порушенні процесу соціалізації, психологічний захист, що тимчасово дозволяв ілюзорно-позитивно сприймати об'єктивне неблагополуччя, стає все менш ефективним. У випадку неефективності дії системи психологічного захисту або її недостатньої сформованості, у виникненні загрози нервового зриву організм інстинктивно шукає виходу та знаходить його у зовнішньому середовищі.

Інстинктивно намагаючись врятуватись від нервового зриву та дезінтеграції психічних функцій, підліток вдається до застосування зовнішніх засобів психологічного захисту – зміни свого негативного психічного стану на позитивний штучним (хімічним) шляхом. Такими зовнішніми засобами захисту від психотравмуючої ситуації і є психотропні речовини. У випадку відсутності

соціального контролю та доступності алкоголю (наркотиків) актуалізована психологічна готовність до вживання психотропних речовин реалізується.

Мета дослідження: з'ясувати складові психологічної готовності підлітків до вживання психотропних речовин.

Основний виклад матеріалу.

Розкриття того, які особистісні якості підлітка, які їх особливості можуть надалі стати відправною ланкою виникнення готовності до адиктивної поведінки, були предметом нашого спеціального дослідження. Вивчалися 130 осіб підліткового віку, які були представлені у таких двох групах:

- 1) підлітки, що добре соціально адаптовані – група «норма» (76 осіб),
- 2) підлітки, які епізодично вживають психотропні речовини – група «ризик» (54 особи).

Необхідно підкреслити, що стосовно групи «ризик» йдеться не про наркоманів і алкоголіків, а саме про тих підлітків, хто тільки-но почав вживати алкоголь, наркотичні чи токсичні речовини, але ще не є хворим.

Результати показали, що провідні мотиви більшості підлітків, які вживають психотропні речовини, вражають беззмістовністю. Наприклад, 79% підлітків, розповідаючи про своє життя, свої уподобання відмічають як найулюбленіші пасивно-розважальні види діяльності. «Люблю сидіти та «балдіти» під музику», «Більш за все люблю лежати та ні про що не думати», «Більш за все люблю нічого не робити». Те ж саме підтверджують міркування цих підлітків відносно свого майбутнього. Більшість з них (69 %) на запитання про те, як вони уявляють своє майбутнє, до чого прагнуть, що намагаються досягти в своєму житті, здивовано зводять плечима і відповідають: «Не знаю», «Ніколи про це не думав», «А нащо мені про це думати, хіба від мене щось залежить?». Порівнюючи ці дані з міркуваннями соціально адаптованих підлітків, у яких переважають мотиви самоствердження, престижу, самовдосконалення, самореалізації, створюється враження, що підлітки, які схильні до алкоголізму та наркоманії, живуть наче уві сні, ніколи не замислюючись над тим, що і для чого вони роблять.

Соціально адаптованих підлітків спонукає до діяльності потреба досягнення успіху (вдячності, нагороди, похвали тощо). У підлітків, схильних до адиктивної поведінки, статистично достовірно визначається унікаюча мотивація. Потреба досягнення успіху у них загальмована (або не розвинена). Їх спонукає до дії протилежна потреба — уникнути покарання, поразки, негативних емоцій тощо.

Соціально адаптовані підлітки розглядають свою діяльність як джерело позитивних емоцій. Підлітки, які схильні до адиктивної поведінки, очікують від своєї діяльності тільки негативні переживання, прикрощів і негараздів. Соціально адаптовані підлітки вважають необхідним передбачати результати своєї діяльності, аналізують наслідки своїх вчинків, беруть на себе відповідальність за них. Підлітки, схильні до адиктивної поведінки, не тільки не вважають за потрібне передбачати наслідки своїх дій, а взагалі не відчувають себе суб'єктом своєї діяльності. На їхню думку, все, що з ними відбувається, не залежить від їхньої волі і не є наслідком їх поведінки. Життя вони розуміють як нагромадження випадкових подій, які неможливо перебороти чи уникнути. Тому будь-які життєві плани, зусилля для їх досягнення, на їх думку, не мають сенсу. Отже, особливості мотиваційної сфери підлітків, схильних до наркотизації: беззмістовність, унікаюча мотивація, відсутність суб'єктності.

Яке значення мають вказані особливості мотиваційної сфери для з'ясування причин наркоманії та алкоголізму? Спробуємо пояснити. Нагадаємо, що рушійною силою життєдіяльності людини є потреби. Задоволення будь-яких потреб супроводжується позитивними емоціями. Дитина, яка не має відхилень у розвитку особистості, вже в підлітковому віці добре усвідомлює зв'язок між своїми діями, задоволенням своїх потреб та позитивними емоціями. Відчуваючи себе суб'єктом діяльності, підліток вчиться керувати обставинами, бо він впевнений, що від його дій у значній мірі залежить: здобуде він позитивні емоції (задоволення, нагороду, схвалення, радість) чи ні.

Зовсім інше ми бачимо в наших обстежуваних. Вони не відчувають себе суб'єктом своїх дій, їм бракує усвідомлення того, що вони спроможні керувати обставинами свого життя, здобути позитивні емоції завдяки виконанню власної,

свідомо обраної, продуктивної діяльності. Але потреба в досягненні позитивних емоцій від цього не зникає. Підліток прагне відчутти стан задоволення, радості, але не бачить шляхів досягнення цього. Дізнавшись, що такий стан можливо викликати штучно, підліток, не вагаючись, починає уживати психотропні речовини.

Наступний параметр – низький рівень самоусвідомлення підлітками, схильними до наркоманії та алкоголізму, рис своєї особистості; практичну відсутність навичок самоаналізу і тим більше вміння описувати себе. Навіть просте завдання – відповісти на запитання: «Хто я?» – нелегко дається їм. Підлітки довго не погоджувались з тим, що вони повинні говорити про якість своєї особистості: «Хіба це можливо – говорити про себе? Нехай інші скажуть», «Я не знаю, який я, різний буваю залежно від настрою» – ось типові відповіді. Подібна реакція підлітків обумовлена, мабуть, не лише низьким рівнем самоусвідомлення, але й тим, що рефлексія в них зазвичай пов'язана з негативними емоційними станами. Адже зауваження педагогів і батьків типу: «Подумай, що ти накоїв!», «Подивись на себе, на кого ти схожий!», «Що з тебе буде, якщо ти зараз вже такий!» асоціюються з негативними переживаннями підлітка.

Самооцінка, рівень домагань та їх взаємодія у підлітків, які уживають наркотики, суттєво відрізняються як від показників підлітків «групи норма». Їх самосвідомість внутрішньо конфліктна: навіть за наявності високої мотивації досягнення, вони відмовляються від мети діяльності за найменших труднощів.

Наступна особливість самосвідомості підлітків, схильних до наркоманії та алкоголізму, полягає в суперечності самооцінки та рівні домагань. Незважаючи на невпевненість в своїх інтелектуальних здібностях, вони виявляють занадто високий рівень домагань. Це виявляється і в висловах учнів, і в динаміці вибору завдань (тобто їх складності) у залежності від успіху чи невдачі.

Отже, найяскравішою ознакою схильності до адиктивної поведінки є відмова продовжувати діяльність у разі виникнення перешкод. Страх неуспіху, небажання навіть спробувати подолати труднощі є ознаками невпевненості в собі,

яка поєднується зі завищеним рівнем домагань. Усе це призводить до алогічності, суперечливості вибору лінії поведінки підлітком у складній ситуації.

Параметри актуалізації психологічної готовності до уживання психотропних речовин можна згрупувати наступним чином:

1) нездатність людини до продуктивного виходу з ситуації ускладненості задоволення актуальних життєво важливих соціальних потреб, яка виникла в результаті неправильного виховання та обумовлена певним сполученням особистісних властивостей;

2) несформованість або неефективність засобів психологічного захисту особистості;

3) наявність психотравмуючої ситуації, яка стимулює проявлення («ввімкнення») цієї психологічної готовності.

Висновки.

Психологічна готовність до адиктивної поведінки – це особистісне новоутворення, що детермінує готовність до уживання психотропних речовин складається з таких компонентів:

- відсутність мотивації досягнення (перевага натомість уникаючої мотивації), аж до відмови вважати себе суб'єктом діяльності;
- несформованість функції прогнозу поведінки;
- низький рівень розвитку самоусвідомлення, відсутність навичок рефлексії;
- екстернальний локус контролю;
- низький рівень самоповаги, аж до неприйняття образу «Я», який, однак, може маскуватися захисною поведінкою, що демонструє завищену самооцінку;
- самозахисний тип реакції на фрустрацію, що виявляється у відмові від діяльності при зіткненні з найменшими труднощами;
- суперечність самооцінки та рівня домагань, що виявляється в алогічності та непослідовності діяльності, яка пов'язана з подоланням перешкод;
- тенденція до втечі від реальності в ситуації фрустрації.

Отже, психологічні фактори, що зумовлюють виникнення адиктивної поведінки проявляються у таких особистісних особливостях: низький рівень самоусвідомлення рис своєї особистості, практична відсутність навичок самоаналізу і тим більше вміння регулювати свої емоції. Це є серйозною перешкодою для соціальної адаптації. Внаслідок цього формується самозахисна реакція на фруструючу ситуацію. Це полягає в тому, що дії спрямовуються на штучну зміну свого емоційного стану замість власне вирішення проблеми. Виявляючи зазначені риси особистості, ми можемо визначити підлітків, схильних до алкоголізму та наркоманії.

Психологічна готовність до вживання психотропних речовин, з одного боку, є системоутворюючим фактором виникнення алкоголізму та наркоманії, а з другого боку – дає можливість прогнозувати їх виникнення. Необхідно виявити саме ті риси особистості підлітків, які складають своєрідну психологічну готовність до вживання психотропних речовин. Якщо у дитини існує така готовність, то навіть випадковий збіг обставин дуже легко може спричинити до засвоєння стереотипу адиктивної поведінки. Більш того, існуючі форми і методи пропагування шкідливих наслідків уживання алкоголю та наркотиків (лекції, бесіди, кінофільми, телепередачі, публікації) не сприймаються неповнолітніми, які вже мають психологічну готовність до вживання психотропних речовин. Перепоною для найпереконливіших аргументів тут виступають механізми психологічного захисту, що входять до структури особистості цих підлітків, і наче «блокують» корисну інформацію.

Своєчасне виявлення у підлітка психологічної готовності до уживання психотропних речовин дає змогу здійснювати своєчасну профілактику відхилень у його поведінці. Як вже зазначалося, для підлітків, яким притаманна психологічна готовність до наркоманії та алкоголізму, недостатні загальні методи антинаркоманійної чи антиалкогольної пропаганди. Для них необхідна спеціальна система психолого-педагогічних впливів, спрямованих на корекцію структурних компонентів їх особистості.

Особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово, в процесі онтогенезу. Причиною її виникнення є несприятлива соціальна ситуація розвитку дитини. Своєчасна психологічна корекція цього особистісного новоутворення дозволяє уникнути формування психологічної готовності до вживання психотропних речовин.

Манілов І.Ф.

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,
провідний науковий співробітник,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

manilov@psychology-naes-ua.institute

ORCID ID: 0000-0003-3439-9913

ПРО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ПЕРСОНАЛЬНО ІДЕАЛЬНОГО СТИЛЮ ЖИТТЯ

Персонально ідеальний стиль життя, це такий спосіб життя, який дає можливість людині реалізувати власний творчий потенціал, продуктивно і плідно працювати, самостійно справлятися з життєвими проблемами і досягати стану відносного благополуччя. Персонально ідеальний стиль життя є психотерапевтичним настановним конструктом, який задає цільову спрямованість психотерапевтичній роботі в системі Мультимодальної сугестивної психотерапії [2; 3]. У зв'язку з цим вельми актуальним є детальніше його визначення та вивчення.

На необхідність коригування способу життя людей, що страждають від різних психічних і поведінкових розладів, вказують багато фахівців, зокрема: К.И. Платонов, М.М. Асатиани, С.И. Консторум, И.В. Стрельчук, К.М. Варшавський, В.Е. Рожнов, Б.Д. Карвасарский, П.И. Буль, А.П. Слободяник, Н.В. Иванов, Р.Д. Тукаев [1; 4]. Як правило, таке коригування представляє собою ознайомлення людини з основними правилами здорового способу життя. Під час психотерапевтичних сеансів клієнтів інформують про те, що для них корисно і пропонують та мотивують ці знання практично реалізувати. На цьому етапі і виникає проблема, яким саме чином можна посилити мотиваційну складову таких саногенних настанов і переконувать.

Одним з шляхів її вирішення є індивідуалізація рекомендацій по здоровому способу життя. При розробці методичних основ Мультимодальної сугестивної

психотерапії було визначено, що необхідно постійно надавати діям клієнта певної цільової спрямованості із урахуванням їх індивідуальних особливостей. І досягається це прямим або непрямим навіюванням необхідності пошуку персонально ідеального (іманентного даній конкретній людині) стилю життя. Також відзначалося, що будь-яка активність в цьому напрямі, вже сама по собі являється терапевтичною, а тому вкрай необхідною.

Було вказано, що пошук персонально ідеального стилю життя дозволяє формувати установку на послідовний розвиток таких базових навичок як самодостатність, адаптивність, креативність. У ряді публікацій було розглянуто, також, окремі аспекти такого саногенного способу життя. Зокрема, розглянуто питання підвищення загальних показників адаптивності за допомогою психотерапевтичних подорожей наодинці. Крім того, було розглянуто проблему розвитку адаптивного мислення за допомогою методу психотерапевтичної конфронтаційної сугестії. Проте, в даних публікаціях не було дано розгорнутої характеристики самого поняття Психотерапевтичного персонально ідеального стилю життя, що ускладнює його практичне використання. Далі зроблено спробу подолати цей недолік та визначити психотерапевтичний потенціал Психотерапевтичного персонально ідеального стилю життя.

Ідея пошуку максимально відповідного даній конкретній людині стилю життя, сама по собі не нова. Проте розглядалася вона, як правило, в найширшому сенсі – професійне самовизначення, оформлення себе і свого особистого простору, захоплень і тому подібне. Усе це, звичайно ж, важливо, проте недостатньо для вирішення суто психотерапевтичних завдань.

Клієнти, що потрапляють на прийом до психотерапевта, потребують більш конкретніших рекомендацій на кожен день. При традиційному підході, основна увага приділяється різним порадам стосовно режиму дня, доступних способів самоконтролю і саморегуляції, а також планів на майбутнє. Такі рекомендації, в найбільш загальному виді виглядають приблизно так: "Вам корисне (слід, необхідно) те-то і те-то. Роблячи це, Ви підвищуєте свої шанси на одужання!". Іншими словами, є універсальні правила, які допоможуть вийти з хвороби і

поліпшати якість життя. Таким чином задається цілком конкретна програма дій. Залишається лише її прийняти і послідовно виконувати. Участь самого клієнта в її розробці, як правило, украй мала. А те, на що не витрачено зусиль, мало мотивує. До цього ж необхідно додати відносно невелику привабливість і одноманітність загальновідомих правил "здорового способу життя", а також необхідність постійних вольових зусиль для їх дотримання. У цій ситуації, вкрай важливо дати клієнтові можливість брати більш активну участь в пошуку такого саногенного способу життя, який підходить лише йому одному. Унікальність, неповторність життєвого шляху дуже приваблива. Необхідно зробити клієнта головним автором і творцем свого власного персонального стилю життя. Завдання ж психотерапевта – дати потрібну інформацію і, час від часу, спонукати до конкретних дій.

Для з'ясування того як і яким чином визначати, знаходити (створювати) і підтримувати свій власний персонально ідеальний стиль життя було проведено спеціальне дослідження. На самому початку було висунуто припущення, що для кожної людини існує такий психотерапевтичний (саногенний) стиль (образ, спосіб) життя, який максимально їй підходить і добре узгоджується з її можливостями, запитами, бажаннями. При такому способі життя мінімальна вірогідність розвитку психічних, поведінкових і соматичних розладів. У разі їх виникнення, такий персонально ідеальний стиль життя дозволяє прискорити процес одужання, або ж дає можливість створити умови для протікання захворювання в найбільш м'якій неускладненій формі.

На першому етапі досліджень було зібрано і проаналізовано матеріали по досліджуваних, яких віднесено до категорії здорових і відносно благополучних людей. Всього 47 чоловік (20 жінок і 27 чоловіків). На підставі отриманих даних було виділено найбільш загальні характеристики "благополучних" людей, а саме: досить висока реалістичність в оцінках себе і явищ навколишнього світу; опора, в першу чергу, на власну думку; доброзичливе або, принаймні, терпиме відношення до людей; природність поведінки; адекватність емоційних реакцій, їх збалансованість; творчий підхід при вирішенні проблемних ситуацій. У психотерапевтичній роботі названі особливості можна використовувати як певні

орієнтири, а точніше цілі до яких слід прагнути клієнтові для відновлення власного психічного здоров'я.

Було встановлено, що усі названі особливості або характеристики мають виражений процесуальний характер. Їх не можна опанувати раз і назавжди, а треба постійно досягати і, по-можливості, підтримувати на належному рівні. Стан благополуччя не може остаточно здійснитися або відбутися. Можна лише наближатися до нього та, час від часу, проживати. Чим частіше це трапляється, тим більше людина задоволена власним життям.

На другому етапі досліджень було проведено спостереження за тим, яким чином розвивається процес пошуку і формування психотерапевтичного персонально ідеального стилю життя. Для цього було проаналізовано результати психотерапевтичних сесій з людьми, що мали різноманітні невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади, а також схильних до адитивної поведінки. Всього 287 чоловік (177 жінок і 110 чоловіків).

При проведенні психотерапевтичних процедур клієнтам навіювалася ідея існування персонально ідеального стилю життя, який допоможе успішно здолати недугу. Обов'язково вказувалося на те, що такий стиль життя є унікальним і підходить лише даній конкретній людині. Його треба знайти або розробити самостійно. Такий стиль життя проявляється в особливому суто індивідуальному сприйнятті світу, способах реагування, стилях взаємодії з людьми, особистих уподобаннях і т.п.

Результати проведених досліджень цілком підтвердили первинне припущення і дозволили виділити найбільш важливі особливості психотерапевтичного персонально ідеального стилю життя. Було показано, що такий стиль є деяким еталонним психотерапевтичним образом-конструктом, до якого слід прагнути, але повністю досягти або остаточно набути неможливо. Пов'язано це, в першу чергу, з постійними змінами в самій людині і в оточуючому її світі. У відповідності до однієї із загальновідомих фізіологічних моделей, людину можна розглядати як відкриту систему, яка постійно обмінюється з навколишнім середовищем речовиною, енергією, інформацією. Але якщо людина

постійно змінюється, то з неминучістю змінюються і характеристики її ідеального стилю життя.

Не можна не помітити ще одну важливу особливість будь-якого персонального стилю життя, а саме ступінь його узгодженості з реальною життєвою ситуацією. Проведені дослідження показали, що для отримання гарного психотерапевтичного результату потрібна певна спорідненість бажань, можливостей і ситуації. Пріоритетність дій визначається не лише їхньою важливістю, але і узгодженістю з реальністю. Іншими словами, добре хотіти те, що можливо і чого можна досягти. Таким чином вдається досягати бажаного з мінімальними витратами сил та енергії. В цьому випадку коефіцієнт корисної дії системи "людина" максимальна, що свідчить про її ефективність. Роблю те, що природно і дається відносно легко, але з неодмінною умовою важливості і корисності. В ідеалі, завжди здійснюється те, що треба, значимо, а головне своєчасно. Для цього, кожне бажання і дія повинні дозріти. Відповідні умови і своєчасна готовність людини до дій є неодмінною умовою успіху.

Можна сказати, що персонально ідеальний стиль життя, це постійне вдале узгодження хочеться - треба - можливо - виходить. При цьому "хочеться" відноситься до сфери потреб (в першу чергу базових!). В "хочеться" представлено все, що людина може бажати. "Треба" – це опрацьоване, усвідомлене "хочеться", у якому вже виділено пріоритети. "Можливо" – наступна стадія свідомого (логічною) опрацювання певної потреби. В процесі її здійснюється оцінка наявних ресурсів і особливостей ситуації, а також вибір оптимального алгоритму відповідних дій та імовірнісна оцінка їхньої успішності. "Виходить" – це процес емпіричної перевірки "можливо" з подальшим його коригуванням. Без "виходить", "можливо" залишається лише умоглядним конструктом, що має невисоку практичну значущість. На етапі "виходить", якщо виходить органічно і легко, саме і починає оформлятися ситуативно можливий персонально ідеальний стиль життя.

Важливою умовою збереження персонально ідеального стилю життя є щоденна стимуляція: сенсорна, емоційна, інтелектуальна. Ця стимуляція

досягається активною участю в повсякденних справах, додатковими фізичними навантаженнями, всілякими провокаціями посилюючого фізіологічного та психологічного стресу. Людина, як би постійно балансує між станами депривації і пересичування, недовантаження і перевантаження, у пошуках виходу на оптимальний рівень фізичного та психічного комфорту. Знаходження поблизу персонального оптимуму характеризується зокрема збалансованістю і адекватністю емоційних реакцій і добрим самопочуттям в цілому. Фізіологічними ознаками вдалого вибору стилю життя є нормалізація сну, зменшення проявів астенії, зникнення неприємних вегетативних симптомів.

Персонально ідеальний стиль життя, це процес (стан), який неможливо однозначно описати і втиснути в кінцевий набір характеристик. Про те що він відбувається можна судити по цілому ряду непрямих ознак. Наприклад, процедура вибору в проблемній ситуації не викликає надмірної напруги і подальшого за ним психічного та фізичного виснаження. З'являється легкість і природність в поведінці. Зникає потреба постійно з кимось або з чимось змагатися, перевіряти себе на міцність, витривалість і увесь час підтверджувати власну значущість. Відновлюється вміння вичікувати, коли в цьому є необхідність. Формується навичка вдалого вибору "гармонійної" дистанції з предметами, людьми, явищами. Негативні емоційні прояви досади, образи, гніву, страху відносно швидко гальмуються. Песимістичний фон настрою якщо і виникає, то лише у виняткових випадках і ненадовго. Виникає відчуття дивного везіння, будь то в дрібницях або ж у важливих справах. Все складається більш-менш вдало, неначе навколишній світ якимось чином сприяє усім починанням. Неприємності не накопичуються, а долаються своєчасно і з мінімальними втратами. Зникає схильність до "катастрофізації" подій.

При виході на персонально ідеальний стиль життя зникає більшість "надмірностей". Тут немає місця догматизму та одержимості будь-якими ідеями. Усього того, що так характерно дисфункційному "чорно-білому" мисленню. Навіть кількість колишніх "непорушних переконань" помітно зменшується. Мислення стає гнучкішим, більш креативним та адаптивним. Такому мисленню

притаманні природна опора на універсальні світоглядні ідеї-принципи безперервної мінливості, взаємозв'язку, відносності, необоротності, самоорганізації, динамічної рівноваги. За допомогою цих ідей принципів здійснюється верифікація висновків на предмет їхньої істинності та значущості. Останнє потрібне для визначення особистісного сенсу будь якого умовиводу та його мотиваційної сили.

Однією з характерних особливостей адаптивного мислення є також гнучкість в плануванні. План стає тим, чим йому і належить бути – орієнтиром, але ніяк не надзавданням. Стан "одержимості метою" спостерігається украй рідко, лише в критичній ситуації виживання, де воно цілком доречне.

На фоні персонально ідеального стилю життя помітно підвищується індивідуальний антисугестивний бар'єр. Висока критичність мислення створює доволі непоганий захист від різноманітних ятрогеній, дидактогеній, парентогеній і тому подібних негативних сугестивних впливів.

Що до фізичного самопочуття, то тут вдається вийти на рівень максимально можливого благополуччя при об'єктивно існуючих соматичних проблемах. Зрозуміло, що при важких хронічних захворюваннях навряд чи можливо досягти стану повного фізичного комфорту. Проте вихід на персонально ідеальний стиль життя дозволяє цілком терпимо "співіснувати" з недугою, емоційно і ментально не занурюючись у неї.

Всі названі раніше особливості персонально ідеального стилю життя дозволяють задавати психотерапевтичні орієнтири для клієнта. Виглядають вони досить привабливо. Їхня привабливість створює мотиваційну основу для майбутніх спрямувань практично будь-якої людини. Усі наведені вище міркування стають предметом вербального терапевтичного навіювання в Мультимодальній сугестивній психотерапії.

Слід зазначити, що психотерапевтичний персонально ідеальний стиль життя – це не єдиний вірний шлях подолання недуги. Таких шляхів багато. Треба лише знайти той, який є оптимальним в даній конкретній ситуації. При цьому залишається ще здолати логічний парадокс, що породжується неминучою

мінливістю персонально ідеального стилю життя. Мінливість робить його нестабільним і не дозволяє чітко визначити. Для подолання цієї проблеми досить припустити, що на відносно малому відрізку часу можна, з певною долею умовності, розглядати персонально ідеальний стиль життя як щось більш-менш стабільне та незмінне. Як показали дослідження, таке запозичене з математики наближення, цілком виправдано з практичної точки зору.

Таким чином можна констатувати, що Психотерапевтичний персонально ідеальний стиль життя дозволяє максимально ефективно долати різноманітні проблеми психологічного і медичного характеру, дає можливість клієнтові реалізовувати свій творчий потенціал та самостійно справлятися з життєвими труднощами і досягати стану відносного благополуччя. Персонально ідеальний стиль життя можна використовувати як саногенну ідею або психотерапевтичний конструкт при комплексній психотерапевтичній роботі з особами, що страждають на невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади, а, також, різноманітними адикціями. Основними ознаками виходу клієнта на психотерапевтичний персонально ідеальний стиль життя є нормалізація основних фізіологічних констант організму, відновлення природного балансу сон-неспання, підвищення рівня адаптивності мислення, адекватність і збалансованість емоційних реакцій, індивідуально комфортний рівень соціальної активності. Ідея необхідності пошуку персонально ідеального стилю життя є однією із базових в системі Мультимодальної сугестивної психотерапії.

Література

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. 800 с.
2. Манілов. І.Ф. Деякі особливості сугестивної корекції «картини світу». *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Психологічні науки». 2017. Вип. 3. Т. 1. С. 209–213.

3. Манілов. І.Ф. Мультимодальна сугестивна психотерапія: вихідні положення та принципи роботи. *Психологічний часопис*: збірник наукових праць. 2019. № 1. Том. 21. С. 165-179. URL: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/491/310>

4. Тукаев Р.Д. Психотерапия: теории, структуры, механизмы. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 392 с.

ПОДВІЙНИЙ СОРОМ УЗАЛЕЖНЕННЯ АБО ТАЄМНИЦЯ, ЯКУ НЕ МОЖНА РОЗПОВСТИ

«Будь-яка таємниця потребує наркотика» -
крилатий вираз, розповсюджений в одужуючому
середовищі.

Мета: аналіз сорому, як багатослойного механізму. Розгляд сорому дитини із-за вживання батьків, як обтяжуючого фактору, що сприяє формуванню uzалежнення. Порівняльний аналіз факторів що впливають на формування uzалежнень за допомогою двох випадків із схожою клінічною картиною, в одному з яких я розглядаю можливі підстави для розвитку uzалежнення, в другому - вже сформоване хімічне uzалежнення, в основі якого лежить сором.

Спостереження за взаємодією дітей, наштовхнуло мене на роздуми про стресостійкість кожної окремої дитини до негативного психологічного впливу з боку представників однієї групи.

Роль глибинного сорому, що я називаю - “таємниця, яку нікому не розкажеш” у виборі тої чи іншої реакції дитини на образи або жарти, на мій погляд, відіграє важливу роль. Обґрунтувати свою думку я хочу за допомогою прикладу 1. В у закладі розвитку і відпочинку відбулася ситуація, після якої дитина відмовилася приходити надалі до закладу. Важливо відмітити, що атмосфера у таборі тепла, підтримуюча - з боку вихователів, наявність психолога, транслювання принципів порядності та піклування.

Хлопець другий рік поспіль відпочивав в даному місці, було помітно і раніше, що ця дитина буває вразливою, може усамітнюватись, ховатись. Також, у хлопця загострене відчуття справедливості і він дуже засмучується, коли когось ображають. Про те, що дитина не буде більше відвідувати табір, повідомила його мати. На питання про причину, вона відповіла, що інші хлопці звертаються

до її дитини образливими для нього словами - це те, що син назвав матері, як причину.

Вік дітей в цьому закладі 10-14 років. Зрозуміло, що в цей період діти тестують кордони одне одного, хочуть проявляти себе, відчувати себе значущими. Одним з таких проявів є використання ненормативної лексики та прізвиськ. Я помічала в групі звернення не тільки за ім'ям, інколи у спілкуванні між дітьми звучали якісь жартівливі прізвиська. Також, я помітила, що реакції дітей відрізняються - одні діти можуть відповісти, інші можуть розказати вихователю про це, ще хтось ображається, але на короткий період і далі продовжує отримувати задоволення від спілкування та дозвілля в даній групі.

Тепер звернімо увагу на реакцію дітей на зовнішні подразники, а саме, чому вона може бути різною, і перше, що б я виділила - це атмосфера в сім'ї.

Що я помічаю, дивлячись на родину хлопчика:

- із зовнішнього вигляду матері, помітно, що вона має пристрасть до алкоголю - інколи, коли мати забирає хлопчика, від неї відчутно запах алкоголю і цигарок. Минулого року, в розмові хлопець проговорював, що мати часто п'є пиво - і це розуміння хлопчика, звучало, як задекларована норма в сім'ї.

- коли мати хлопця привела його в табір, то повідомила, що дозволяє вихователям вдарити сина, якщо його поведінка буде поганою. Поганою поведінкою, в розумінні матері хлопця - це грайливість, неслухняність.

- хлопець живе разом з сестрою матері, у якої є донька інвалід. Тьотя хлопця призводить враження людини, що не залежна від алкоголю, вона часто забирає хлопчика з табору, замість мами. Не дивлячись на те, що в родині є тверезий дорослий, хлопець весь час говорить про маму, йому би хотілось, щоб мама прийшла до басейну, в який вихователі приводять дітей купатися, та у неї ніколи не виходить... На мій погляд, дитина хоче показати свою маму всім як відповідальну, люблячу, піклуючися. Таким чином, хлопець намагається зберігати віру в ту модель родини, яку він собі намалював. Разом з тим, є і інша частина розуміння хлопчика, щодо поведінки своєї матері, яке набуває все більшої сили. І це розуміння виростає разом і дорослішанням хлопця та відображається у погляді

дитини, утворюючи відтиск печалі на обличчі.

Усвідомлення чогось ненормального, неприємного, відрізняючогося від інших і, пов'язане з цим, почуття сорому, вже формується і кріпне у свідомості дитини. Та неможливість/незнання виходу, навіть напрямку, в якому цей вихід може бути, утворює своєрідну капсулу, в якій цей сором зберігається. Присутність алкоголізму в сім'ї, і відчуття, особливо з боку матері, ситуації, як чогось ненормального, може сприйматися дитиною, як відчуття власної ненормальності.

Таке відчуття ненормальності і є таємницею, яку дитині треба приховувати, щоб ніхто не дізнався, яка "погана" вона насправді.

Описаний вище процес, є першим шаром сорому, який стає глибинним.

Розглянемо процес наслоювання сорому в цій ситуації як формування негативного сценарію (безсвідомий життєвий план, Е.Берн)

Коли дитина, яка має самоусвідомлення "ненормальності", що є основою її самовідчуття, попадає в середовище взаємодії, то будь які негативні прояви з боку інших, вона буде підсвідомо накладати на свою "таємницю", що, відповідно, подвоює відчуття сорому, підсилюючи його силу.

Тоді, будь-які жарти чи образи з боку інших дітей, попадають саме у епіцентр вразливої дитячої неокріпшої психіки, і відчуваються у вигляді сорому з боку почуттів - М1(внутрішній малюк), захоплюють на тілесному рівні - М0 (соматичний внутрішній малюк) , разом з тим, підкріплюючи упередження дитини в Б1 (внутрішня батьківська фігура) про те, що світ є жорстоким, я не такий, як усі. Подібне упередження утворює заборону "не бути приналежним" (заборони, М.Р.Гулдінги). Ще один процес, який відбувається внаслідок поєднання внутрішніх переживань дитини і зовнішніх стимулів від інших - це формування захисних механізмів психіки, а саме заперечення. Що виглядає як: звинувачення інших - образа; та егоцентрична позиція - жалість до себе.

Ми знаємо, що будь-яка людина, а особливо дитина має потребу у приналежності.

Тому, підсвідомо дитина що «зберігає таємницю» -

1. Буде створювати внутрішню "капсулу", в якій можна сховатися від сорому - мати схильність усамітнюватися, "уходити в себе".

2. Буде шукати людину/оточення, що трансліює "ненормальність" з точки зору суспільних норм для відносин.

3. Буде шукати вихід своїй "таємниці" відчуваючи фонове бажання, у вигляді тривоги, звільнитися від тягарю.

Як може розгортатися програма даного сценарію, хочу розглянути за допомогою клієнтського випадку із схожою ситуацією в дитинстві – приклад 2.

Жінка з наркотичним узалежненням на першому плані та другорядними узалежненнями - алкоголь, паління, співзалежність. Батько і мати алкозалежні, середовище підтримуюче вживання ПАР.

Жінка розповідає, що в молодших класах відчувала цькування з боку однокласників по причині зайвої ваги, та все це терпіла, не маючи підтримуючих стосунків в своїй родині, де систематично вживали алкоголь.

Ілюстровною буде ситуація, що трапилась в дитинстві жінки: одного разу, хлопці з класу почали знущатися над дівчиною і разом з образами вдарили її палкою. Дитина злякалася і єдиний вихід з цієї ситуації, який вона обрала був втечею.

Дівчинка побігла додому, вдома серед дня спали її п'яні мати з вітчимою - це була доволі повсякденна обстановка. Коли вчителька, помітивши відсутність учениці, пішла за дитиною, та подзвонила у двері квартири, дівчинку охопила хвиля сорому за те, що вчителька може дізнатися «хто вона насправді!». Єдине, чого вона боялася в той момент, що дзвінок в двері може розбудити сплячих дорослих, хтось відкриє двері і найжахливіша таємниця розкриється.

«Таємниця», створена матір'ю дівчинки, що підтримувалася соціальним оточенням була навязана дитині (сценарій, Е.Берн) і мала для неї велике значення... Жінка говорить, що з дитинства відчувала свою ненормальність, несправжність. Перше вживання наркотику вона описує, як відчуття захищеності, спокою -"я наче опинилась в теплому обволакуючому просторі" - це є ілюстрацією першого способу самозахисту, а саме, початок створення

внутрішнього ілюзорного світу, як утікання від реальності.

1. За допомогою ПАВ (опіати), а саме зменшенню тривоги внаслідок їх вживання, дівчина відчула штучну безпеку, впевненість та захист, знаходячись серед інших (адиктивний симулякр, Старков Д.Ю.)

2. Клієнтка наголошує, що відчувала свою приналежність до людей із подібною життєвою ситуацією що і в неї, хоча мала позитивну модель сім'ї, завдяки родичам, у яких періодично проживала. Жінка помічає ще зі школи "обирала" однолітків, які своєю поведінкою відрізнялись від більшості. А серед дітей, з благополучних родин відчувала себе ущербною і, наче присутньою формально.

3. Клієнтка запам'ятала, яке полегшення відчула, коли у стані наркотичного сп'яніння, відкрила приятелю "таємницю", отримавши прийняття і розуміння, разом з тим підкріпивши жалість до себе.

Під дією наркотика сором дівчини- підлітка тимчасово блокувався. На короткий період вживання приносило полегшення.

Відмічу вторинну вигоду наркоманізації при обтяжуючому соромі - це зсунення центру уваги з внутрішнього сорому/болу в бік чітких, зрозумілих задач існування - забезпечення себе черговою дозою речовини.

Із подальшим перебігом узалежнення відбувається набуття і накопичення сорому, пов'язаного з наслідками вживання - деструктивною поведінкою узалежненої особи. На перший шар сорому накладаються інші шари, утворюючи трьохступіневий глухий кут (Меллор).

На прикладі цієї моделі, можна побачити як сором заблоковано на всіх порядках его-станів Б0-М0, Б1-М1, Б2-М2 (внутрішній конфлікт батьківської та дитячої частини на різних рівнях формування особистості).

Цей процес виключає мислення, внутрішню дорослу частину узалежненого, яка є:

1. Не сформована належним чином початково - Д0, Д1 (внутрішня доросла частина тілесний, дитячий рівні)

2. Формується деструктивно = слабка – Д2 (внутрішня доросла частина, сформованої особистості).

Б 2

Д 2

М 2

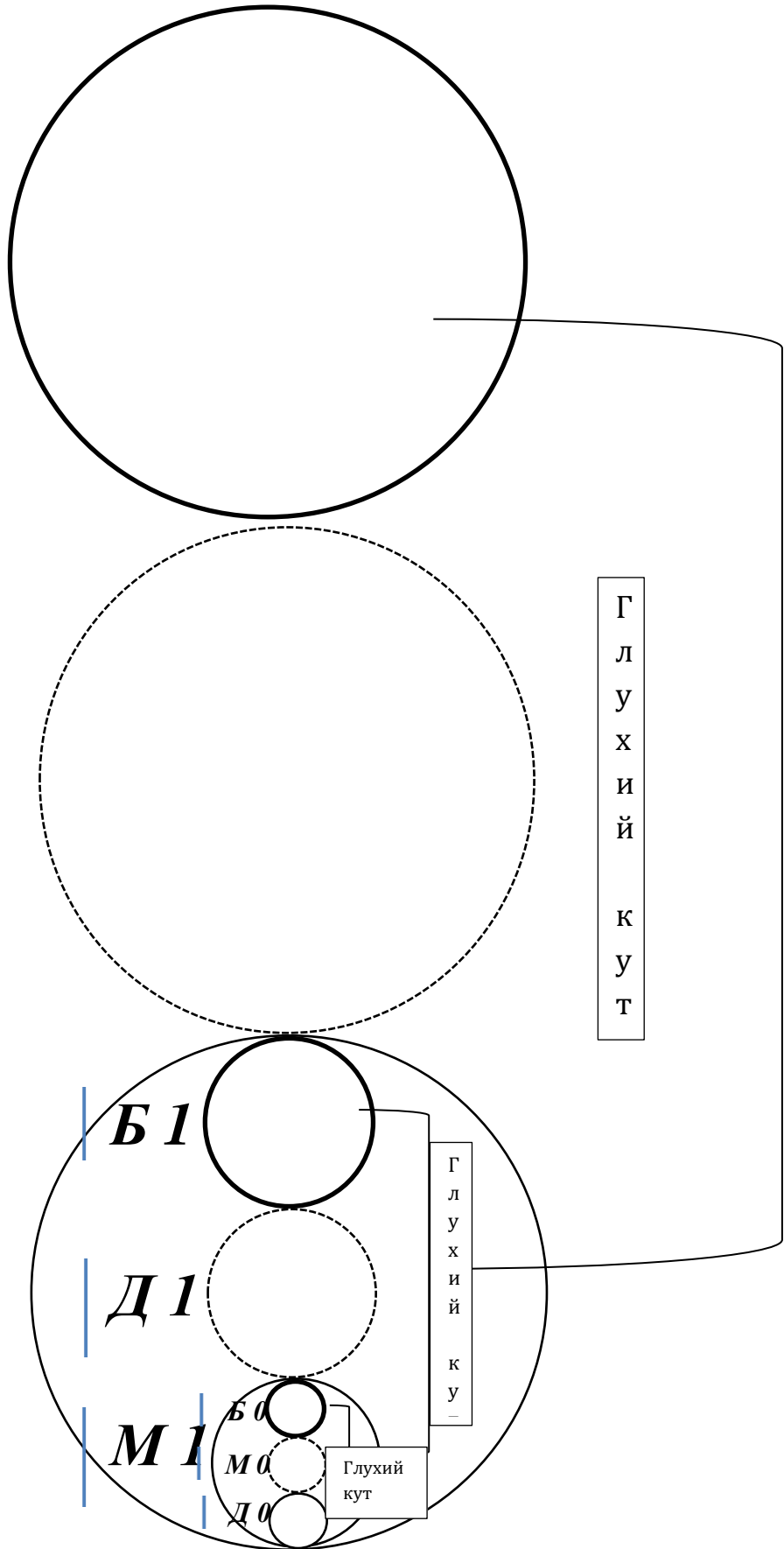


Рис. 1
Меллор, Глухі кути 1,2,3 ступіню.

Профілактика укріплення почуття сорому у дитини. Робота із 1 шаром сорому.

В ситуації з хлопчиком було прийнято такі дії:

1. Проведена бесіда з матір'ю, яку психолог запевнив, щодо підтримки хлопця вихователями і вирішення ситуації.

2. Розмова з батьками дітей, які приймали участь у образі хлопця, щодо неможливості булінгу у відносинах між дітьми як в даному закладі, так і будь-де. Прохання до батьків провести індивідуальні розмови.

3. Було проведено бесіду про толерантне ставлення в суспільстві з групою дітей.

4. Діти записали відео із вибаченнями, яке відправили хлопцю.

5. Хлопець повернувся до табору.

6. Індивідуальна розмова з хлопцем про способи виходу із конфлікту.

Мета таких дій:

-формування внутрішньої підтримки дитини- ПР+ (позитивна піклувальна батьківська фігура, що відповідає за самопідтримку) за допомоги зовнішнього прикладу.

-формування відчуття приналежності до колективу з різними проявами поведінки. АД+ (позитивна внутрішня адаптивна дитина)

-формування здатності вирішувати проблеми, а не утікати від них Д (внутрішня доросла частина – розсудливість).

-розвіювання упередження дитини про свою ненормальність шляхом прояснення можливості ненормальної поведінки інших.

-відокремлення особистості від поведінки (всі люди хороші, поведінка може бути різною, Е.Берн)

Робота з подвійним соромом в контексті узалежнення відбувається поетапно.

1. Набутий сором - зміна узалеженого мислення, побудова здорової цінносної системи, використання нової моделі мислення і поведінки в житті, відчуття нової приналежності у оточенні із здоровими нормами.

2. Перший шар -"Таємниця" - аналіз і прийняття минулого, відділення сценарію від автономії (Е. Берн), укріплення у автономії.

Висновки:

-реакція на одні й ті самі зовнішні стимули може відрізнятись у дітей з сімей, в якій присутнє узалежнення і у дітей, які ростуть в атмосфері, де панують здорові принципи взаємодії.

- почуття сорому, що зафіксувалося в дитинстві, не знайшовши конструктивного виходу, може впливати на формування узалежнення, внаслідок якого нашаруватись і утворювати глухий кут з боку негативного емоційного обтяження, що підсилює замкнене коло вживання – сором-провина-вживання (Д.Старков, лекції).

- атмосфера в сім'ї, що виходить за рамки суспільних норм відчувається дитиною, як власна вада, фіксується та зберігається як упередженість про поганого себе.

Павлюк М.М.,

доктор психологічних наук, професор кафедри психології МАУП,
провідний науковий співробітник лабораторії
психології соціально дезадаптованих неповнолітніх
Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0822-8128

ПРОФІЛАКТИКА ДЕВІАЦІЙ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ

Актуальність дослідження. Сьогодні як ніколи актуальними є питання профілактичної роботи з дітьми та підлітками, оскільки віддалені наслідки війни в Україні є неминучими не лише для самих українців, а й Європи та світу у цілому.

Психопрофілактичні програми спрямовані передусім на роз'яснення постраждалим внаслідок складних життєвих обставин необхідності відновлювальної роботи щодо показників усіх сфер особистості, оскільки кожна із них у сукупному вигляді дає цілісну картину зруйнованих внаслідок травматичних подій особистісних структур, які метафорично можна назвати білими плямами, що не дають змоги повноцінно функціонувати у суспільстві.

Автономність у зв'язку із цим є актуальним феноменом, який необхідно задіяти під час психопрофілактичних заходів, оскільки саме завдяки даному особистісному утворенню можливо уникнути крайнощів у поведінці таких як приміром девіантна поведінка внаслідок переживання психотравмуючих подій.

Автономізація – прагнення індивіда виділитися з числа інших, переживання суб'єкта своєї відстороненості від об'єкта. Автономізація – прагнення індивіда виділитися з числа інших, переживання суб'єкта своєї відстороненості від об'єкта. Об'єктивно ідентифікація виступає як механізм «присвоєння» індивідом с в цілому своєї людської сутності, як механізм соціалізації особистості, а автономізація – як механізм індивідуалізації особистості.

У процесі психопрофілактики ми враховуємо два рівні організації

особистості. Рівень перший - привласнення структури самосвідомості, відбувається не лише через механізм ідентифікації. Присвоєні елементи структури самосвідомості наповнюються індивідуальним змістом і закріплюються в особистості завдяки її здатності до автономізації. Ідентифікація також вибіркова: зовнішні впливи завжди опосередковуються внутрішнім змістом, позицією особистості. Здатність до автономізації - це перш за все позитивна здатність до утримання, захисту, збереження індивідуального. Рівень другого народження особистості, пов'язаний з формуванням світогляду. Проявом активної волі, через який у соціумі реалізується світогляд, є самостійність.

Автономність реалізується як єдність і взаємозв'язок зовнішніх і внутрішніх факторів, які детермінують регуляторні процеси особистості у соціокультурному середовищі. Зазначена єдність, взаємозв'язок та взаємозалежність формується в онтогенезі особистості, і визначає ті особистісно-типологічні особливості, які опосередковують процеси соціальної адаптації. Протилежними до автономності: вивчена безпорадність, навіюваність, відсутність зворотнього зв'язку, відчуженість, які являють собою симптомокомплекс особистісних якостей девіантів.

Отже, симптомокомплекс якостей автономної особистості виступає одним із головних чинників адаптації осіб із девіантною поведінкою, який висуває необхідність цілеспрямованого розвитку системи суб'єктної саморегуляції на особистісному і соціальному рівнях. Автономізація – прагнення індивіда виділитися з числа інших, переживання суб'єктом своєї відстороненості від об'єкта. Автономізація тісно пов'язана із ідентифікацією. Об'єктивно ідентифікація виступає як механізм «присвоєння» індивідом своєї людської сутності, як механізм соціалізації особистості, а автономізація – як механізм індивідуалізації особистості.

Порушення автономності виявляються у несформованості власної позиції особистості, нездатності відстоювати свої психологічні межі, захищати свій особистісний простір. Нездатність до автономізації - це перш за все нездатність до утримання, захисту, збереження індивідуального, унікального, неповторного.

У осіб із девіантною поведінкою присвоєні елементи структури самосвідомості наповнюються деструктивним змістом і закріплюються в особистості завдяки її нездатності до автономізації, що виявляється у відсутності власних поглядів, позицій, переконань, що є структурними компонентами світогляду особистості. Механізми автономізації діють на емоційному та когнітивному та поведінковому рівнях, що виявляється у нездатності при взаємодії з іншими людьми «зберігати свою істинну сутність», захищати та відстоювати власні цінності та керуватися ними у своїй поведінці.

Розглядаючи гіперфункцію механізмів ідентичності особистості, слід зазначити, що при депривації особистості бажаний рівень автономізації може замінитись відчуженням, а недостатній рівень автономізації та гіперфункція ідентифікації стати причинами розмитої ідентичності, співзалежності особистості.

Автономізація є механізмом відстоювання окремим індивідом своєї природної і людської сутності, можливість виділити себе із загального цілого; зайняти особливе положення у суспільстві. Ідентифікація та автономізація розглядаються як діалектично пов'язані механізми: ідентифікація – механізм переживання суб'єктом ототожнення своєї тотожності з об'єктом ідентифікації: іншою людиною або будь-яким об'єктом.

З уявленнями про автономність перегукується і поняття психологічної суверенності, яке визначається як здатність особистості контролювати, захищати і розвивати свій психологічний простір, заснований на узагальненому досвіді успішної автономної поведінки. Психологічна суверенність є формою суб'єктності особистості і дає змогу в різних формах спонтанної активності реалізувати як власні потреби, так і потреби іншої особистості.

У цьому ж термінологічному просторі знаходиться і поняття особистої автономії, яка являє собою незалежність, *здатність приймати рішення*, спираючись на внутрішню підтримку. Слід підкреслити, що автономія - це в першу чергу незалежність «від чогось», а суверенність - управління «чимось», «по відношенню до чогось». Під автономією розуміються такі прояви у поведінці, свідомості, почуттях і думках людини, які обумовлені саме її *особистісними*

спонуканнями, а не ситуативними чинниками, соціальними вимогами або інтросектами чи правилами інших.

Автономія таким чином виступає у якості компонента внутрішньої саморегуляції особистості в сфері мотивації. Особистісну автономію також визначається як психологічний конструкт, який описує здатність особистості бути самим собою, знати, що вона хоче, і вміє це реалізувати. Прояви особистісної автономії можуть розглядатися як показники досягнення рівня особистісної зрілості, а також в якості показника особистісного здоров'я і психічної стійкості. Несформованість особистісної автономності може призводити до психічних порушень різного ступеня тяжкості.

Із нашої практики психологічного консультування підлітка із девіантною поведінкою був дуже яскравий приклад порушення особистісної автономності, коли у процесі консультативної роботи психолог запропонувала у якості домашнього завдання намалювати малюнок, підліток (16 років) заявляє, що вона не може самостійно вдома малювати. Вона може це робити лише у присутності психолога тут на занятті. Коли психолог запитала, а як інші діти – однолітки на її думку чи можуть вони малювати самостійно вдома, дитина відповідає, що у школу вона не ходить... Після повномасштабного вторгнення Росії до України ще якийсь час займалася дистанційно, а потім перестала підключатися на заняття. Мама виховує доньку одна, тому не може вплинути на неї...

Емпіричними проявами автономії виступають особливості мовних конструктів, характеристики дій в ситуації вибору і прийняття рішень, типи емоційних процесів, які супроводжують діяльність, особливості свідомих і несвідомих установок, прояви особистісної зрілості, які розуміють як вміння усвідомлювати і приймати все більше «темних» сторін власної особистості. Автономія пов'язується також із високим рівнем інтегрованості «Я», із відкритістю досвіду, із диференційованим ставленням до подій і до власної поведінки, меншим проявом захисних механізмів і фільтрів при сприйнятті інформації.

Коли вільний потік почуттів обмежено, людина втрачає контакт із

зовнішнім світом і самим собою. Заборони і накази, спрямовані на маніпулювання почуттями, пригнічують у особистості здатність до прийняття необхідних життєвих рішень. Коли дитину постійно зупиняють при прояві таких почуттів, як страх, злість або сором - це небезпека для її автономного розвитку. Пригнічення власних почуттів призводить до блокування своєї власної сутності та є наслідком того, що особистість із суб'єкта перетворюється на об'єкта впливу, що дуже характерно для соціально дезадаптованих неповнолітніх.

Досвід залежності - це первинний досвід, який особистість отримує в дитинстві. При здоровому духовному розвитку у процесі дорослішання усе більшого значення для особистості набуває потреба в автономності. Для більш глибокого пізнання себе як автономної особистості в процесі особистісного розвитку існує багато можливостей:

- можливість робити щось із власним тілом (наприклад, повзати, сидіти, вчитися ходити);
- радіти можливості навчитися чомусь новому (наприклад, говорити, читати, співати, музиці);
- вчитися говорити «ні»;
- свідомо обирати для себе оточення (наприклад, друзів, партнерів);
- вміння розпоряджатися грамотно продуктами харчування та іншими речами, необхідними для власного споживання (наприклад, вирощувати овочі і фрукти, самому заробляти гроші);
- самостійно мислити і висловлювати свої судження незалежно від думки оточуючих;
- втілювати в життя власні плани (обирати професію, подорожувати тощо).

Досягнення особистістю автономності є наслідком прийняття на себе особистої відповідальності за свій життєвий шлях. Контекст залежності-незалежності постійно змінюється впродовж усього життя, викликом для підростаючої особистості при цьому залишається збереження особистісної автономності в кожному новому контексті і підтримка можливості для збереження особистої свободи. Рівень задоволеності життям визначається

наявністю відчуття, що особистість користується наданою їй свободою, приймає важливі в своєму житті автономні рішення.

Пономарьов А.О.

магістр психології,

волонтер ГО «Шанс на життя»

ponomerevandrey1987@gmail.com

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ АДИКТА ЗА ДОПОМОГОЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТУ АММОНА В ПЕРІОД РЕМІСІЇ

Вступ. Сучасний соціальний стан в Україні характеризується значним рівнем нестабільності. Ведення бойових дій, що супроводжується перманентною загрозою для життя, обстріли цивільної інфраструктури на значному віддаленні від лінії зіткнення спричиняють формування травмуючого фону [4, с.72]. Різне зниження рівня життя, непрогнозованість майбутнього та інші супутні соціальні чинники сприяють зростанню рівня психологічного напруження в усіх верствах населення. Адикти як соціальна категорія підвищеної вразливості, в умовах війни стикаються з нестандартними труднощами в питанні підтримки ремісії і соціалізації незалежно від характеру систем супроводу. Необхідність зниження рівня рецидивів зумовлює потребу у формуванні єдиного підходу до визначення адиктивної поведінки, розумінні актуального психологічного стану адикта, особливостей функціонування його особистості на різних термінах підтримки ремісії. [1, с.97].

Мета роботи: викладення результатів дослідження динаміки функціонування структурних компонентів особистості адикта за допомогою Я-структурного теста Аммона у респондентів з різними термінами ремісії і власної точки зору автора на характер та задачі психологічного супроводу uzалежненого індивіда в контексті результатів дослідження.

Основний виклад матеріалу. На даний момент в Україні індивідами з розладами аддиктивного характеру активно використовуються наступні системи підтримки:

- 1) Медичні;

2) Немедичні.

До медичних відносяться системи, в яких медикаментозний супровід є основним інструментом взаємодії з адиктом в питанні контролю потягів до вживання ПАВ і допомоги в соціалізації, а також присутня концепція «зменшення шкоди». Психологічна робота з адиктом ведеться здебільшого доказовими методами психотерапії, наприклад когнітивно – поведінковою терапією (КПТ) [5]. До таких систем можна віднести:

- 1) Систему замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)
- 2) Індивідуальні обліки у нарколога або психіатра.

Немедичними є системи, в яких використання препаратів ЗПТ (метадон, метафін та ін.), або інших медичних препаратів (гідазепам, кветіапін та ін.) не є інтегрованим в концепцію взаємодії з клієнтом [8, с.22]. Профілактика неконтрольованих потягів до вживання відбувається шляхом формування у клієнта навичок самоконтролю, самоаналізу, нових соціально прийнятних моральних цінностей, переорієнтації з егоцентричної моделі світогляду на модель, в якій домінуватимуть суспільно корисні шляхи самореалізації. До цих систем відносяться наступні:

- 1) Спільноти, створені на засадах дванадцятикрокових програм одужання: товариства АН, АА, АП та ін.
- 2) Релігійні церковні системи: громади, створені при православних монастирах; система протестантських помісних церков [2, с.118].
- 3) Системи, що функціонують в форматі терапевтичних спільнот і мають власні комбіновані програми підтримки ремісії (МОНАР).

Кожна з вищеозначених систем пропонує свій комплекс активностей з профілактики зриву [7, с.3]. До них можна віднести:

- 1) Ведення щоденника (емоцій, подій, вдячностей тощо);
- 2) Відвідування адиктом індивідуальної терапії або групових терапевтичних груп;
- 3) Волонтерську діяльність, спрямовану на допомогу у функціонуванні системи підтримки;

4) Читання програмної літератури;

5) Підвищення рівня власної обізнаності в питанні концепції хвороби і профілактики зриву.

6) Регулярна психодіагностика для виявлення передкризових станів і своєчасної корекції програми підтримки ремісії.

Одним із завдань, які потрібно вирішити психологу при супроводі клієнта з узалежненням – це допомога у формуванні індивідуальної програми профілактики зриву і її своєчасній корекції. Цей процес ускладнюється необхідністю визначення не лише актуального психоемоційного стану клієнта, але й функціоналу структури його особистості. Розуміння спеціалістом перспективи динаміки функціонування її структурних компонентів є важливим кроком на шляху до підвищення рівня ефективності психологічного супроводу та якості соціалізації адикта в ремісії, зниження ризику рецидиву.

Старков Д. Ю. за результатами своїх досліджень прогнозує формування екзистенційної кризи в адикта після першого року утримання від контакту з об'єктом залежності [6, с.18]. Автором, в свою чергу, з листопада 2021 по лютий 2023 року було проведено дослідження структури особистості адиктів з різними термінами ремісії за допомогою Я – структурного теста Аммона (ISTA) [3, с. 88]. Єдиним зовнішнім фактором, який міг вплинути на результати дослідження визначено військовий конфлікт, що був викликаний російською агресією на території України в лютому 2022 року, а саме психологічні наслідки його усвідомлення учасниками дослідження. Результати дослідження зображено в таблиці 1:

Таблиця 1

Результати опитування за Я - структурним тестом Аммона

Структурна Функція	Тривалість ремісії, років		
	$X < 1$	$1 < X < 3$	$X > 3$
A1	41,2	42,5	50,3
A2	55,3	63,3	53,3

A3	58,6	58,8	50,3
C1	44,9	51	60,7
C2	52	52	33,7
C3	63,3	63	50,3
O1	42,1	44	51,7
O2	53,6	61	45
O3	54,8	59,8	46
Q1	44,4	43,3	51
Q2	64,5	56,3	52
Q3	58,8	64	49,7
N1	38,7	40	49,3
N2	60,1	64,3	42,3
N3	60,1	52,3	41,3
S1	44,7	54,3	48
S2	52,9	54,5	43,7
S3	45,7	50	45,3

Дані, отримані в результаті проведення дослідження, демонструють збільшення непродуктивно функціонуючих (деструктивних і дефіцитарних) структурних компонентів особистості в період від 1 до 3 років ремісії, що пояснюється процесами формування і активного проживання кризи адиктом. Саме в цей період орієнтація з вирішення проблем викликаних неконтрольованим контактом з об'єктом залежності змінюється на усвідомлення і вирішення поточних викликів життя у суспільстві. Поверхневе усунення наслідків особистісної деградації і відсутність контакту з об'єктом залежності не можуть забезпечити комфортне продуктивне життя uzалеженого індивіда. Недоцільність використання попереднього досвіду, наповненого деструктивними поведінковими паттернами зумовлює необхідність виходу адикта із зони комфорту в пошуках якісно нового досвіду. В період активного проживання кризи з метою

усвідомленні і вирішення кризової проблематики адикт вимушений долати певні труднощі як зовнішнього (сімейні конфлікти, відсутність співчуття і підтримки в соціумі, стигматизація адиктів в суспільстві), так і внутрішнього (непродуктивні установки, деформація характеру під впливом деструктивного стилю життя тощо) характеру. Невідповідність наявних ресурсів необхідним для виходу із кризи і особливості узалежненої особистості призводять до зростання рівня внутрішнього напруження у індивіда і використання ним радикальних непродуктивних стратегій. Наприклад, при виникненні непорозумінь на роботі, замість намагання усунути їх за допомогою діалогу, адикт звільняється і лишається без роботи. Такий спосіб реагування на виникнення перешкод і викликів в зовнішньому соціумі знаходить своє відображення в зростанні ролі деструктивної складової агресії як структурної компоненти функціонування особистості.

За відсутності належного психологічного супроводу, спрямованого на допомогу клієнту в продуктивному подоланні кризи, підвищений рівень тривоги ускладнює пошук шляхів подолання кризової проблематики. Це призводить до зростання рівня емоційної нестабільності, що знаходить своє відображення в підвищених рівнях афективного компоненту агресії, цинічності, зростанні відчуття незадоволення своїм життям, формуванні негативного емоційного фону по відношенню до оточуючих.

Взаємодія з адиктом і допомога йому у формуванні індивідуальної програми підтримки ремісії повинна враховувати його актуальний психоемоційний стан і потреби. Самостійно сформована програма може не відповідати реаліям узалежненої особистості з різних причин, серед яких автор виділяє наступні:

- 1) Підвищений рівень афективності, спричинений кризовим станом;
- 2) Анозогнозія, супутня адиктивним порушенням;
- 3) Неадекватна оцінка життєвих ситуацій і власних поведінкових паттернів, спричинена дисфункціоналом компоненти «внутрішнього Я-відмежування».

Динаміка функціонування вищезначеної структурної складової узалежненої особистості на різних етапах підтримки ремісії демонструє, що

середньостатистичний адикт на ранніх етапах ремісії (до 1 року) не приділяє достатньої уваги вивченню власного внутрішнього світу. Достатньої роботи з виявлення, усвідомлення, оцінки і переоцінки свого відношення до потягів, фантазій, уяви тощо не проводиться. Усвідомлення кризового стану як комплексу життєвих викликів, зовнішніх та інтрапсихічних конфліктів, що їх не в змозі продуктивно вирішити індивід, спираючись на наявне уявлення про себе, в якому домінує відсутність цілісного образу «Я», призводить до початку дослідження і аналізу внутрішнього світу індивіда з метою отримання необхідного досвіду і актуальної інформації про себе. Відсутність навичок побудови ефективних гнучких кордонів між внутрішнім світом і його проявами в зовнішніх соціальних активностях призводить до тимчасового домінування дефіцитарної складової в структурі внутрішнього «Я-відмежування» на етапі активного проживання кризи, тобто в період між одним роком і трьома роками терміну ремісії. Відсутність системи підтримки в цей період може призвести до зриву, оскільки усвідомлення власних деструктивних потягів та інтрапсихічних конфліктів може спровокувати розвиток негативних емоцій-них переживань високої інтенсивності, з метою уникнення яких адикт може повернутися до контакту з об'єктом залежності як ідеальним об'єктом, що може позбавити індивіда від необхідності страждати. Домінація неконструктивних складових в усереднених показниках цієї структурної функції в усіх групах респондентів свідчить на користь гіпотези про доцільність систематичної взаємодії з системами підтримки узалежнених, про яку йдеться в концепціях підтримки ремісії різних програм (релігійних та дванадцятикрокових тощо).

Окремої уваги в контексті аналізу динаміки взаємовідносин в парі «психолог-клієнт» під час психологічного супроводу в питанні профілактики зриву і формуванні програм підтримки ремісії заслуговує показник зовнішнього «Я-відмежування». Це показник, який демонструє рівень ефективності побудованих кордонів з соціумом, здатності формувати власну точку зору зокрема з питань підтримки ремісії і схильності потрапляти під вплив оточую-

чих. При цьому психолог, як спеціаліст, що будує динамічний контакт з клієнтом – адиктом має враховувати наступні особливості клієнта:

1) На ранніх термінах ремісії (до 1 року) низький рівень усвідомлення клієнтом свого актуального емоційного стану робить недоцільним використання недирективних засобів взаємодії. Важливим на цьому етапі є побудова стійкого довірливого контакту з адиктом.

2) В період від одного до трьох років тверезості особистість адикта характеризується підвищеним рівнем дисфункціоналу в різних сферах. В нього зростає рівень самоусвідомлення і формується досвід продуктивного аналізу власного стану при використанні різних елементів програми з профілактики зриву. Підвищений рівень неконструктивних складових в функціонуванні зовнішнього і внутрішнього «Я-відмежуванні» вимагає обережності при використанні недирективних методик, з причини підвищеного рівня впливу інтрапсихічних конфліктів, що їх усвідомлює клієнт. Ефективність психологічного супроводу багато в чому залежить від якості контакту, що сформувався у психолога з клієнтом, або попереднього досвіду аналогічного контакту при формуванні стосунків з новим спеціалістом.

На користь концепції про проживання адиктом кризи вказує динаміка показників нарцисизму. Вона може свідчити про проживання адиктом кризи на кшталт підліткової кризи его-ідентичності Домінування дефіцитарної складової в нарцисизмі узалежненої особистості на ранніх термінах ремісії свідчить про відсутність розуміння себе, свого місця в соціумі. Переорієнтація з егоцентричної моделі взаємодії зі світом призводить до початку самоаналізу і вивченню ролей, що їх відіграє індивід в соціумі. Цілком логічним виглядає домінування конструктивної складової нарцисизму в тривалих термінах ремісії. Вирішення проблематики інтеграції різних ролей в єдине цілісне уявлення про себе логічно призводить до виходу з кризового стану.

Висновки. Динаміка змін в структурі особистості адикта на різних етапах ремісії є малодослідженою сферою сучасної адиктології. Вирішення питання підвищення ефективності програм психологічного супроводу як в умовах

постреабілітації, так і в умовах самостійного формування і підтримки стану ремісії, можливе лише за умови розуміння психічних процесів, якими супроводжується життєдіяльність узалежненої особистості. Дослідження, проведене автором серед адиктів з різними термінами ремісії розкриває динаміку змін структури особистості адикта після відмови від неконтрольованого контакту з об'єктом залежності. Автором зроблено спробу пояснити отримані результати в контексті гіпотези про формування кризи в житті адикта під час становлення довготривалої ремісії і викладено власну точку зору щодо особливостей психологічного супроводу адикта в ремісії. Отримані результати можуть використовуватись при складанні психокорекційних програм в різних системах психо-логічного супроводу, зокрема в умовах постреабілітації, а також при проведенні подальших наукових досліджень особливостей функціонування узалежненої особистості.

Література

1) Железнякова Ю.В. Аддиктивна поведінка: аналіз наукових підходів / Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. - К.: Видавництво "Фенікс", 2013. - Т. XII. Психологія творчості. - Випуск 18. - 304 с.

2) Жуковський В.М., Климишин О. І., Вознюк О.В. та ін. Побудова системи реабілітації осіб, залежних від психотропних речовин, на основі християнської психології. монографія / за ред. В. М. Жуковського, О.І.Клими-шин. – Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2014 – 244 с.
URL: <http://eprints.zu.edu.ua/26788/1/1%20МОНОГРАФІЯ%20ЛЮТИЙ%202015%20Р.pdf> (дата звернення: 20.07.2023)

3) Назаревич В.В., Пономарьов А.О. Динаміка взаємозв'язку розладів тривожності і агресії узалежнених осіб на етапі постреабілітації / Студентський дайджест. Збірник наукових матеріалів здобувачів вищої освіти. Випуск 6. Рівне: РДГУ, 2022. 143с.

4) Приходько І. І., Байда М. С. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки військовослужбовців / Честь і закон. - 2018. - № 3. - С. 67-74. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Chiz_2018_3_11 (дата зверення: 01.08.2023).

5) Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин: наказ Мінсоцполітики України № 677 від 01.10.2020.

6) Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації / Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2021. – Режим доступу: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/av-tor_stark_1617127645.pdf (дата зверення: 16.07.2023).

7) Gorski, Terence T; Miller, Merlene Staying sober : a guide for relapse prevention / CENAPS Corporation. 1986.

8) Narcotics Anonymous, World Services, Inc. / Van Nuys CA 91409 USA / ISBN 978-1-55776-735-6.

Ремесник Н.Ю.,

аспірант

Інституту психології імені Г.С. Костюка

natarem@ukr.net

ORCID:0000-0001-5885-6942

САМОПРИЙНЯТТЯ ЯК ЧИННИК ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

В сучасному світі гостро стоїть проблема надмірної ваги та ожиріння, що значно впливає на стан здоров'я та якість життя людини. За оцінками ВОЗ, зайву вагу мають більш млрд людей, і ця цифра має тенденцію до збільшення. Вік набуття надмірної ваги та навіть ожиріння зменшується, все більше людей починають страждати від зайвої ваги вже з дитинства та підліткового віку. Проблема існує незалежно від віку, соціального статусу, професії чи національності. Занепокоєння визиває те, що в Україні близько 25% людей мають надмірну вагу [1].

В більшості випадків зайва вага чи ожиріння обумовлені наявністю розладів харчової поведінки, далі РХП. Незважаючи на те, що вирішенням цієї проблеми займаються цілі організації та інститути, на даний момент поки що не існує універсального інструменту для покращення ситуації. Іноді навіть деякі лікарі не відстежують зв'язок між наявністю в людини РХП та її психологічними проблемами [2]. В той же час, для корекції таких розладів саме психотерапія виступає першою лінією допомоги, впливаючи на зменшення симптомів та полегшення стану особистості [3]. Значна частина людей із зайвою вагою страждають від несприйняття образу власного тіла, самокритики та недоліку самоприйняття, що значним чином погіршує їх емоційний стан та усугубляє нездорову харчову поведінку.

Мета роботи: довести вплив самоприйняття особистості на харчову поведінку людини.

Основний виклад матеріалу: у статті ми описали власні дослідження та висвітили як недолік самоприйняття особистості негативно впливає на загальне самоствалення особистості, погіршення його емоційного стану та психологічного благополуччя та опосередковано впливає на харчову поведінку людини. Так, були проведені дослідження людей з ознаками наявності РХП у вигляді емоціогенної та екстернальної (зовнішньої) поведінки.

Проведений регресивний аналіз за шкалами емоціогенної та екстернальної харчової поведінки показав, що існують певні предиктори, які сприяють розвитку порушень харчової поведінки. До таких факторів відносяться деякі особистісні характеристики, такі як схильність до перфекціонізму та самокритики. Додатково прагнення людини досягати певних результатів та високі очікування від себе наряду з невмінням дозволяти собі помилки викликає напругу та стрес. Цей стрес проковує бажання уникнути складних переживань та емоцій за рахунок переїдання. Ознакою екстернальної харчової поведінки є реакція на зовнішні стимули у вигляді людей поруч, які приймають їжу чи реклами. Сама по собі екстернальна харчова поведінка не завжди викликає РХП чи проковує появу надмірної ваги, вона часто виступає як додатковий фактор.

Здійснений нами аналіз даних дослідження показав, що досліджувані із зайвою вагою відрізняються від досліджуваних із нормальною вагою по ряду характеристик. Так, досліджувані із зайвою вагою мають гірший контроль діяльності, іноді взагалі схильні до бездіяльності, мають розмиті чи нечіткі цілі. Такі люди мають схильність до самокритики, відчувають себе відчуженими, незадоволені собою, мають відчуття тривоги через певні особистісні якості. В цілому, їхня здатність до самоприйняття значно знижена.

Також, порівняння у нашому дослідженні певних даних у досліджуваних із негативним сприйняттям образу власного тіла, та досліджуваних із позитивним образом тіла продемонстрував, що ряд особистісних характеристик відрізняється. Особлива різниця виявлена між самоприйняттям та зниженим самостваленням в цілому. До відповідних показників надійшли такі характеристики, як недовіра до себе, недостатньо розвинута віра в власні здібності та можливість контролювати

власне життя, самозвинувачення та самокритика, очікують на погане ставлення до себе від оточуючих. Регресивний аналіз продемонстрував, що основний фактор, який впливає на самоприйняття особистості це аутосимпатія. Також досліджувані з негативним образом тіла часто мають високу тривожність та схильність до депресії.

Додатково ми відстежували показники по шкалам екстернальної та емоціогенної харчової поведінки. Ці показники виявились предикторами самоприйняття з негативними коефіцієнтами у групах досліджуваних із зайвою вагою та негативним образом тіла. У групах досліджуваних з нормальною вагою та позитивним образом тіла цього не було продемонстровано. Тобто, нездорова харчова поведінка чи розлад харчової поведінки викликає напруженість та знижує здатність людини приймати себе.

Також, розвитку РХП сприяють невміння відноситись до себе з турботою та любов'ю, що в більшості випадків обумовлено певними складнощами в дитячому досвіді людини. Так, функціональні стосунки в батьківській сім'ї чи сварки між батьками, відчуття відчуженості суттєво впливають на здатність людини ставитись до себе з любов'ю в дорослому віці та можуть викликати загальні складнощі в будіванні близьких стосунків.

Аналіз показників самоприйняття досліджуваних, які мають негативний образ тіла та надмірну вагу також показав що самоприйняття знижується при невмінні бути в контакті з власними емоціями, тобто розуміти власні почуття та мати можливість з ними впоратись. Невміння контролювати та проживати певні емоційні стани провокує втечу від складних для людини емоцій. Ця втеча може відбуватись в різноманітну діяльність, фантазії чи емоціогенну харчову поведінку.

Висновки: Порівняння досліджуваних із зайвою вагою та нормальною та досліджуваних, які мають негативний образ тіла та позитивний образ тіла продемонструвало такі відмінності, як впевненість в собі, каузальна орієнтація, здатність контролювати власне життя, ставити чіткі цілі, відчуття психологічного благополуччя. Всі ці показники як у досліджуваних із зайвою вагою, так із

негативним образом тіла були знижені у порівнянні з групою досліджуваних із нормальною вагою та позитивним образом тіла. Були виявлені й додаткові. В першу чергу, це самоставлення. У людей із негативним образом тіла цей показник був суттєво знижений за всіма показниками, не лише за самоприйняттям.

Недолік самоприйняття особистості в багатьох випадках виступає провокуючим фактором для виникнення різного роду психологічних проблем. В тому числі, наші дослідження свідчать про те, що особи, які мають порушення харчової поведінки і, як наслідок, мають проблеми з надмірною вагою, також в багатьох випадках мають проблеми з образом власного тіла та недолік самоприйняття [4]. Це впливає на розвинення почуття провини та самокритики, викликає напругу, погіршення емоційного стану та провокує новий цикл нездорової харчової поведінки. В цьому випадку, покращення відношення до себе та зміцнення самоприйняття позитивно впливає на емоційний стан людини, зменшення напруги та покращення харчової поведінки людини.

Список використаних джерел

1. Проблема ожиріння в сучасному світі. *Національна Академія медичних наук України.* (2021), 02. 06 URL: www.amnu.gov.ua
2. Назаренко Т., Сушко, О., Курило Г. та інші (червень 2016 г.). Розлади харчової поведінки в Україні: проблеми і перспективи. *Медична газета; Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія»*(№ 2 (37)), 10. <https://health-ua.com/article/5203-rozladi-harchovo-povednki-v-ukran--problemi-perspektivi>
3. Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal*, 50 (1), 24-29. doi: <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
4. Ремесник, Н.Ю., (2020 г.). Самоприйняття особистості як важлива складова щастя. *Щастя та сучасне суспільство*, Львів

Рябовол Т. А.,

старший науковий співробітник
лабораторія соціально дезадаптованих неповнолітніх
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України,
ORCID 0000-0001-9769-6742

ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ – ЧИННИК ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ

За період повномасштабної війни життя кожного українця так, або інакше змінилося. Усі разом і кожен сам по собі ми переживаємо важку психологічну кризу, адаптуючись до умов життя у війні. І суть цієї адаптації полягає не тільки в тому в тому, щоб навчитися жити в менш комфортних матеріальних умовах, ніж ми звикли, але й в стані невизначеності. Невизначеність для людини один з найбільших страхів, адже коли вона не знає, що буде далі, як вплине її поведінка на успішність вирішення ситуації, то не може передбачити наслідки своїх дій. І це разом з втратою контролю над ситуацією стає стресом, викликає багато тривоги, страхів, аж до панічних настроїв та атак.

Крім того, війна – це завжди втрати найдорожчого та найціннішого для людини: здоров'я свого та близьких людей, життя рідних та знайомих, майна, звичного місця проживання, роботи, тощо. Іншими словами, людина втрачає можливість задовольняти вітальні потреби та почуття безпеки.

Мета нашого допису (доповіді) — наголосити на важливості запобігання прийому психоактивних речовин на шляху посттравматичного зростання.

Люди, які пережили психічну травму можуть зловживати алкоголем, наркотиками, мати сексуальні розлади, проявляти агресію до інших людей, брехати, вдаватися до суїциду і самопошкоджень, крадіжок, ображати інших. Посттравматичний стресовий розлад може розвинути у людей, які були свідками чи жертвами жахливих подій війни. Цей стан проявляється по-різному, включно з підвищеною тривогою, агресією, інтенсивними флешбеками, депресією,

ізолюваністю. В деяких випадках прояви ПТСР можуть нагадувати девіантну поведінку: люди можуть виявляти агресивну поведінку, дратуватися через дрібниці, бути підозрілими та ворожими до інших, мати проблеми з контролем своєї поведінки. Через посттравматичний стресовий розлад їх поведінка може бути надмірною: надмірне зловживання алкоголю, наркотичних речовин, сексуальні зв'язки та ризиковані дії. Будь-яка надмірність, як і недостатність, може бути складовою девіантної поведінки

Девіантна поведінка може бути одним із наслідків психічної травми. А залежна поведінка традиційно розглядається девіантологією як одна із форм девіантної поведінки. Така поведінка може бути спробою знайти спосіб впоратися з болем та стресом, які супроводжують психічну травму. Ці дії дають людині відчуття тимчасового полегшення важкого емоційного стану, проте повторення їх призводить до ще більших проблем: неприйняття соціумом, порушення закону, руйнування стосунків з іншими а від так погіршення психічного стану та здоров'я. Варто зазначити, що прояви ПТСР багато в чому вони можуть нагадувати девіантну поведінку, але можуть і відрізнитися від неї. Ймовірно, що якийсь зв'язок між ними існує, але досі цей аспект девіантної поведінки залишається недостатньо дослідженим. На сьогодні психології відомо, що девіантна поведінка є наслідком множинних психологічних травм, що їх переживала людина ще з раннього дитячого віку. З нашої точки зору, проблема потребує ретельного розгляду для ефективнішого вирішення проблем профілактики різноманітних залежностей, делінквентності та інших форм відхилень від загальноприйнятних норм.

Для подолання травми важливою також є професійна психотерапевтична та медична підтримка постраждалого, так можна суттєво зменшити шкідливий вплив травми та сприяти поверненню до здорового способу життя. Допомогти людині подолати психічну травму та її наслідки може тільки інша людина, її прийняття та бажання зрозуміти і підтримати, терпляче, співчутливе, доброзичливе ставлення та мотивація до змін, її віра в позитивний результат та краще майбутнє для людини, яка пережила травму.

Природні механізми виживання спонукають не тільки пристосовуватися до складних умов, але й ставати сильнішими та впевненішими, здобувати нові вміння та навички. У психіці включається механізм посттравматичного зростання. Для того, щоб зменшити вплив невизначеності на своє життя, людина зосереджується на тому, що вона здатна контролювати і таким чином забезпечує собі острівця стабільності. Наприклад, використовуючи та розвиваючи свої комунікативні навички, знайомитися з іншими людьми, розширювати коло знайомих, які можуть надати необхідну інформацію та підтримку. Такі дії допомагають зменшити тривогу, додають впевненості, дають можливість прогнозувати та планувати власні дії та поведінку інших людей, розширюють зону стабільності в житті.

Переоцінка цінностей, мобілізації існуючих ресурсів допомагають індивіду не тільки подолати травму, а й стати якісно кращими порівняно з тим, яким він був до травми. Посттравматичне зростання — це коли людина визнає і приймає нові можливості; налагоджує міцніші стосунки з близькими людьми, а також з іншими постраждалими; розвиває внутрішню силу завдяки усвідомленню того, що вона подолала величезні труднощі; більше цінує життя; змінює ставлення до духовності чи моральних принципів.

Посттравматичне зростання супроводжується глибоким дистресом (суб'єктивно непростим станом, під час якого людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків), але людина вже усвідомлює, що лихо може ненавмисно призвести до змін у розумінні себе, інших і світу. Багато людей не відчують позитивної сторони травматичного досвіду — і це нормально. Адже досвід кожної людини у подоланні травми може бути різним, тому не треба себе картати за відсутність зростання.

При цьому індивід прагне зменшити дискомфорт, який відчуває. Особи схильні до залежності намагаються змінити свій психоемоційний стан з допомогою алкоголю, наркотичних речовин та психостимуляторів. Однак результат, який вони отримують, протилежний до того, якого прагнули досягти. Дискомфорт поглиблюється, з кожним разом нервова система виснажується, психічні ресурси

використовуються не раціонально, пост травматичне зростання зупиняється та переходить у свою протилежність, особистість регресує та деградує, таким чином коло замикається.

Висновки. Отже вживання психотропних речовин в посттравматичному періоді є шкідливим, адже воно зупиняє процес посттравматичного зростання тим, що заважає свідомій переоцінці поглядів на життя та цінностей, призводить до залежної поведінки, що ж до ефективності такого лікування, то вона не є клінічно доведеною.

Література:

1. Максимова Н.Ю. Соціально-психологічний аспект профілактики адиктивної поведінки підлітків та молоді / Н.Ю.Максимова, С.В.Толстоухова. – К.: Либідь, 2000. – 200 с.
2. *United Nations.* [Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide](#) : [англ.]. — United Nations Publications, 2003. — С. 53.

Свіргун М.В.,

клінічний психолог, викладач психології, юрист.

Член Всесвітньої асоціації позитивної психотерапії (WAPP)

Дійсний член інституту розвитку символдрами та глибинної психотерапії

Член дивізіону Адиктологія НПА

maranasvirgun@gmail.com

ВІДЧУЖЕННЯ ОДНОГО З БАТЬКІВ, ЯК НАСЛІДОК УЗАЛЕЖНЕННЯ.

“Легше будувати сильних дітей, ніж ремонтувати зламані чоловіків”

-Фредріх Дуглас-

Вперше явище відчуження дитиною одного з батьків, як проблему описав американський дитячий психіатр та судовий експерт Р. Гарднер.

Розлучення (як розірвання шлюбу), або розлучення з батьками в більшості своєму є травматичною ситуацією для дітей. Сім'я, яку вони вважають своїм всесвітом, руйнується без того, щоб вони могли зробити що небудь.

Ситуації, які склались між батьками використовуються щоб завдати біль іншим, викликаючи синдром (феномен) відчуження одного з батьків.

Синдром відчуження одного з батьків - це вид психологічного насильства над дітьми.

Він відомий, як вплив на розум дітей, щоб вони змінювали своє сприйняття, свого іншого батька.

Дані дії батьків ведуть до підвищення гніву та агресії “ми проти них”.

Такі діти мають почуття зневаги, так як дитячі потреби ігноруються, коли вони опиняються в центрі сварки.

Мають засвоєний патерн, який вони передають іншим.

Можуть перейняти спотворене уявлення про реальність і стати схильними брехати про інших.

Бачать речі в “чорно - білими”, а також спостерігається відсутність емпатії.

Це саме то поле, яке спонукає дитину до узалежненої поведінки (наркотики, алкоголь, гемблінг та інш.).

Мета; Дослідження та порівняння чинників, які призводять до узалежнення особистості шляхом відчуження одного з батьків. Умови розвитку психопатологічної поведінки дитини під час розлучення (розірвання шлюбу) та розлучення з батьками.

Можна виділити такі критерії моделі діагностики дитини та типів поведінки відчужуваного;

- Установлено та вже описано психотравмуючий вплив відчуження на відчуженого батька (матір), що за силою горювання прирівнюється до фізичної втрати дитини, а інколи як переживання горя.

- Порушення адаптації, через глибоку травматизацію психіки дитини, наслідок психопатології у дорослому житті.

Це явище спричиняє розірвання прихильності дитини з одним із батьків у результаті відчуження та розлучення Еґо - структура психіки, яка перебуває на етапі формування розщеплюється.

Розщеплення, як передумова розвитку дисоціативного розладу особистості, що є межевою формою організації психіки людини, яка мала досвід відчуження власного батька чи матері.

Висновок; Діти, які пережили відчуження одного з батьків по тим чи іншим причинам, частіше виявляють межеву симптоматику, проблеми з адаптацією, низька самооцінка, труднощі в спілкуванні з однолітками.

Лонгітюдне дослідження Дж. Валлерштейн виявило, що через 5 років після відчуження одного з батьків 37% спостерігаються ознаки клінічної депресії, у 30% психологічний розвиток зафіксовано на тому віковому проміжку в якому сталось відчуження.

Повторне дослідження через 25 років підкреслює той факт, що всі діти, які пережили почуття втрати, а з тим агресію, смуток, потребу в тому щоб про них

дбали, змарноване дитинство, тривожність, виявляють схильність до зловживання алкоголем та наркотиками.

Якість батьківства до розлучення (як розірвання шлюбу) чи розлучені як у відокремленні. Час який батьки присвячують дитині, уважність до дитини та її потреб, розуміння факту наявності двох батьків у вихованні дитини є запорукою щасливого дитинства, також мінімізує потяг та інтерес до психоактивних речовин.

Сердюк Л.З.,

докторка психологічних наук, професорка,
завідувачка лабораторії психології особистості ім. П.Р. Чамати,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

E-mail: lzserdyuk15@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8301-4034>

Лагун М.В.,

здобувачка ступеня PhD лабораторії психології особистості ім. П.Р. Чамати,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

E-mail: mariialahun@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-3686-4478>

ПОЗИТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЗАСОБАМИ РОЗВИТКУ АЛЬТРУЇСТИЧНОЇ ПОВЕДІНКИ

Вступ. Сучасне є джерелом різнобічних чинників, що стали причиною загострення проблем в усіх сферах суспільного життя. Нашарування пандемії та воєнних дій, що ведуться зараз на території України, змінили звичний спосіб життя людей, включаючи їх потреби, бажання, інтереси, переконання, звички, світогляд, життєві цілі та цінності. Вимушене переселення та зміна соціального оточення, втрата роботи чи зміна її формату, всі ці та інші фактори й пов'язані з ними втрати та життєві труднощі потребують від людини розвиненої системи адаптації для пристосування до нових умов, наявності відповідних особистісних ресурсів, ефективних поведінкових копінг-стратегій, саморегуляції, життєстійкості та резильєнтності, щоб залишатися повноцінним учасником суспільних взаємин та зберегти власне психічне й фізичне здоров'я. Однак мінливість середовища, проблеми індивідуального характеру, які беззаперечно існують в житті кожної людини, можуть стати поштовхом для формування різних форм адиктивної поведінки. Зокрема у людей, які не мають достатньо

сформованих здібностей, щоб протидіяти зростаючому негативному впливу зовнішніх обставин та забезпечувати рівновагу психоемоційного стану.

Ефективним засобом стабілізації людини та розвитку її ресурсів є позитивна психотерапія як метод, що опирається на цілісне бачення життя людини та оптимістичне сприйняття її внутрішньої природи, робить акцент на наявності внутрішньоособистісних ресурсів та здібностей, що стають опорними елементами у структурі особистості та ефективним психологічним інструментом самодопомоги. Таким чином, позитивна психотерапія є одним із дієвих методів профілактики поведінкових адикцій, оскільки допомагає людині: здобути навички самостійного вирішення власних проблем, а не уникання їх; будувати позитивні, асертивні взаємини з оточуючими; управляти власними схильностями, інтересами та поведінкою; напрацьовувати корисні звички; бачити життєві перспективи; будувати плани на майбутнє та рухатися в напрямку їх реалізації.

Мета роботи. Розкрити сутність, основні аспекти адиктивної поведінки та роль позитивної психотерапії у її профілактиці засобами розвитку альтруїстично спрямованої поведінки особистості.

Основний виклад матеріалу. Життя кожної людини значною мірою залежить від соціального середовища в якому вона існує. Усі соціальні зміни пов'язані зі змінами суспільних поглядів, цінностей, і, разом з тим, є результатом змін поглядів та цінностей людей. А тому дестабілізуючі обставини можуть сприяти розвитку різних порушень, відхилень у поведінці людини, які не рідко стають причиною формування адиктивної поведінки особистості.

Для того, щоб зрозуміти, як позитивна психотерапія може бути засобом профілактики адиктивної поведінки, спочатку варто визначити зміст цієї поведінки, головні чинники та причини її формування, зрозуміти особистісні якості, властивості, внутрішні ресурси, які допомагають людині впоратися з власними адикціями. Ознайомитися з методологією та інструментарієм позитивної психотерапії.

Адиктивна поведінка, є одним із видів девіантної поведінки, яка визначається як залежність від деяких речовин, предметів або видів діяльності,

що має різні форми (хімічну й нехімічну) вираження, яким притаманні специфічні особливості, прояви та наслідки, що створюють серйозну загрозу для фізичного й психічного здоров'я не тільки самих адиктів, але й їх близького оточення, завдаючи значної шкоди міжособистісним стосункам [1, с. 9].

Узагальненими ознаками адиктивної поведінки, незалежно від форми її вираження є: стійке прагнення втечі від реальності шляхом зміни психофізичного стану чи постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності; безперервний процес формування і розвитку адикції; як результат, закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; циклічність узалежненої поведінки, формування адиктивної установки, як сукупності когнітивних, емоційних та поведінкових особливостей, які сприяють розвитку адиктивного ставлення до життя; сильного, надмірного емоційного ставлення до об'єкту залежності та перетворення його на мету свого існування [4, с.10-11]. Групою ризику, як відомо [1, с.9-10], стають люди з низькими адаптивними можливостями, що стає причиною стресових та депресивних станів, вираженням незадоволення собою, власним життям та оточуючими. Мотивація штучної заміни свого психологічного стану стає настільки інтенсивною, що ставлення до проблем людей з найближчого оточення втрачає своє значення. Людина занурюється в адиктивний процес, в якому відбувається відчуження й ізоляція від суспільства. Настає період загальної кризи й духовного спустошення..

Серед сукупності різноманітних чинників, що сприяють розвитку адиктивної поведінки найвагомішими є соціальні та індивідуально-психологічні. Соціальні чинники не залежать від самої людини, це об'єктивно існуючі умови, впливати на які складно. Вони визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними та іншими умовами існування суспільства та обумовлені певними мікро- (умови в середині тієї соціальної групи, в якій знаходиться суб'єкт) та макропричинами (існують в суспільстві в цілому). До таких макропричин можна віднести: економічне та соціальне неблагополуччя; кризовий стан суспільства, коли значна кількість його членів не вважає за потрібне дотримуватися соціальних норм через їхню невідповідність реаліям

життя; несприятливе оточення і суспільний неблагоустрій; соціальна нерівність та дискримінація окремих соціальних груп; неможливість досягнення прийнятних у суспільстві цінностей-цілей у межах існуючих норм; несприятлива для соціалізації суспільства діяльність соціальних інститутів; виховання у межах асоціальних субкультур тощо. До мікропричин можна віднести: вплив сім'ї та сімейного виховання з проявами гіпер- чи гіпоопіки; негативні сімейні схильності; часта зміна оточення; негативний соціальний статус у колективі [4, с. 14]; сімейні конфлікти; втрата близьких людей [1, с. 10]; відсутність або недостатність позитивного емоційного контакту з батьками, вихователями іншими значимими дорослими; неповна неблагополучна сім'я; відсутність у батьків педагогічних знань; педагогічна занедбаність, важковиховуваність, бездоглядність, безпритульність, сирітство, соціальне сирітство тощо [2, с.7].

Індивідуально-психологічні чинники не є сталими, змінюються в процесі життя, в процесі виховання та самовиховання, включають особливості когнітивної та емоційно-вольової сфери, які й обумовлюють виникнення та розвиток адиктивних форм поведінки. До них належать: слабка пристосованість до нових ситуацій та конфліктів, наслідком чого є схильність до депресій; вираженість тривожності, невпевненості у собі, занижена самооцінка; імпульсивність, зокрема, з намаганням отримати задоволення з чітко вираженим гедоністичним спрямуванням; інфантилізм, схильність до наслідування поведінки інших, особливо негативних проявів; слабкий розвиток самоконтролю; емоційна нестійкість, схильність неадекватно реагувати на перешкоди та нездатність знаходити продуктивний вихід із психотравмуючої ситуації; життєві кризи та акцентуації характеру тощо [4, с. 14].

Зрозуміло, що неможливо усунути або вплинути на всі соціальні чинники, які наносять шкоду психоемоційному стану людини та сприяють формуванню адиктивної поведінки на відмінну від індивідуально-психологічних, які можна змінювати, розвивати протягом усього життя, свідомо впливаючи на цей процес. Тому профілактика адиктивної поведінки включає: по-перше, усунення або нейтралізацію умов, чинників та механізмів її формування й створення умов,

необхідних для розвитку адаптивних якостей особистості; по-друге, формування у свідомості людини адекватного уявлення про адекватну поведінку, її згубний вплив та наслідки [3, с.227]; по-третє, позитивний вплив на розвиток світогляду особистості, який виражається через знання, ідеали, життєві цінності та принципи, надії, вірування, погляди на сенс і мету життя, що визначає діяльність та відображається у життєвій позиції, програмі поведінки особистості; по-четверте, розвиток особистісних ресурсів, життєво необхідних психологічних властивостей та якостей.

Концепція позитивної психотерапії саме й полягає у цілісному баченні життя людини, що реалізується застосуванням відповідних принципів та інструментів цього підходу. Ідея життєвої рівноваги займає центральне місце в позитивній психотерапії, що є гуманістичною орієнтованою психодинамічною психотерапією, яка досягається через встановлення балансу в чотирьох сферах життя (тіло/здоров'я, робота/досягнення, контакти/відносини та майбутнє/сенси), в яких людина живе і функціонує. Ці сфери є життєво важливими для здоров'я людини та впливають на задоволеність життям, почуття власної гідності та спосіб вирішення конфліктів і протиріч. У кожній людині присутній потенціал усіх чотирьох сфер, однак найчастіше людина схильна приділяти увагу одним сферам та при цьому нехтувати іншими, що є наслідком виховання, освіти та навколишнього середовища. У терапії людина вчиться розуміти причини, які призвели до такої однобічності та розвивати інші сфери для встановлення балансу, адже розлади та проблеми виникають не в тих сферах, яким надається надмірна увага, а в тих, якими нехтують [7, с. 91].

Отже, одним із інструментів позитивної психотерапії є модель балансу, завдяки якій можлива корекція усіх чотирьох сфер життя особистості. При цьому ці сфери також є способами реагування на виникаючі конфлікти і проблеми, які утворюють простір внутрішньоособистісних конфліктів, що є психотерапевтичними мішенями. Оскільки особистісний простір формується сукупністю ставлень особистості, то розв'язання внутрішньоособистісних конфліктів веде до реконструкції особистості в цілому [6, с. 36].

Окрім моделі балансу позитивна психотерапія для реалізації основної своєї ідеї також використовує: позитивний підхід, який ґрунтується на здатності людини самостійно вирішувати власні життєві проблеми; змістовну оцінку конфліктів; 5-крокову модель самопомоги; модель для наслідування, що відображає сімейні концепції; позитивну інтерпретацію власних симптомів [5, с. 39].

У цьому підході наголошується на розвитку вроджених здатностях людини любити і пізнавати: здатність до любові, це здатність емоційно-почуттєвої сфери та сфери сенсів, яка в процесі свого розвитку розгортається у первинні актуальні здібності, такі як: любов, віра або релігія, час, довіра, терплячість, контактність, надія, ніжність, сексуальність, наслідування, єдність, сумнів, впевненість; в свою чергу, здатність до пізнання розвиваються у вторинних актуальних здібностях – акуратність, охайність, бережливість, пунктуальність, надійність, ввічливість, справедливість, вірність, послух, старання, точність, добросовісність, цілеспрямованість. Наявні здібності є функціонально взаємопов'язаними, розвиток однієї із них підтримує і полегшує розвиток іншої. Тут мова йде насамперед про розкриття закладених в людині внутрішніх ресурсів, адже зовнішній світ надає всі необхідні умови та інструменти для самопізнання і саморозкриття [6, с. 37-38]. Коли внутрішніх ресурсів достатньо, людина здатна самостійно спрявлятися із проблемами і ефективно протидіяти негативним зовнішнім впливам, досягати цілей свого життя, продуктивно працювати і розвиватися.

Таким чином, розвиток актуальних здібностей сприяє особистісному зростанню, задоволеності життям, психологічному благополуччю, реалізації власного життєвого потенціалу та розвитку альтруїстичної спрямованості особистості. Адже розвиток первинних та вторинних актуальних здібностей (любов, надія, віра, довіра, наслідування, єдність, контактність, впевненість, справедливість, ввічливість, вірність) слугують трансформації свідомості та безпосередньо світогляду людини спрямованого на краще розуміння себе, свого внутрішнього світу, а також інших. Це стає поштовхом до побудови якісно кращих позитивних взаємин з соціальним оточенням через співпрацю та

взаємодію, прояв зацікавленості не лише власними життєвими проблемами, складнощами, потребами, інтересами, бажаннями, а й відповідними елементами внутрішнього світу інших людей. Така поведінка скеровує розвиток людини в альтруїстичному напрямку.

Проте, умови життя людини є сприятливими для достатнього розвитку природніх здібностей. Тоді в терапевтичній взаємодії людина вчиться розуміти та взаємодіяти зі своїм минулим, розуміти його вплив на власну поведінку, спосіб життя, здійснення виборів в теперішньому. Усвідомлює можливість впливу минулого на власне життя, діяльність, побудову стосунків з оточуючими та можливість самопомоги за умови свідомого впливу на процес самотрансформації для досягнення бажаного майбутнього. Позитивна психотерапія є інструментом зміни точки зору людини на власну поведінку та своє життя і стає засобом пошуку нових можливостей, розвитку ресурсів для їх втілення.

Висновки.

1. Динамічність і мінливість сучасного світу вимагають значних ресурсів стійкості від людини оскільки, послаблюючи її захисні механізми, є серйозними викликами стосовно збереження психічного і фізичного здоров'я, здатності адекватно реагувати на обставини зовнішнього світу. У поєднанні з низьким рівнем розвитку внутрішніх ресурсів особистості, які виконують роль буфера при стресогенних впливах, деструктивно впливають на її поведінку, формуючи згубні поведінкові схильності, порушення, залежності тощо.
2. Альтруїстично спрямована поведінка, заснована на гуманістичних цінностях, довірі, співчутті, взаємодопомозі та підтримці, є ключовою ознакою й умовою становлення суспільно активної та гармонійно розвиненої особистості, головними чинниками становлення якої є власні зусилля самої людини, зорієнтовані на самовдосконалення і самореалізацію як неодмінні умови досягнення успіху в житті.

3. Позитивна психотерапія є одним із дієвих засобів саморозуміння причин своїх невдач, розвитку внутрішніх ресурсів, особистісних якостей і здібностей, які допоможуть досягати позитивних пріоритетів свого життя.

Література.

1. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія / за заг. ред. проф. І. Д. Звереві. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 336 с.
2. Клочко О. О. Профілактика адиктивної поведінки дітей та молоді у контексті підготовки майбутніх соціальних педагогів : монографія. Суми : ФОП Наталуха А. С., 2013. 172 с.
3. Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський : Видавець ПП Зволейко Д. Г., 2012. Вип. 16. Книга 2. 344 с.
4. Пушкар В. А. Психологія адиктивної поведінки : методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів : Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. 84 с.
5. Радченко О. Позитивна психотерапія та її вплив на світогляд українців: філософсько-психологічний аспект. *Вісник Прикарпатського університету. Філософські і психологічні науки*, 2019, 1(22), С. 38–45. doi: 10.15330/vpufpn.22.38–45
6. Сердюк Л. З. Психологічні технології сприяння психологічному благополуччю особистості : методичні рекомендації. / Л. З. Сердюк, Г. В. Чайка, О. А. Чиханцова : за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 68 с.
7. Messias E., Peseschkian H., Cagande C. Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology. Clinical Applications. Springer Cham, 2020, 431 p. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8>

Старков Д.Ю.,

кандидат психологічних наук,
молодший науковий співробітник лабораторії
психології соціально дезадаптованих неповнолітніх
Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

votr@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0001-9220-8703>

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ ЗЛОВЖИВАННЯ ПАР ПРИ АДИКТИВНОМУ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ РОЗЩЕПЛЕННІ ОСОБИСТОСТІ

Вступ. Як одну з найважливіших рис адиктивної особистості багато фахівців виділяють феномен своєрідного адиктивного розщеплення. На феноменологічному рівні розщеплення означає одночасне існування двох несумісних психічних гештальтів, які на свідомому рівні не вступають в конфлікт, але при цьому утворюють високу психічну напругу та амбівалентний мотиваційний стан. Класичним прикладом прояву адиктивного розщеплення є одночасне існування двох несумісних мотивів залишатися тверезим та повернутися до вживання, що створює своєрідну для адиктів амбівалентну мотивацію. Модель адиктивного розщеплення експліцитно та імпліцитно широко використовується в психотерапії та психологічному консультуванні адиктів. В психотерапії на моделі адиктивного розщеплення будується робота по інтеграції цих двох частин в єдине ціле, найчастіше з використанням різних експресивних технік: ізотерапії (малювання цих двох субособистостей), драматерапії (розігрування діалогу між адиктивною та нормативною субособистостю), гіпнотерапії (візуалізаційні техніки в еріксоновському гіпнозу по зустрічі адиктивного Я та нормативного Я) та ін. В психологічному консультуванні амбівалентна мотивація (тобто, по суті, адиктивне розщеплення) лежить в основі

відомого методу *мотиваційного інтерв'ювання*, де пропонується позитивно віддзеркалювати мотиви тверезості, ігноруючи при цьому мотиви вживання (тобто вести діалог з нормативним Я, підсилюючи при цьому його, ігноруючи при цьому адиктивне Я). Аналогічно з терміном адиктивне розщеплення ми пропонуємо ввести термін посттравматичне розщеплення, яке виникає в структурі ПТСР та психічної травми загалом. Хоча сам феномен розщеплення в структурі психічної травми є добре відомим, але використання терміну посттравматичного розщеплення ми не зустрічали, пошук в гугл не видав результатів по цьому словосполученню.

Мета роботи. Засновуючись на моделях адиктивного та посттравматичного розщеплення ми маємо наміри показати схожості та відмінності особливостей зловживання психоактивними речовинами (ПАР) при «класичному» узалежненні та на фоні ПТСР, та окреслити особливості психологічної роботи в кожному з цих випадків.

Адиктивне розщеплення особистості.

Хоча непрямі описання адиктивного розщеплення особистості беруть початок в спільноті Анонімні Алкоголіки (наприклад, ще в книзі «Анонімні Алкоголіки» особистість алкоголіка була описана за допомогою метафори Доктора Джекілла і Містера Гайда), але першим зі спеціалістів докладно вивчив та описав цей феномен Nakken в своїй книжці «The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior» («Адиктивна особистість: розуміння адиктивного процесу та компульсивної поведінки») аж у 1996 р. Nakken вважає адиктивне розщеплення центральною характеристикою адиктивної особистості. Розщеплення особистості починається на першому етапі розвитку узалежнення. На цьому етапі формуються дві субособистості – «Адикт» (що відповідає способу життя зі зловживанням) та «Самість» (що відповідає «здоровому» способу життя). Водночас субособистість «Адикт» узалежнена не стільки від якогось конкретного агента, вона будує адиктивні стосунки з усім світом, тому коли «Адикт» сформувався, сам об'єкт узалежнення відіграє вже другорядну роль. Базисом для виникнення «Адикта» є в принципі здорові

бажання людини зменшити біль та прагнення до задоволення. Саме узалежнення розвивається через наступні етапи. Першим етапом можна вважати період, коли через задоволення потреб або зменшення болю шляхом уживання ПАР, у людини починає формуватися субособистість «Адикт». Далі, на цьому ж етапі, за вже сформованого «Адикта» у особистості формуються адиктивне мислення та система адиктивних переконань, розвиваються почуття сорому та провини («Самість» соромиться «Адикта»), відбувається заниження самооцінки, людина продовжує вживати вже задля втечі від болю, яке завдало саме вживання. На другому етапі розвитку узалежнення відбувається загальна зміна стилю життя, формується вже поведінкове узалежнення, відбувається адиктивна ритуалізація. На третьому етапі відбувається вже загальне руйнування життя. Щодо зворотного процесу реконструкції особистості, Nakken надає песимістичні прогнози – він вважає, що «Адикт» в особистості узалеженого залишиться назавжди, а задачею терапії є розвиток та підтримка «Самості», зокрема завдяки соціальній підтримці та розвитку «здорової» системи ритуалів, які підтримують тверезе життя.

Ю. Валентик трохи пізніше Nakken описує феноменологію «переключення» між адиктивною та нормативною субособистостями. Він постулює існування у узалеженої особи специфічної субособистості «Адиктивного Я» (АЯ), яка формується в процесі розвитку узалежнення, та в якій консолідовано хворобливий адиктивний досвід: навички адиктивного спілкування, адиктивні цінності, установки і смисли та все різноманіття адиктивної поведінки. У відношенні до «Адиктивного Я» контрастним є інший полюс особистості, що включає нормативні особистісні статуси – «Нормативне Я» (НЯ). Нормативна особистісна регуляція та «НЯ» за прогресування узалежнення все більшою мірою вступають у протиріччя з «АЯ». Їх зіткнення породжують внутрішні конфлікти та амбівалентні тенденції. За допомогою цієї моделі описано динаміку циклів «ремісій/рецидивів» через поперединне домінуванням станів «АЯ» та «НЯ». Одним з головних висновків є те, що за перебування в різних статусах «Я» у клієнта істотно змінюється розуміння власних проблем, зокрема у «АЯ» – клієнт нездатний критично ставитися до своїх проблем зі зловживанням, для цього

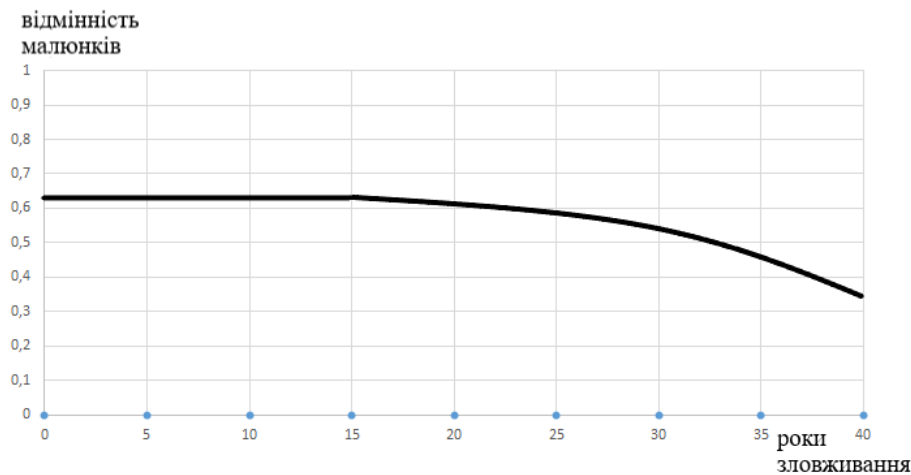
необхідний перехід у «НЯ». На розробленій методологічній основі змін «АЯ» та «НЯ» Ю. Валентиком створено континуальну психотерапію uzалежнень, де він рекомендує не вибирати мішенню симптом або симптомокомплекс, а уважно вивчаючи нормативні та патологічні процеси, посилювати нормативні процеси (тобто «НЯ»), та послаблювати патологічні процеси (тобто «АЯ»). В самому циклі ремісії/рецидиву виділяється чотири фази: 1) Фаза домінування «АЯ» (фаза маніфестації патологічного потягу до вживання – ППВ): маніфестує в період, що безпосередньо передує ексцесу зловживання, продовжується протягом цього ексцесу та деякий час після його завершення. Характеризується селективністю та специфічною адиктивною трансформацією в сфері сприйняття. Відбувається трансформація емоційного реагування: поляризація емоцій на позитивні навколо вживання та негативних навколо тверезості, знижується емоційне реагування на нормативні стимули, відбувається зниження «моральних» емоцій, відчуття провини та сорому набувають специфічне адиктивне наповнення. У мотиваційній сфері починає розвиватися егоцентризм. У когнітивній сфері домінує адиктивний набір цінностей та смислів діяльності. У ставленні до нормативних соціальних вимог активуються своєрідні адиктивні психологічні захисти. 2) Фаза дисоційованого «Я» (фаза дезактуалізації ППВ) швидко змінює фазу домінування «АЯ» після виходу з ексцесу. Її характеризують емоційні переживання негативного спектру (включаючи болючі відчуття провини та сорому), актуалізація множинних внутрішньоособистісних конфліктів, що зв'язані зі зіткненням «АЯ» та «НЯ». 3) Фаза домінування НЯ (фаза латентного ППВ), в якій домінують нормативно-компенсаторні особистісні процеси та просоціальна поведінка. 4) Фаза дисоційованого «Я» (фаза актуалізації ППВ) – фаза зміщення особистісної позиції з «НЯ» до «АЯ». Її характеризує не депресивний, а більшою мірою тривожний фон, що супроводжується високим рівнем психологічної напруги та елементами дисфорії. Якщо за домінування «НЯ» потяг до вживання був рідким, а виникаючи легко долався, то на цій фазі ППВ стає серйозною проблемою. Одночасно активуються адиктивні установки «АЯ» та цикл повторюється.

В плані етіології адиктивного розщеплення особистості існує два погляди. Так Д. Шустов наполягає на існуванні преморбїду адиктивного розщеплення, яким він вважає ранню травму. Адиктивна частина особистості формуються під впливом адиктивного процесу на основі особливим чином структурованого раннього травматичного досвіду. Уживання ПАР може слугувати механізмом хімічної дисоціації, повторюючи «вдалі» спроби психологічної дисоціації в дитячому та підлітковому віці. Ранній травматичний досвід провокує початок зловживання ПАР та підтримує його, зловживання ПАР призводить до нової травматизації, що накладається на преморбїдну. У якості терапевтичного підходу Д. Шустов пропонує підтримувати та розвивати нормативну частину особистості та декатектувати адиктивну частину.

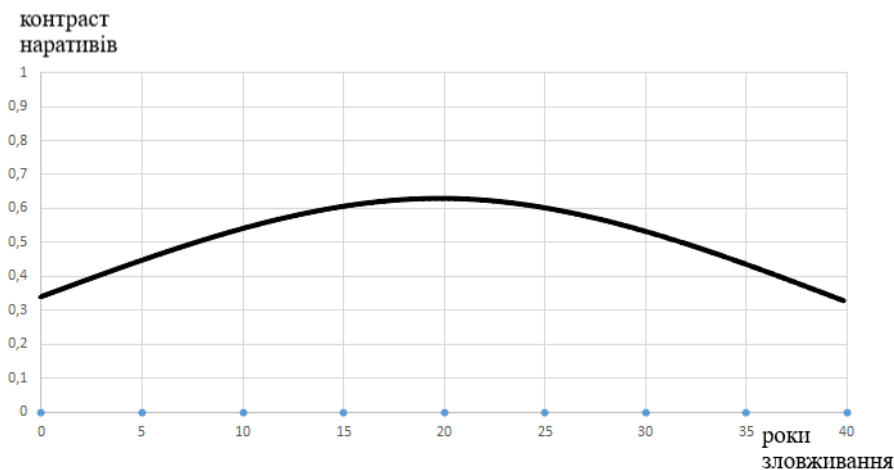
Р. Крюгер. Він не виділяє якогось специфічного фактору для розвитку узалежнення (тобто не підтримує теорію преморбїду), та розглядає процеси адиктивізації особистості тільки на початку переходу від зловживання ПАР до узалежнення як такого. Він вважає, що цей перехід відбувається тоді, коли особа починає наносити собі шкоду власним зловживанням, але, не дивлячись на наслідки, продовжує вживати. Водночас особа відповідає на реакцію свого соціального оточення більш-менш відкритими відчуттями сорому, провини, страху втрати обличчя та соціальної ізоляції. Ці почуття провини та сорому стимулюють у особи зі зловживанням розщеплення «Я» на рівні метакогнітивних процесів переживання конфлікту. Тобто, там, де Д. Шустов вважає причиною адиктивного розщеплення травму та процеси дисоціації, Р. Крюгер як головні патогенетичні механізми виділяє почуття провини та сорому. Р. Крюгер наполягає, що «АЯ» та «НЯ» мають різні модуси менталізації. «НЯ» має модус менталізації, що відповідає менталізації особистості до початку зловживання. Водночас «АЯ» менталізує в модусі психічної еквівалентності (людина в цьому модусі не розрізняє власні психічні репрезентації та реальність, тобто втрачається кордони між «Я» та «Світом»). Людина, яка знаходиться в стані домінування «АЯ» домислює собі світ так, як їй необхідно, тобто так, щоб все навколо нібито говорило про те, що він може або повинен уживати ПАР. Вона

проектує внутрішні припущення на зовнішню реальність і перестає сприймати різницю між зовнішньою реальністю та своїми внутрішніми інтерпретаціями цієї реальності. Також Р. Крюгер вважає, що навіть в стані домінування «НЯ» здорове мислення дорослої людини піддається тиску думок та почуттів «АЯ» через механізм аутосугестії, що в якийсь момент призводить до реактуалізації узалежнених переживань (що співвідноситься з фазою актуалізації ППВ у Ю. Валентика). В якості мішені терапії Р. Крюгер він ставить ціллю інтеграцію «АЯ».

Ми в своєму дослідженні [1] прийшли до висновку щодо існування адиктивного розщеплення особистості на двох рівнях – метакогнітивному та афективному – що дало змогу поєднати погляд розвитку адиктивного розщеплення через процеси дисоціації на основі ранньої травматизації та погляд розвитку розщеплення на метаконітивному рівні, в якому задіяно почуття сорому. Ми досліджували уявлення про відчуття адиктивного кайфу та бажаного тверезого майбутнього за допомогою наративних та малюнкових методик. Різниця між уявленнями про бажане тверезе майбутнє та відчуттям кайфу і буде відображати адиктивне розщеплення. В процесі дослідження виявилось, що різниця між уявленнями про адиктивний кайф та бажаним тверезим майбутнім в наративних методиках (що віддзеркалюють метакогнітивний рівень) та в малюнкових методиках (що віддзеркалюють афективно-мотиваційний рівень) не тільки не співпадають, але мають абсолютно різні динаміки розвитку по часу вживання. Середня у групі величина відмінності малюнків майбутньої тверезості та стану вживання була постійною до 15 років зловживання, а далі спостерігалось її виразне зниження, тимчасом як середня у групі величина контрасту оповідань про майбутню тверезість і стан сп'яніння плавно зростала до 20 років зловживання, де досягала свого максимуму, а далі починала з таким же темпом спадати.



(а) Відмінність малюнків бачення майбутньої тверезості та стану сп'яніння з часом зловживання (відповідає величині адиктивного розщеплення на невербальному емоційному рівні).



(б) Контраст оповідань про майбутню тверезість і стан сп'яніння з часом зловживання (відповідає величині адиктивного розщеплення на вербальному метакогнітивному рівні).

Рис. 1. Динаміка величин відмінності вербальних і невербальних образів тверезості та сп'яніння.

Такі результати можна пояснити, якщо динаміку адиктивного розщеплення особистості розглядати як таку, що досить швидко відбувається на афективному рівні, а тільки потім відбувається поступове розщеплення на метакогнітивному ціннісному рівні. Тобто, спочатку досить швидко формуються адиктивні потреби, що відщеплюються від системи інших нормативних потреб (і ця рівновага між

«АЯ» та «НЯ» досить довгий час є сталою), проте свідомо ціннісна сфера на першому етапі є ще неушкодженою. Далі спостерігається динаміка розщеплення на рівні ціннісної сфери (і відсутність динаміки рівноваги між «АЯ» та «НЯ» на рівні потреб), а вже наступним етапом відбувається руйнування НЯ як на рівні соціальних цінностей, так і потреб. Тобто адиктивне розщеплення відбувається наступним чином: 1) відсутність розщеплення (неузалежна особа); 2) досить швидке формування «АЯ» на афективному рівні у сфері потреб (можна зробити припущення про стрибкоподібний фазовий перехід у формуванні «АЯ» або досить швидкий, але все ж таки континуальний процес), проте на цьому етапі маємо відсутність адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні свідомих цінностей; 3) поступове формування адиктивного розщеплення на ціннісному рівні та поступове підсилення «ціннісного» «АЯ», проте за домінування відносно цілісного «ціннісного» «НЯ», водночас розщеплення на рівні потреб залишається сталим (у динаміці розщеплення на рівні цінностей спостерігається деяка рівновага за відсутність динаміки змін «НЯ» й «АЯ» на рівні потреб); 4) кризовий перехідний стан, коли починають руйнуватися «НЯ» на рівнях цінностей і потреб, найімовірніше руйнування «НЯ» на рівні потреб відбувається трохи раніше, ніж на рівні цінностей; 5) етап поступового руйнування «НЯ» на рівнях потреб і цінностей за явного домінування «АЯ» на обох цих рівнях (етап явно вираженого ціннісного сплюснення адиктивів); 6) відсутність розщеплення через повну руйнацію «НЯ» та присутність виключно «АЯ» як на рівні потреб, так і цінностей.

Таким чином ми можемо інтегрувати моделі адиктивного розщеплення через дисоціативні та метакогнітивні процеси. Імовірно швидке формування розщеплення на довербальному рівні та подальше відсутність динаміки цього розщеплення довгий час добре вкладається в теорію дисоціативних процесів – швидке формування відповідає швидкому «зв'язуванню» адиктивізації з преморбідною дисоціацією, а подальша відсутність динаміки відповідає досить довгому періоду відсутності додаткової травматизації наслідками вживання ПАР. Водночас метакогнітивна модель відзеркалюється наративною методикою, де плавне наростання адиктивного розщеплення з часом зловживання ПАР як раз

відповідає механізму плавного наростання почуттів сорому та провини. Отже, скоріше за все, модель адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні внаслідок розвиненню почуттів сорому та провини та модель адиктивного розщеплення через механізм дисоціації (що включає преморбідну дисоціацію та подальший розвиток дисоціативних процесів через травматизацію наслідками вживання) не суперечать, а доповнюють одна одну, просто розглядаючи механізми адиктивного розщеплення на різних рівнях.

Посттравматичне розщеплення особистості.

В своїй роботі [2] нами було введено поняття посттравматичного розщеплення особистості, яке було нами описано на основі моделі транзакційного аналізу.

У розвитку психічної травми відбувається травматична дисоціація частини самості, яку ми будемо називати вертикальним посттравматичним розщепленням. Однак, окрім вертикального посттравматичного розщеплення, відбувається дисоціація взаємодії в цій ділянці між Дорослим та Малюком (кажучи нейробіологічною метафорою, дисфункція висхідної-низхідної взаємодії між префронтальною корою та лімбічною системою). Тому самість людини з психічною травмою являє собою сукупність трьох дисоційованих частин – нормативна частина (неуражений інтегративний Дорослий), травмований Дорослий, травмований Малюк.



Рис. 4. Посттравматичне розщеплення

Травмовану Дитячу частину ми позначимо метафоричним ім'ям Жертва. Він функціонує виключно на невербальному рівні, тому там неможливі вербальні інтерпретації. По-друге, Жертва і є тією частиною самості, яка залишилися в травматичній ситуації. Травмований Малюк досі знаходиться в екстремальній ситуації (виживання, насилля тощо), і подібним способом і сприймає світ – тобто через очі Жаху. Тому і фігуру психотерапевта він буде сприймати перш за все через свої насильницькі проєкції, навіть якщо з інших частин самості з психотерапевтом встановився довірливий контакт. Таке розуміння є критично важливим для встановлення довірливого контакту з цією частиною самості.

Травмовану Дорослу частину ми позначимо метафоричним ім'ям НеГерой. У цій частині самості людина страждає від того, що не змогла дати раду травматичній ситуації та «захистити» свою Малечу частину. У цій частині сконцентровано багато різних травматичних екзистенційних переживань – посттравматичні безсилля, провина, тривога тощо – але, напевно, провідним є посттравматичний сором. Головна проблема контакту з цією частиною є те, що будь-яка зовнішня допомога сприймається як символ своєї власної неспроможності та підсилює сором, що викликає відповідну захисну агресивну

реакцію. НеГерою необхідна не стільки одужання, скільки допомога в тому, щоб самому подолати ситуацію травми. Він знову і знову для цього компульсивно занурюється в ситуацію травми, в якій знову і знову переживає стан безсилля, що ще більше підсилює горизонтальне травматичне розщеплення з відповідними відчуттями сорому у НеГероя та жаху у Жертви, та призводить до розвитку травматичного стану самості.

Тоді для встановлення контакту ми маємо складну систему з трьох частин самоті, в якій нормативна частина більш-менш контактна (залежно від дотравматичних особливостей індивіда), травмована Доросла частина (НеГерой) обриває контакт через почуття сорому та має тенденцію до захисної агресії, травмована Малюкова частина (Жертва) обриває контакт через почуття Жаху та недоступна для вербальної взаємодії.

Для подолання цієї проблеми нами було розроблено методика «золотої тріади» кризового консультування: підтвердження, нормалізації, афірмації + подвійна транзакція.

1. *Підтвердження.* Це є просте віддзеркалення того, що ви почули від клієнта. Як не дивно, виходячи з практики супервізій психологів, що працюють з ПТСР, здається що саме таку просту транзакцію найчастіше ігнорують фахівці. Транзакція підтвердження спрямована нормативній частині самості та сприяє встановленню контакту.

2. *Нормалізація.* Поширеною практикою серед кризових консультантів є транзакція за типом: «Те, що з вами відбувається є природною реакцією на нелюдяні обставини». Така транзакція має на меті зняти вторинну тривогу перед своїми симптомами ПТСР або ГРС як перед чимось незрозумілим та небезпечним. У нашій гуманістичній моделі травматичного розщеплення ця транзакція має на меті ще й відновлення зв'язку між НеГероєм та Жертвою. Інтерналізуючи транзакцію нормалізації від терапевта клієнт зможе згодом зробити її своєю внутрішньою транзакцією в комунікації між Дорослою та Дитячою частинами самості.

3. *Афірмація*. Під афірмацією ми тут розуміємо віддзеркалення клієнту його правильних рішень та дій, ресурсів, сильних сторін тощо. Ця транзакція спрямована на травмованого Дорослого (НеГероя), і має на меті зниження рівня посттравматичного сорому. Для формування цієї транзакції психолог на внутрішньому рівні для себе відмічає, що вже клієнт зробив вірно, його здатності до мислення та вірні оцінки тощо, а потім це віддзеркалює клієнтові. Тобто така позиція має на увазі віру консультанта в клієнта, що клієнт може подолати свої проблеми, і виключає позицію рятівника, коли клієнт розглядається як безпорадний та нездатний дати раду своїм проблемам, а консультант бачить себе як всемогутню фігуру, яка може врятувати клієнта.

4. *Подвійна транзакція*. Термін взято з транзакційного аналізу. Подвійна транзакція – це феномен в комунікації, коли вербальна та невербальна складові мають різний зміст. Наприклад, людина каже «я тебе люблю» холодним тоном. Зазвичай термін подвійні транзакції використовують в негативному сенсі патологічної комунікації батьків з дітьми. Однак тут ми будемо наповнювати це поняття позитивним змістом. Так як стан травмованого Малюка є виключно довербальним та не піддається вербальним інтерпретаціям, то і транзакція до нього повинна бути невербальною. Далі, так як частина самості Жертва є відщепленою, то і транзакція до неї буде дизконгруентна вербальним транзакціям до інших частин самості. Тобто виходить ситуація, що якщо ми хочемо враховувати у комунікації з клієнтом його відщеплену частину самості Жертви, то нам необхідно спілкуватися за допомогою подвійних транзакцій. Частина подвійної транзакції, спрямована на травмованого Малюка реалізується в невербальному компоненті – тоні та тембрі голосу, відповідних інтонаціях тощо. У цьому невербальному посланні необхідно поєднувати компонент впевненості та спокою, емпатії та любові, готовності бути присутнім та чекати на контакт, а з іншого боку – не нав'язуватися. Дуже важливо в цьому посланні зберегти баланс між ненав'язливістю (активний прояв любові та емпатії сприймається травмованим Малюком як агресія і ще більше його лякає), та теплою присутністю.

Для застосування золотої тріади ми пропонуємо уявляти перед собою не одного клієнта, а трьох: дорослого, що більш-менш готовий до комунікації, дорослого, який охоплений соромом та поки що закритий до комунікації та маленьку дитину в жаху. Тоді наша загальна транзакція наче розділяється на декілька, спрямованих кожному суб'єкту: підтвердження спрямоване нетравмованому інтегративному Дорослому, афірмація спрямована травмованому Дорослому, нормалізація допомоги травмованому Дорослому скоректувати ставлення до травмованого Малюка, невербальна частина транзакції спрямована на травмованого Малюка.

Особливості зловживання ПАР при адиктивному та посттравматичному розщепленні та відповідної психологічної роботи

Виходячи з власного психотерапевтичного досвіду як психотерапії ПТСР, так і психотерапії uzалежнень, можемо надати міркування, що критично важливо розрізнити чи є зловживання психоактивними речовинами наслідками набутого ПТСР (вторинне uzалежнення), чи uzалежнення розвивалося по своїм власним механізмам, незалежно від уснування актуальної психотравми (первинне uzалежнення).

Як першу особливу відмінність між зловживанням ПАР при первинному uzалежненні та вторинному uzалежненні в структурі ПТСР ми можемо виділити мотив вживання. У адиктів ядром мотивації вживання є гедоністичний мотив (навіть якщо гедоністичний ефект від вживання давно зник через збільшення толерантності). Мотиви вживання осіб з ПТСР виключно седативні, тому й розповсюджене вживання саме седативних речовин, в основному алкоголю та коноплі.

Другою особливістю є характер тяги. У адиктів тяга до вживання має свій особливий адиктивний характер з амбівалентною структурою (одночасно хочу вживати і не хочу вживати), розвиненням своєрідного адиктивного мислення (раціоналізації вживання на основі ефекту когнітивного дисонансу), его-синтоним характером мотивів вживання при его-дистоному характері заборони на вживання. Для осіб з ПТСР тяга до вживання має obsесивно-комульсивний

характер (подібний до обсесивно-компульсивного розладу), та напряду залежить від стану психічного напруження. Також тяга у людей з ПТСР не редукується методами роботи з тягою у адиктів, а знімається виключно зменшенням психічної напруги, яка лежить в її основі.

Таблиця 1

Особивоті зловживання ПАР при первинному та вторинному узалежненні

	Первинне узалежнення	Вторинне узалежнення
<i>Мотив вживання</i>	Гедоністичний	Седативний
<i>Тяга</i>	Адиктивний характер	Обсесивний характер
<i>Залежність від стресового напруження</i>	Зникнення седативного мотиву, але стабільність гедоністичного мотиву зловживання	Повне зникнення мотивів зловживання (окрім соціально-обумовлених)

Терапія в випадках первинного узалежнення (адиктивні клієнти) та вторинного узалежнення на фоні ПТСР буде кардинально відрізнятися як для ПТСР, так і для роботи зі зловживанням. У першому випадку основний акцент повинен робитися на травмотерапії з можливими додатковими інтервенціями щодо зловживання ПАР. У другому випадку відбувається «класичне» консультування щодо проблем узалежнення, при наявності ПТСР суміщене програми психотерапії узалежнення з травмотерапією.

Суттєві відмінності в консультативній роботі будуть вже на рівні побудови контакту. Так, наприклад, для побудови контакту з адиктивними клієнтами використовуються методологія мотиваційного інтерв'ювання, для побудови контакту з клієнтами з ПТСР використовується описана вище методологія консультування при ПТСР (золота тріада). В обох випадках, ключовими теоретичними моделями, які лежать в основі як консультативної, так і психотерапевтичної роботи, є моделі розщеплення особистості: адиктивного розщеплення в випадку первинного узалежнення, посттравматичного розщеплення в випадку ПТСР.

Висновки. Моделі адиктивного та посттравматичного розщеплення допомагають концептуалізувати феноменологію адиктивного розладу та посттравматичного розладу обтяженого зловживанням ПАР, та є твердим теоретичним підґрунтям для розуміння особливостей психологічного консультування (особливо в побудові контакту) та побудови психотерапевтичних інтервенцій.

Література

1. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308с.

2. Старков Д.Ю., Ярій В.В., Олішевський О.В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом: науково-методичний посібник. Київ: ФОП Ямчинський О.В., 2023. 136 с.

ВПЛИВ РОЗУМІННЯ БАЗОВИХ ПРИНЦИПІВ ЕКЗИСТЕНЦІЇ НА ФОРМУВАННЯ НОВОГО МИСЛЕННЯ УЗАЛЕЖНЕНОЇ ЛЮДИНИ

Ця робота - це спроба розглянути з точки зору екзистенційних принципів питання факторів, які сприяють розвитку залежності, а також, як можна використовувати ці принципи в процесі реабілітації та підтримки тверезого способу життя.

Доповідь базується на роботі Альфріда Ленгле «Психотерапія – науковий метод, або духовна практика?»

Для того, щоб людина відчувала себе впевнено в цьому світі, їй потрібно:

1. Навчитися заповнювати простір, в якому вона живе корисними для себе речами, заняттями, людьми.

2. Людині потрібно знайти опори в житті. Це люди, принципи, та її власні навички для формування стосунків, вміння працювати, долати життєві труднощі.

3. Людині треба відчувати почуття безпеки. Для цього важливо навчитися шукати оточення, заняття, де вона дійсно має відчуття комфорту.

Людина звертається до хімічних речовин, якщо не відчуває опори в житті, якщо не відчуває себе безпечно, якщо її життєвий простір не дає відчуття комфорту та захищеності. Зрозуміло, що нетверезий мозок створює ілюзії цих складових, але для людини це не важливо. Вона навіть і не замислюється про ці речі.

Коли ілюзія припиняє свій знеболюючий ефект, людині потрібно знов знайти їх. В нашому випадку людина звертається в реабілітаційний центр.

Якщо в центрі їй запропонують опори у вигляді досвіду як жити тверезо, персонал в центрі завжди готовий прийти на поміч. Людині потрібна опора у

вигляді системи цінностей та поглядів, які допоможуть їй орієнтуватись у новому житті. Життєвий простір в центрі повинен бути наповнений корисними для людини подіями, комфортом в кімнатах, можливостями заповнювати час після занять спортом різними іграми.

Комплекс подібних речей буде створювати почуття безпеки і людина отримає свій особистий досвід тверезого життя, нехай і в частково закритому просторі. Але після виходу із центру, клієнт вже сам повинен продовжувати стиль життя, якій йому запропонували у центрі. Це вже відповідальність самої залежної людини.

Для того, щоб людина відчувала радість та цінність життя, їй потрібно:

1. Мати систему стосунків, які будуть сприяти її росту в фізичному, моральному, та духовному плані. Стосунки маєтсья на увазі не тільки з людьми, але з природою, творчістю, мистецтвом, стосунки із самим собою.

2. Потрібно мати відчуття близькості з оточенням, або іншою людиною, також із самим собою. Близькість також дає відчуття захищеності.

3. Також важливо, щоб людина мала здатність приділяти час всім цим речам. Якщо вона зациклюється на чомусь одному, то втрачає зв'язок з іншими складовими.

Ілюзії цих трьох складових людина також знаходить під впливом хімічних речовин. Система стосунків – це не тільки люди, це робота, хобі, це ще природа, мистецтво, це стосунки зі своїм внутрішнім світом.

Звісно, що система стосунків під час вживання звужується. Але людина цього не помічає. Близькості взагалі бути не може, і багато залежних її не бачили з дитинства. А така цінність, як час повністю йде на обслуговування постачання наркотика, або алкоголю. Навіть, якщо у людини є робота, вона завжди буде втрачати корисні години на пошуки хімічних речовин.

Реабілітація повинна надати залежній людині можливість налагодити систему стосунків, та розширити її. Нові знайомства, нове бачення себе, проведення свят, ігор в тверезому стані, спілкування з психологами,

волонтерами, буде давати відчуття близькості. Людина буде вчитися приділяти час корисним речам, та заняттям, які будуть формувати нове бачення життя, нові почуття, до яких людина буде звикати, та сприймати за норму.

Щоб людина відчувала, що вона є і має право бути, їй потрібно:

1. Відчуття, що її поважають та звертають на неї увагу. Це дає розуміння важливості її існування.

2. Вона має відчувати цінність сама в собі, та розуміти і бачити, що її цінують також. Це дає розуміння того, що вона не просто є в цьому світі, а має цінність для інших і для себе.

3. Людині важливо бачити справедливе відношення до себе, мати своє розуміння справедливості, та поширювати його навколо себе.

Більшість людей, які стають на шлях залежності з дитинства не мають уявлення про повагу до них, про те, що їх можна цінувати і в цілому, що вони можуть мати хоч яку цінність, не кажучи про справедливе відношення до них зі сторони рідних. Але потреба залишається і вони шукають поваги, цінності та справедливості в колі криміналу, в колі тих, хто вживає.

Хтось залишається в тому оточенні на все життя, але ті, хто починає розуміти, що повага є, але не за ті речі, за які поважають людей у здоровому суспільстві, цінність людини має значення в залежності від вигоди, яку можна отримати від неї. Справедливість відповідає більш кримінальним цінностям, чим загальнолюдським.

Тому атмосфера в РЦ повинна сприяти тому, щоб людина відчула на собі, та побачила зі сторони, що вона може бути цінна. Навіть за те, що намагається позбавитися залежності, за її відкритість, за чесність. Персонал повинен по справжньому поважати клієнта, тому, що дехто ніколи не бачив поваги, тільки знецінювання та образи.

Справедливе відношення до клієнта – важлива складова реабілітації. Щоб слова співпадали з діями. Обіцянки виконувались.

Таке відношення дасть можливість клієнту в подальшому підтримувати стосунки з тими, хто дає їм можливість відчувати ці складові.

Людині потрібно розміти заради чого вона існує у цьому світі. Для цього їй потрібно:

1. Вона повинна бачити поле діяльності в оточуючому світі, де може реалізувати свої здібності і розуміти, що вона чогось варта і може досягати своїх мрій.

2. Їй важливо знаходити собі людей, в оточенні яких вона відчуває себе потрібною і реалізує свої цілі.

3. Людина має розуміти ціль, і не просто ціль, а ціль, яка наповнюється її розумінням того, що для неї є цінність в житті. Тобто ціль як цінність.

Багато залежних людей росли в умовах, де важко зрозуміти свої здібності, та усвідомити цілі у житті, і взагалі сенс свого життя. Тому дехто з них знаходить можливість здобути життєвий досвід на вулиці, де сила, вміння маніпулювати, бути більш агресивним дає відчуття значимості та поле діяльності, де можна їх застосовувати. В тому ж колі є люди, які будуть підтримувати подібні прагнення. Там же виникають цілі, які ґрунтуються на кримінальних цінностях, або на цінностях егоїзму, зверхності, первинності матеріальної вигоди.

В РЦ людині відкривають очі на те, що може бути інше поле діяльності, де можна розвинути нові здібності, які будуть сприяти побудові життя на нових цінностях. Є люди, які вже мали конструктивний досвід життя, їм трохи легше повернутися до того стану, який у них вже був. Але є такі клієнти, які з дитинства були занурені в світ криміналу, в світ, де людина не познайомилась з поняттями поваги до себе, доброти, поваги, чесності. Таким прийдеться будувати все нове, образно кажучи, починаючи з нуля.

Деякі люди знаходять себе в полі діяльності допомоги іншим залежним. Відкривають нові здібності.

Вчитися жити без наркотика та алкоголю – це також широке поле діяльності, де прийдеться знаходити нові заняття, вчитися відпочивати на налагоджувати стосунки з іншими людьми на базі нових принципів.

І в цілому прагнення до повноцінного життя для багатьох стає інтересним заняттям, яке витісняє старі звички та цінність стану сп'яніння.

Робота по цій структурі дає можливість клієнту об'ємно побачити своє життя, та зрозуміти в яких напрямках слід рухатися. Також розуміння цієї структури дає можливість самому моніторити стан справ в житті, і бачити, де слід підтягнути справи у випадку, коли починається незадоволення собою, оточенням, або життям в цілому.

В процесі реабілітації можна дати клієнтам загальне знайомство зі цими складовими життя, а потім працювати більш заглиблено в постреабілітаційному етапі.

Чернявська Н. В.,

аспірантка кафедри загальної та клінічної психології

Прикарпатський національний університет

імені Василя Стефаника, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ З ОСОБАМИ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В ПЕРІОД ВІЙНИ

За сучасних умов російсько-української війни тривалістю понад рік існує реальна небезпека не лише загострення станів в осіб з попередньо діагностованою алкогольною залежністю у зв'язку з проживанням складних воєнних життєвих обставин, але ймовірний перехід від попереднього патерну вживання алкоголю «на свята» до систематичного задля самозаспокоєння та розвитку алкогольної залежності.

Адже за результатами соціологічного онлайн-дослідження проведеного Український інститут майбутнього 16–20 травня 2023 року, встановлено, що 82% вживають алкогольні напої (частіше вживають чоловіки), з них 28% збільшили вживання алкоголю після початку повномасштабної війни в Україні, а 26% – вживають алкоголю більше, ніж до війни; водночас переживають тривогу й таким чином розслабляються 16% [4].

Відтак за умов реальної війни необхідне продовження надання якісної психотерапевтичної допомоги особам із алкогольною залежністю, зокрема корекція довоєнного терапевтичного альянсу з урахуванням наявних реалій.

Мета: розкрити особливості терапевтичного альянсу з особами з алкогольною залежністю в умовах воєнного стану.

За електронним словником Американської психологічної асоціації терапевтичний альянс визначається як специфіка відносин терапевт–клієнт, якість яких є важливим аспектом успішної терапії загалом, та за Едвардом Бордіном включає:

- зв'язки, які формуються основними умовами терапії, ставленням клієнта до терапевта та стилем спілкування терапевта з клієнтом;
- цілі терапії – домовленість про результати терапії – зрозумілі, узгоджені та регулярно переглядаються;
- завдання – це дії, які виконуються як клієнтом, так і терапевтом [5].

За ймовірних повітряних тривог та реальної небезпеки життю клієнта й терапевта потребує перегляду психотерапевтичний контракт. Хронічний характер травматизації фруструючих воєнних умов слід враховувати як додаткові специфічні умови в терапевтичному альянсі з особами із хімічними залежностями.

Відтак в контексті травмованих осіб терапевтичний (робочий альянс) відображає рамковані партнерські стосунки між терапевтом і клієнтом унікального характеру з набуттям рис «екзистенційної співучасті», де важливі знання, вміння й навички терапевта щодо контейнування переживань клієнта та наданні структуруючого зворотнього зв'язку у відповідь на страхи, недовіру та суперечливості, що ним висловлюються; у поєднанні «...просвітницького (щодо травми та її перебігу) та емпатійного (у сенсі сповненого розуміння, піклувального) компонентів [3, с. 26].»

У дослідженні О. Мінко, Н. Лісної та Л. Маркозовою «...зв'язку визначених типів особистості та рівня терапевтичного альянсу показало, що належність пацієнтів до емоційно-нестійкого, тривожного та істеричного типів асоціювалася з високим терапевтичним альянсом, а домінування рис ананкастного та параноїдного типів пов'язано з низьким рівнем робочих відносин [2, с. 41].»

Тому важливий фокус психотерапевтичних інтервенцій на емоційну сферу клієнта із залежністю, а також додаткова стабілізація його емоційного стану у зв'язку з переживаннями подій війни та психоедукація застосування відповідних технік.

Запропонована Л. Животовською психотерапевтична програма осіб з алкогольною залежністю в системі гештальт-підходу стосується «...вироблення адекватного пристосування до умов соціального середовища» та визначається

спрямованістю на «... оптимальний баланс підтримки та фрустрації, активну конфронтацію з регресивними патернами пацієнтів... де чітке дотримання психотерапевтом часових меж сеансу створювало додаткову терапевтичну фрустрацію, даючи пацієнтам можливість використати власну активність [1, с. 53].»

Тому дотримання сетінгу варто зробити гнучким щодо регламенту часу, тривалості й перенесення зустрічей. Важливо не просто перенести зустріч, а використати всі можливі безпечні засоби все таки її проведення. Якщо звичний формат зустрічей є в кабінеті офлайн, то в разі неможливості як клієнтові, так терапевтові вчасно бути фізично на місці через повітряну тривогу, що завершилась за кілька хвилин до початку сесії, задля якісного продовження терапії доцільно попередня узгоджена з клієнтом можливість перейти в онлайн формат за безпечних умов збереження конфіденційності сесії. Також важлива визначеність конкретних дій в разі ракетної небезпеки під час психотерапевтичних сесій та наявність укриття.

Отже, якісно скоректований терапевтичний альянс до актуального воєнного стану у вимірі ґручкового сетінгу та продовження психотерапевтичних інтервенцій щодо емоційної сфери є одним з важливих факторів досягнення довготривалої ремісії тверезості в осіб з алкогольною залежністю.

Список використаних джерел:

1. Животовська Л. В. Особливості терапії і превенції аддиктивної поведінки в системі гештальт-підходу. *Психічне здоров'я. Mental health. Міждисциплінарний науково-практичний журнал*. 2010. Вип. 1 (26). С. 52-56.
2. Мінко О. І., Лісна Н. М., Маркозова Л. М. Індивідуально-психологічні особливості осіб з алкогольною залежністю та їх співзалежних родичів, які впливають на формування терапевтичного альянсу. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 39–42.

3. Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос [та ін.]; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

4. Як змінився психоемоційний стан українців: звіт за результатами онлайн-дослідження. Український інститут майбутнього: вебсайт. URL: <https://news.uifuture.org/yak-zminivsy-psikhoemociy-niy-stan-ukra/> (дата звернення 15.08.2023).

5. Therapeutic alliance. APA Dictionary of Psychology: website. URL: <https://dictionary.apa.org/therapeutic-alliance> (accessed 15 August 2023).

Щербина-Прилука В. М.

науковий співробітник лабораторії психології

соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

shcherbyna.vm@psychology-naes-ua.institute

ORCID ID: orcid.org/0000-0003-3284-9474

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ФАХІВЦІВ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вступ. Сучасний стан державного вирішення проблем дітей, що опинилися у складних життєвих обставинах, виняткового значення надає соціально-психологічній реабілітації дітей і підлітків з девіантною та адекватною поведінкою. Реабілітаційний процес обумовлює специфічні умови роботи, що висуває до молодих фахівців особливі, складніші вимоги. У реабілітаційній практиці фахівець змушений вирішувати завдання, що вимагають чималих педагогічних та психологічних зусиль: освоєння нових форм і методів викладання та виховання, пошуки ефективних шляхів корекції та реабілітації вихованців, реалізація гуманістичної парадигми поряд із виправними заходами. Це водночас впливає на психологічний стан працівників, обумовлюючи розвиток надміру професійних стресів через перенасиченість такої діяльності стресогенами, нестандартними ситуаціями, надмірною емоційною напруженістю професійної діяльності, підвищеною відповідальністю і складністю праці у режимному об'єкті при необхідності цілодобового перебування вихованців протягом року. Дія численних емоціогенних факторів призводить до погіршення настрою та загального самопочуття, накопичення втоми, наростання незадоволеності. Ці показники характеризують особливу напруженість роботи в умовах реабілітаційної школи, що викликає фізичне та психологічне перевантаження, професійні кризи і стреси, сприяє моральному і фізичному виснаженню та емоційному вигоранню. У результаті спостерігається розвиток синдрому

«професійного вигорання», що відображається на ефективності професійної діяльності, рівні працездатності, впливаючи на все життя педагога, його психологічний та соматичний стан, особистісні зміни та самопочутті організації в цілому.

Особливо незахищеними є молоді фахівці у перші роки роботи в центрах соціально-психологічній реабілітації дітей і підлітків. Багато з них уже на першому році починає «вигорати» відчуває розчарування, фрустрацію, переживають психотравмуючий вплив, потребу змінити фах або місце роботи. Серед симптомів, що виникають першими можна виділити загальне почуття втоми, загальне занепокоєння, роздратування і гнів, відчуття безрезультатності роботи та недолученості до життя центру, регрес професійного розвитку, агресивність, розчарування в професії.

Мета роботи полягає у аналізі проблеми професійного вигорання молодих фахівців центрів соціально-психологічній реабілітації дітей і підлітків та характеристики симптомів для подальшої розробки програми профілактики та подолання наслідків.

Виклад основного матеріалу. Останнім часом активно стали писати про таке явище, як «професійне вигорання». На сьогодні чимало накопичено наукового матеріалу присвяченого вивченню цього феномену, його компонентів, симптомів і детермінант. У вітчизняній науці це поняття з'явилося порівняно недавно, хоча за кордоном цей феномен відкрито та активно досліджується ще з 70-х років минулого століття. Найчастіше синдром «психічного вигорання» вживається у психологічній літературі для позначення емоційного та фізичного виснаження людей, професія, яких передбачає емоційний контакт з іншими людьми та вплив на них.

Першим відкрив цей феномен американський психіатр Х.Дж. Фрейденбергера у 1974 році, і охарактеризував синдром «професійного вигорання» (англ. – burnout), як особливий психічний стан здорових людей, що знаходяться в інтенсивному спілкуванні з клієнтами, пацієнтами, в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги. До цього це поняття

використовувалось у зв'язку з концепцією робочого стресу і визначалося як нездатність впоратися з останнім, що призводить до деморалізації, фрустрації і зниження ефективності діяльності. Зарубіжні вчені проводили дослідження цього феномену на молодшому медичному персоналі, зробивши висновок, що синдром «професійного вигорання» – це результат конфронтації з реальністю, коли людський дух виснажується у боротьбі з обставинами, які важко змінити. Як наслідок розвивається професійний аутизм. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює завдання у творчість, відсутній.

Центральне місце в розвитку вигорання як наукової концепції зайняли роботи К. Маслач і її колег (С.Джексон, А.Пайнс). Розроблені ними моделі слугують основою для проведення подальших досліджень феномену. Саме поняття феномену неодноразово змінювалося. У 1976 році К.Маслач визначила «вигорання» як реакцію на пов'язаний з професійною діяльністю стрес, що призводить до емоційного віддалення від клієнта, нелюдським відношенням до нього, зниженням ефективності в роботі. У 1981 році К.Маслач і С.Джексон запропонували таке визначення: вигорання – синдром емоційного виснаження та цинізму, який часто з'являється у персоналу, який працював з людьми, і призводить до розвитку негативного ставлення до своїх клієнтів.

Великий інтерес для досліджень професійного вигорання представляє концепція А.Пайнс, який розглядає феномен в іншому ракурсі, а саме як результат поступового процесу розчарування у невдалому пошуку сенсу життя, який проявляється в стані фізичного, емоційного та психологічного виснаження. Ця екзистенційна модель тою чи іншою мірою характерна для представників усіх видів професій.

Важливими доробком у сучасному визначенні «професійного вигорання» є дослідження наших колег. Особливості прояву синдрому «професійного вигорання» у працівників освітніх закладів досліджували такі вітчизняні вчені: Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова, Н.В. Перегончук, Т.В. Скорик та ін. Аналіз теоретичних та експериментальних досліджень засвідчує, що проблемі професійного вигорання українських педагогів, його подолання та профілактики

приділено достатньо уваги. Проблема «професійного вигорання» педагогічних працівників закладів соціальної реабілітації залишається відкритою.

Науковий аналіз показує, що у психології існують різні підходи до визначення синдрому «професійне вигорання», але найпоширенішим є підхід, розроблений американськими ученими К. Маслач і С. Джексоном. Синдром «професійного вигорання» розглядається як трьохкомпонентна система, яка включає в себе: емоційне виснаження; деперсоналізацію, що має вияв у деформації стосунків з іншими людьми та редукцію особистісних досягнень, т.б., негативну оцінку своїх професійних досягнень і успіхів, себе, обмеження своїх можливостей та обов'язків. Упередження виникненню синдрому професійне вигорання можливе шляхом формування професіоналізму суб'єкта. Важливою умовою формування професіоналізму є мотивація вибору майбутньої професії та її об'єктивні складові опанування професійною діяльністю.

Отже, більшість дослідників синдром «професійного вигорання» розглядають як негативне явище у професійному житті особистості, що призводить до виснаження її ресурсів (фізичних, фізіологічних та психічних), яких зазнає фахівець, що не може ефективно впоратися із стресом. На сьогодні синдром «професійного вигорання» у «Міжнародній класифікації хвороб» має діагностичний статус МКБ-10:Z73 – проблеми, які пов'язані з труднощами управління власним життям. Разом з деструктивною дією цього синдрому на людину, деякі вчені розглядають прояви синдрому як конструктивні, що передбачають підтримання фахівця у тонусі на фізіологічному і психологічному рівнях, спонукають до пошуку нових способів реагування на стресогенні впливи та стимулюють його до випрацювання нових основ життєдіяльності [2]. Усі ці процеси є поштовхом до позитивних особистісних змін, самопізнання, сприяє саморозкриттю і професійному самовдосконаленню.

Сьогодні не існує єдиного погляду на причини розвитку синдрому «вигорання». Виокремлюють три групи чинників, що виконують істотну роль в розвитку синдрому: рольовий – рольова невизначеність, організаційний – зміст діяльності, особистісний – незадоволеність професійним зростанням. У науковій

літературі описано чимало таких причин (стресори, стрес-фактори, стресогени), існують намагання їх класифікувати та створити типології. Однак, дехто головною причиною виникнення «професійного вигорання» вважає психологічну та душевну перевтому, яка пояснюється тривалим переважанням як зовнішніх, так і внутрішніх вимог над відповідними ресурсами, через що у людини порушується стан рівноваги. Таке порушення неминуче призводить до проявів синдрому «емоційного вигорання», що зі свого боку спричиняє вигорання мотивації до успішної професійної діяльності, яке і прийнято вважати синдромом «професійного вигорання».

Виникнення синдрому вигорання пов'язують з віковими, гендерними та іншими аспектами особистості, а також з фізіологічними ознаками – типом нервової системи, збуджуваністю та рівнем стійкості до стресу, фрустрації.

Зайчиковою Т.В., запропоновано модель детермінант виникнення цього синдрому у вчителів, яка включає: соціально-економічні детермінанти, до складу яких входять економічна нестабільність; складні політичні процеси; інтенсифікація професійної діяльності; соціальний статус професії; рівень соціального захисту; рівень оплати праці;

соціально-психологічні детермінанти, що включають бажання працювати в обраній організації чи сфері діяльності; ставлення співробітника до взаємовідносин у колективі; фактори ефективності праці; мотиви праці; конфліктність колективу; задоволеність життєдіяльністю колективу;

індивідуально-психологічні детермінанти, які охоплюють особистісні (рівень тривожності, агресивності, фрустрованості, ригідності, рівень суб'єктивного контролю), соціально-демографічні та професійні (вік, стать, стаж професійної діяльності, сімейний статус) [2].

На сьогодні дослідниками виокремлено велику кількість симптомів «професійного вигорання», які можна умовно поділити на групи:

фізичні – фізичне виснаження, втома, проблеми із сном, часті нудоти і головокружіння, надмірна пітливість, тремтіння, погіршення загального стану

здоров'я, підвищення артеріального тиску, порушення у роботі серцево-судинної системи, виразкові хвороби;

емоційні – відчуття безпорадності і безнадійності, нестача емоцій, агресивність, роздратованість, тривожність, байдужість, цинізм, депресія; відчуття провини тощо;

поведінкові – часті перерви, перебування на робочому місці понад міру, малі фізичні навантаження, паління, вживання алкоголю, імпульсивна емоційна поведінка тощо;

інтелектуальні – переважання шаблонної професійної поведінки, формалізм у виконанні професійних функцій, зниження інтересу до саморозвитку, пошуку альтернативних підходів у вирішенні проблем тощо;

соціальні – обмеження соціальних контактів, відчуття ізоляції, незрозуміння іншими та інших, низька соціальна активність, зниження цікавості до дозвілля, захоплень тощо.

Аналіз наукових досліджень дозволяє говорити про певні структурні компоненти або етап розвитку «професійного вигорання»: 1) емоційне виснаження, яке проявляється у перенапруженні та вичерпаності емоційних і фізичних ресурсів, відчутті втоми, що не зникає навіть після повноцінного нічного сну; 2) особистісне відчуження (деперсоналізація), що має вияв у порушення професійних стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися при виконанні професійних обов'язків, та до професійної діяльності взагалі; 3) відчуття втрати власної ефективності, яке проявляється у нездатності педагога бачити перспективи своєї подальшої професійної діяльності, зниженні задоволення від виконуваної роботи, втраті віри у власні фахові можливості, що може призводити до повної зневіри у здатності займатися вчителюванням, втрату професійної компетентності і неминучу необхідність залишати педагогічну діяльність або педагог продовжує виконувати свої професійні функції, формально.

Результати чисельних наукових досліджень показують, що професійна діяльність педагогів пов'язана із значними нервово-психічними навантаженнями.

Тут маються на увазі не тільки фізіологічні чинники, пов'язані з умовами праці: гіподинамія, підвищене навантаження на зоровий, слуховий та голосовий апарати, мова йде насамперед про психологічні та організаційні труднощі: необхідність бути весь час у формі, неможливість вибору учнів, відсутність емоційної розрядки, велика кількість контактів протягом робочого дня тощо. За такої роботи день за днем рівень напруженості може накопичуватися. Можливими проявами напруженості є: збудження, підвищена дратівливість, неспокій, м'язова напруга, затиски в різних частинах тіла, прискорення дихання, серцебиття, підвищена стомлюваність. Хоча можуть бути й інші індивідуальні її прояви. У разі досягненні певного рівня напруженості організм починає намагатися захищати себе, що у неусвідомлюваному або усвідомлюваному бажанні зменшити або формалізувати час взаємодії з учнями.

Висновки. Синдром «професійного вигорання» є стресовою реакцією, яка виникає внаслідок довготривалих професійних стресів, стресів міжособистісної комунікації, призводить до зниження працездатності та якості професійного життя фахівця, впливає як на психофізичне самопочуття спеціаліста, так і на здоров'я усієї організації в цілому. Це поняття характеризує психічний стан здорових людей, що знаходяться в інтенсивному спілкуванні з клієнтами, пацієнтами, в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги. Симптомами прояву синдрому є: неадекватне вибіркове емоційне реагування, редукція професійних обов'язків, розширення сфери економії емоцій. Виникнення синдрому «професійного вигорання» складається з трьох основних груп факторів: соціально-економічних; соціально-психологічних; індивідуально-психологічних.

Особливо яскраво вплив стресів проявляється у професійній діяльності молодих фахівців центрів соціально-психологічної реабілітації дітей і підлітків, через перенасиченість її такими стрес агентами, як: відповідальність за розвиток підростаючого покоління, активна міжособистісна взаємодія, підвищена емоційна напруженість, психологічно важкий контингент, недостатня соціальна оцінка та низька оплата праці тощо. Ця проблема загострюється недостатньою

професійною підготовкою, занепад морального виховання. Сьогодні більша частина педагогічних навчальних закладів не готують фахівців для роботи зі складними дітьми, які не мають у підлітковому віці необхідних знань і навичок самообслуговування – соціально дезадаптованими дітьми, підлітками з девіантною поведінкою.

Для подолання зазначеної проблеми співробітниками лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх систематично проводяться науково-методичні семінари, психологічні консультації для фахівців центрів соціально-психологічної реабілітації дітей і підлітків. Приділяється увага підвищенню ефективності діяльності соціально-психологічної служби, реабілітаційного процесу та психологічної допомоги вихованцям школи, професійному зростанню молодих фахівців та моніторингу психологічної їх здатності до роботи у центрів соціально-психологічної реабілітації та розвитку синдрома «професійного вигорання».

Література:

1. Перегончук Н.В. «Професійне вигорання» педагога у контексті позитивних особистісних змін. *Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України* / за ред. С.Д.Максименка. 2010. Т.ХІІ, Ч.2. С. 202-213.

2. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / За наук. ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М., Зайчикової Т.В. Київ: Міленіум, 2004. 264 с.

3. Психологічні механізми ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою в умовах суспільних змін: монографія / Н.Ю. Максимова та ін.; за ред. Н.Ю. Максимової. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2018. 272 с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/712821>

4. Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища: монографія / Н.Ю. Максимова та ін.; за ред. Н. Ю. Максимової. Київ: Педагогічна думка, 2015. 254 с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/10062>

Наукове видання

Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології
Збірник матеріалів науково-практичної конференції
16-17 вересня 2023 року

Ум. друк. арк 7,5
Матеріали подано мовою оригіналу.
Друкується в авторській редакції.

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
01033, м. Київ, вул Паньківська 2;
тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
№ 6418 від 03.10.2018