

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук**

Кафедра психології

**ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ
ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ЛЕШЕНОК АЛЬОНИ СЕРГІЙВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри _____
«26» січня 2026 р.

Науковий керівник:
Лавлінський Р.О.,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології
Рецензент:

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер

дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано**до захисту****Р.О.Лавлінський**

підпис наукового
керівника

ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка

дата захисту

Голова ЕК**О.М. Шпортун**

підпис

ініціали, прізвище

Члени ЕК**Я.М. Раєвська**

підпис

ініціали, прізвище

М.С. Ятчук

підпис

ініціали, прізвище

Р.О. Лавлінський

підпис

ініціали, прізвище

Секретар ЕК**К.Р. Собченко**

підпис

ініціали, прізвище

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук**

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс II (*магістратура*)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Лешенок Альони Сергіївни

1. Тема роботи: **Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та їх корекція.**

2. Цільова установка: учасники програми реабілітації кризового центру «БО Еволюція»; вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.

3. Перелік графічного матеріалу 13 табл., 2 рис.

4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Лавлінський Р.О.		
Розділ 2	Лавлінський Р.О.		
Розділ 3	Лавлінський Р.О.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретичні основи проблеми психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин

Розділ 2. Особливості корекції психічних та поведінкових розладів

Розділ 3. Емпіричне дослідження проблеми та шляхів її корекції

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/ п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	грудень 2024	грудень 2024
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	лютий 2025	лютий 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	квітень 2025	квітень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	травень 2025	травень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	вересень 2025	вересень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	жовтень-грудень 2025	жовтень-грудень 2025
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедрі, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	січень 2026	січень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	лютий 2026	лютий 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	березень 2026	березень 2026

Дата видачі завдання _____
 Науковий керівник _____

(Лавлінський Р.О.)

Завдання прийняв(ла)
 до виконання

здобувач(ка)

(Лешенок А.С.)

_____ (ПІБ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 107 с., 13 табл., 69 джерел, 9 додатків.

Об'єкт дослідження: процес психологічної корекції психічних і поведінкових розладів, що виникають унаслідок вживання психоактивних речовин.

Предмет дослідження психологічні особливості осіб із залежністю від психоактивних речовин та ефективність психокорекційних програм у процесі їх реабілітації.

Мета: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність психокорекційної програми, спрямованої на зменшення проявів психічних і поведінкових розладів у осіб, залежних від психоактивних речовин.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що цілеспрямоване застосування психокорекційної програми, побудованої на принципах когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційного інтерв'ю та групових тренінгів сприятиме зниженню рівня тривожності, депресивності та підвищенню рівня самоконтролю й соціальної адаптації осіб із залежністю від ПАР.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел;

- емпіричні: спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностика за методиками Бека, Спілбергера–Ханіна, шкала труднощів емоційної регуляції DERS;

- математико-статистичні: порівняльний аналіз динаміки показників.

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ, ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ(ПАР), ЗАЛЕЖНІСТЬ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ.

MENTAL DISORDERS, BEHAVIORAL DISORDERS, PSYCHOACTIVE
SUBSTANCES, ADDICTION, PSYCHOCORRECTION, COGNITIVE-
BEHAVIORAL THERAPY, REHABILITATION.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН.....	11
1.1. Поняття психічних та поведінкових розладів у сучасній психології	11
1.2. Класифікація психоактивних речовин та їх вплив на організм людини	14
1.3. Класифікація психічних і поведінкових розладів за МКХ-10/МКХ-11 та DSM-5	18
1.4. Етіологічні чинники та механізми розвитку залежності від ПАР	24
1.5. Соціальні, психологічні та біологічні наслідки вживання психоактивних речовин	29
Висновки до розділу 1	33
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ	35
2.1. Історія розвитку та сучасні підходи до корекції залежності	35
2.2. Методи діагностики психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням ПАР	38
2.3. Психологічні методи корекції та психотерапевтична робота із залежними	42
2.4. Медико-психологічні програми реабілітації залежних осіб	46
2.5. Зарубіжний та вітчизняний досвід роботи з особами, які мають залежність від ПАР	49
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХІВ ЇЇ КОРЕКЦІЇ	55
3.1. Організація та методика дослідження	55
3.2. Характеристика вибірки, методів та інструментів дослідження	58
3.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	62
3.4. Розробка та апробація психокорекційної програми	68
3.5. Ефективність запропонованих корекційних заходів.....	75
Висновки до розділу 3	79
ВИСНОВОК	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

У сучасному суспільстві проблема вживання психоактивних речовин (ПАР) набула масштабів глобальної кризи, яка має як медичні, так і соціально-психологічні наслідки. Вживання алкоголю, наркотичних і токсичних речовин спричиняє не лише фізичну залежність, а й комплекс глибоких психічних та поведінкових розладів, що впливають на особистість, сімейні стосунки та соціальну адаптацію. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, зловживання ПАР є однією з провідних причин втрати працездатності, зростання рівня злочинності та соціальної дезадаптації. В умовах воєнних викликів, економічної нестабільності та стресогенних факторів, які переживає українське суспільство, масштаби цієї проблеми лише загострюються, що робить дослідження її корекції надзвичайно важливим.

Актуальність дослідження зумовлена стрімким зростанням поширеності психічних та поведінкових розладів унаслідок вживання психоактивних речовин, що, за даними WHO (2023), охоплюють понад 284 млн осіб у світі, а в Україні, за даними МОЗ (2024), кількість осіб із залежністю зросла на 18% у зв'язку зі стресогенними умовами війни, внутрішнім переміщенням, втратою домівок, посттравматичними розладами. Значна частина залежних не отримує психологічної допомоги, а реабілітаційні програми часто не враховують психологічну складову, концентруючись лише на медичному лікуванні.

У сучасній психології недостатньо дослідженим залишається питання ефективного використання інтегрованого підходу (когнітивно-поведінкового, мотиваційного, гуманістичного) для корекції залежності, а також психологічних чинників, що посилюють або послаблюють її. Це зумовлює потребу у розробці психокорекційних програм, що відновлюють мотивацію, усувають адиктивне мислення та сприяють поверненню до здорового функціонування.

Проблема вживання психоактивних речовин та пов'язаних із цим психічних і поведінкових розладів є предметом ґрунтовного наукового вивчення у вітчизняній медичній та психологічній літературі. Зокрема, у навчальному посібнику Д. М. Сафонова (2019)[1] систематизовано сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики психічних і поведінкових розладів, спричинених уживанням ПАР, що свідчить про високий рівень медико-психіатричної розробки теми. У роботі О. О. Гаврилова, Г. М. Мазура та Т. М. Гомон (2019)[2] акцентовано увагу на проблемі адекватної садації у пацієнтів із психічними порушеннями, викликаними вживанням психоактивних речовин, що розкриває клінічні аспекти лікування залежності та контролю симптомів абстиненції. У свою чергу, В. В. Шаповалов (2011)[3] досліджує нераціональне вживання ПАР крізь призму судово-фармацевтичного моніторингу, аналізуючи правові, етичні та соціальні наслідки наркозалежності. Отже, науковці розглядають проблему вживання психоактивних речовин комплексно – від нейропсихіатричних механізмів формування залежності до соціально-правових аспектів її подолання, що створює основу для подальших міждисциплінарних досліджень.

Об'єкт дослідження: психічні та поведінкові розлади, що виникають унаслідок вживання психоактивних речовин.

Предмет дослідження: психологічні умови, методи та програми корекції психічних і поведінкових розладів у залежних осіб.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність психокорекційних заходів, спрямованих на зменшення психічних та поведінкових порушень унаслідок уживання ПАР.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння психічних і поведінкових розладів унаслідок вживання ПАР;
2. Розглянути класифікації психічних розладів залежності (МКХ-10/МКХ-11, DSM-5);

3. Визначити психологічні, соціальні та біологічні чинники формування залежності;
4. Дослідити зарубіжний та вітчизняний досвід корекції психічних і поведінкових розладів;
5. Розробити та апробувати психокорекційну програму для осіб із залежністю.
6. Оцінити ефективність запропонованих психокорекційних заходів.

База дослідження. Вибірку складали 40 осіб віком від 20 до 45 років. . Цільовою аудиторією заходу стали реабілітанти, які перебували на етапі денного стаціонару та амбулаторної програми реабілітації. У заході брали участь дорослі особи віком від 20 до 45 років, які вже пройшли етап детоксикації та виявили готовність до психологічної роботи.

Наукова новизна дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричній перевірці впливу психологічних чинників (емоційної стійкості, самооцінки та рівня мотивації до змін) на формування залежності від психоактивних речовин, а також у розробці й апробації авторської психокорекційної програми, побудованої на принципах когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційного інтерв'ю та біопсихосоціального підходу.

Удосконалено структурно-функціональну модель психологічної корекції, що поєднує діагностику, мотиваційно-рефлексивний та ресоціалізаційний блоки і спрямована на відновлення саморегуляції, емоційного балансу та соціальної адаптації залежних осіб.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання запропонованої психокорекційної програми у діяльності психологів, психотерапевтів і спеціалістів центрів реабілітації. Результати дослідження можуть бути впроваджені у практику психологічного консультування, психотерапії та профілактики адиктивної поведінки, а також у навчальний процес підготовки фахівців у галузі психології.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів (теоретичного, практичного та емпіричного), висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 107 сторінок, із яких 85 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

1.1. Поняття психічних та поведінкових розладів у сучасній психології

Поняття психічних і поведінкових розладів у сучасній психології охоплює систему відхилень у функціонуванні психіки та поведінки, які виходять за межі індивідуальної, вікової та соціокультурної норми, порушуючи процеси адаптації людини до умов життєдіяльності. Такі розлади виявляються у порушеннях емоційної регуляції, когнітивних процесів, мислення, пам'яті, мовлення, мотивації, вольової діяльності та різних форм поведінкових реакцій [4]. Вони перешкоджають продуктивному функціонуванню особистості, створюють труднощі у соціальній взаємодії та знижують якість життя.

У сучасній психології психічний та поведінковий розлад розглядається як стан, що супроводжується вираженням психологічним дискомфортом та порушенням соціальної адаптації. Важливо, що розлад не завжди тотожний психічній хворобі, а може мати тимчасовий, оборотний або ситуаційно обумовлений характер. Саме тому психологічна наука розмежовує поняття «норма» та «патологія», підкреслюючи відносність норми як динамічного критерію, що залежить від соціальних, культурних, історичних і вікових чинників [5]. Норма трактується не лише як статистична середина, а як здатність особистості зберігати внутрішню рівновагу, конструктивно взаємодіяти із середовищем та долати стресові впливи.

Психічні й поведінкові розлади мають багатофакторну природу. Їх виникнення пояснюється взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників. До біологічних належать генетичні передумови, особливості роботи нервової системи, порушення обміну нейромедіаторів, гормональні дисфункції, наслідки соматичних захворювань[6]. До психологічних чинників відносять особливості емоційної регуляції, рівень стресостійкості, сформованість самооцінки, стилі мислення, особистісні риси, наявність психотравматичного досвіду. Соціальні чинники охоплюють вплив сімейного виховання, соціальну підтримку, освітнє середовище, професійні труднощі, соціальні конфлікти, економічну нестабільність і кризові явища в суспільстві[7]. Такий підхід отримав назву біопсихосоціальної моделі й є провідним у сучасній психології [4].

Психічні розлади охоплюють широкий спектр проявів – від невротичних і тривожних станів до психотичних розладів, афективних порушень, розладів особистості, когнітивних порушень, соматоформних станів та адаптаційних реакцій. Поведінкові розлади, у свою чергу, характеризуються порушенням соціально прийнятної поведінки: агресивними діями, девіантною та делінквентною поведінкою, адикціями (залежностями), самоушкоджувальними тенденціями, імпульсивністю, унікальною або маніпулятивною поведінкою[8]. Поведінкові розлади часто виступають як спосіб дезадаптивного реагування на життєві труднощі, емоційне напруження або психотравму [9].

У міжнародних діагностичних класифікаціях психічні й поведінкові розлади систематизуються за певними критеріями. Зокрема, у класифікації МКХ-11 (ICD-11) та DSM-5 вони розділені на групи за симптоматикою, етіологією та особливостями прояву. У цих системах підкреслюється функціональний підхід, який враховує не лише наявність симптомів, а й ступінь порушення життєвих функцій: самообслуговування, соціальної активності, професійної реалізації, навчання та міжособистісної взаємодії. Такий підхід дозволяє проводити не лише медичну, а й психолого-соціальну діагностику та

допомогу, орієнтовану на відновлення адаптивних можливостей особистості [5].

Поведінкові та психічні розлади часто мають хронічний перебіг, але можуть піддаватися ефективній корекції за умови своєчасної допомоги. Комплексна підтримка включає психологічну діагностику, психокорекцію, психотерапію, психоосвітні програми, реабілітаційні заходи та соціальну підтримку[10]. Сучасна психологія наголошує на необхідності гуманістичного підходу до людей із психічними відхиленнями, запобігання їх соціальній ізоляції, стигматизації та дискримінації.

Представлена таблиця (табл. 1.1) дозволяє чітко розмежувати поняття психічних та поведінкових розладів, оскільки вони мають різну природу прояву та етіологію. Психічні розлади впливають насамперед на внутрішній психічний стан особистості, тоді як поведінкові виявляються в зовнішній соціальній взаємодії. Таке порівняння дає змогу краще обґрунтувати необхідність різних підходів до діагностики та корекції зазначених форм дезадаптації.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика психічних та поведінкових розладів

Критерій порівняння	Психічні розлади	Поведінкові розлади
Сутність	Порушення психічних процесів (мислення, емоцій, сприйняття, пам'яті)	Порушення соціально прийнятної поведінки та самоконтролю
Основні прояви	Афективні порушення, тривога, марення, галюцинації, нав'язливі стани	Агресія, імпульсивність, девіантність, делінквентність, адиктивна поведінка
Причини (етіологія)	Біологічні та психологічні чинники переважають	Соціальні та середовищні чинники відіграють провідну роль
Характер перебігу	Часто хронічний або рецидивуючий	Може мати ситуативний або стійкий характер
Вплив на особистість	Порушення мислення, емоцій та самосвідомості	Порушення поведінкової регуляції та соціальної взаємодії
Діагностика	Психодіагностика + клінічне обстеження	Психодіагностика + аналіз поведінки
Наслідки	Емоційна та соціальна дезадаптація	Соціальні конфлікти, правопорушення, залежності
Підходи до допомоги	Психотерапія, медикаментозна підтримка, психокорекція	Поведінкова терапія, сімейна терапія, соціальна реабілітація

Отже, психічні та поведінкові розлади є складними багаторівневими явищами, що вимагають міждисциплінарного розуміння та поєднання психологічних, медичних і соціальних підходів у процесі їх вивчення, профілактики та подолання.

1.2. Класифікація психоактивних речовин та їх вплив на організм людини

Психоактивні речовини – це хімічні сполуки природного або синтетичного походження, які при потраплянні в організм людини впливають на функціонування центральної нервової системи (ЦНС), змінюють психічний стан, емоції, сприйняття, поведінку та когнітивні процеси[11]. Їхній вплив може варіювати від легкого збудження або розслаблення до глибоких змін свідомості та виникнення залежності [12].

У науковій літературі існують різні підходи до класифікації ПАР, проте найпоширенішою є систематизація за психофармакологічною дією на нервову систему. Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, усі психоактивні речовини поділяються на кілька основних груп. Класифікацію психоактивних речовин за механізмом дії наведено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Класифікація психоактивних речовин за механізмом дії на центральну нервову систему

Група психоактивних речовин	Представники	Основна дія на організм	Можливі наслідки вживання
Стимулятори	Кофеїн, амфетамін, кокаїн, метамфетамін	Підвищення активності, енергії, зменшення втоми	Безсоння, тривожність, виснаження, серцево-судинні розлади
Депресанти (седативні засоби)	Алкоголь, барбітурати, бензодіазепіни	Гальмування ЦНС, зниження тривожності, розслаблення	Залежність, пригнічення дихання, порушення координації, депресія
Опіоїди (наркотичні анальгетики)	Морфін, героїн, метадон, кодеїн	Знеболення, ейфорія, розслаблення	Сильна фізична та психічна залежність, передозування, ураження органів
Галюциногени	ЛСД, псилоцибін, мескалін	Зміна сприйняття, галюцинації, викривлення часу і	Психотичні епізоди, тривалі порушення сприйняття,

		простору	деперсоналізація
Канабіноїди	Марихуана, гашиш, синтетичні канабіноїди	Ейфорія, розслаблення, зміна сприйняття	Порушення пам'яті, зниження концентрації, апатія, ризик психозів

Продовження таблиці 1.2

Група психоактивних речовин	Представники	Основна дія на організм	Можливі наслідки вживання
Інгалянти (леткі речовини)	Клей, бензин, ацетон, лаки	Швидкий наркотичний ефект, ейфорія, запаморочення	Пошкодження мозку, печінки, серця, смерть від задухи
Дизайнерські (синтетичні) наркотики	Спайси, солі, МДМА (екстазі)	Комбінована дія (стимулююча, галюциногенна)	Неврологічні порушення, агресія, Суїцидальні думки

Депресанти (пригнічувальні речовини) – це група психоактивних речовин, які уповільнюють діяльність центральної нервової системи (ЦНС), спричиняють седативний ефект, знижують рівень збудження, тривожності й психічного напруження. До депресантів належать алкоголь, барбітурати, бензодіазепіни, транквілізатори та снодійні засоби. Їх фармакологічна дія полягає у посиленні гальмівних процесів у корі головного мозку, що проявляється зниженням психомоторної активності, уповільненням мислення, розслабленням м'язів і сонливістю. Депресанти викликають швидку толерантність та сильну фізичну й психологічну залежність. Тривале вживання призводить до атрофії нервових клітин, дефіциту вітамінів, погіршення когнітивних функцій, соматичних розладів (цироз печінки, кардіоміопатія), а також формує високий ризик передозування з летальними наслідками через пригнічення дихального центру мозку [13].

Стимулятори (збуджувальні речовини) – це психоактивні засоби, що підвищують активність ЦНС, підсилюють відчуття бадьорості, енергії, полегшують концентрацію уваги та стимулюють настроєвий підйом. До основних представників цієї групи належать кофеїн, нікотин, кокаїн, амфетаміни та метамфетамін. Механізм їх дії базується на посиленні викиду

нейромедіаторів (дофаміну, норадреналіну та серотоніну), що викликає стан штучної стимуляції. Однак після короткочасного відчуття підйому активності настає виснаження нервової системи, порушення сну, зниження апетиту, депресивні реакції. Тривале вживання стимуляторів спричиняє серцево-судинні ураження (аритмії, інфаркти), параноїдальні стани, агресивність, психози та руйнівні наслідки для нервової системи [13].

Опіоїди (наркотичні анальгетики) – природного або синтетичного походження речовини, що взаємодіють із опіоїдними рецепторами головного мозку, зменшуючи фізичний біль і викликаючи стан ейфорії. До натуральних опіоїдів належать морфін і кодеїн, до синтетичних – героїн, фентаніл, метадон. Опіоїди характеризуються швидким формуванням толерантності, що вимагає постійного збільшення дози для досягнення ефекту. Хронічна опіоїдна залежність супроводжується тяжким абстинентним синдромом, руйнуванням особистості, емоційною деградацією, інфекційними ризиками (ВІЛ, гепатити при ін'єкційному введенні), пригніченням дихання та високою смертністю при передозуванні. Ураження внутрішніх органів (печінки, мозку, серця) є незворотними [14].

Галюциногени (психоделіки) – група речовин, що впливають насамперед на сенсорне сприйняття та когнітивну сферу. Серед них найбільш відомі ЛСД (лізергінова кислота), псилоцибін (грибні алкалоїди), мескалін та диметилтриптамін. Ці речовини змінюють відчуття часу, простору, викликають зорові та слухові галюцинації, змінюють емоційні реакції й самосприйняття. Галюциногени мають непередбачуваний вплив на психіку, що часто призводить до панічних атак, деперсоналізації, психотичних епізодів, загострень прихованих психічних розладів. Навіть після припинення вживання можливі повторні галюцинації («флешбеки»), посттравматичні тривожні стани [14].

Канабіноїди (препарати коноплі) – психоактивні речовини природного походження (марихуана, гашиш, канабісова олія), активною речовиною яких є тетрагідроканабіол (ТГК). Дія канабіноїдів полягає у стимуляції канабіноїдних рецепторів мозку, що зумовлює ейфорію, розслаблення, сенсорні спотворення,

зниження концентрації уваги та когнітивних функцій. Часте вживання призводить до емоційної апатії та так званого амотиваційного синдрому – зниження волі, ініціативи, працездатності. Встановлено, що канабіс може спричиняти психічні розлади, зокрема тривожні стани, деперсоналізацію, параноїдальні реакції та загострення шизофренії у схильних осіб [14].

Інгалянти (леткі токсичні речовини) – це хімічні речовини з токсичною дією, які вдихаються для досягнення стану сп'яніння. До інгалянтів належать клей, бензин, ацетон, ефіри, аерозольні фарби та розчинники. Їх психоактивна дія супроводжується короткочасною ейфорією, запамороченням, порушенням координації рухів. Однак через токсичність ці речовини надзвичайно небезпечні: вони спричиняють кисневе голодування мозку, руйнують нервові клітини, призводять до судом, паралічів, порушень серцевої діяльності та фатальних отруєнь. Тривале вживання призводить до незворотних змін мозкової тканини, інтелектуального дефіциту, поведінкової деградації [15].

Психостимулятори нового покоління (синтетичні катіони, «солі») – це синтетичні наркотики, створені хімічним шляхом і відомі своєю високою токсичністю та психотропною активністю. Їх дія викликає різке психомоторне збудження, агресію, галюцинації, суїцидальні думки, судоми, гостру серцеву недостатність. Особливо небезпечним є те, що навіть разове вживання може викликати гостру інтоксикацію організму, набряк мозку або летальний випадок. Вони швидко формують залежність і руйнують серцево-судинну та нервову системи [15].

Залежно від характеру дії на організм, тривалості психотропного впливу та механізмів формування адиктивної поведінки, психоактивні речовини (ПАР) можуть спричиняти як фізичну, так і психологічну залежність. Фізична залежність проявляється у тому, що організм поступово адаптується до наявності речовини та починає потребувати її для підтримання життєвих функцій. У разі припинення вживання виникає абстинентний синдром (синдром відміни), який супроводжується вираженим фізичним та психічним дискомфортом: тремором, пітливістю, порушеннями серцевого ритму,

судомами, тривожністю, депресією та безсонням. Психологічна залежність формує патологічний потяг до ПАР, що виявляється нав'язливим бажанням повторити досвід ейфорії, зняти емоційну напругу або уникнути неприємних переживань. Вона ґрунтується на закріпленні хибних поведінкових стереотипів та порушенні мотиваційної сфери особистості.

Психоактивні речовини змінюють роботу нервової системи, впливаючи на біохімічні процеси в головному мозку. Їх регулярне вживання порушує природний баланс нейромедіаторів – дофаміну, серотоніну, норадреналіну та ендогенних опіоїдів. Саме дофамінергічна система відповідає за формування поведінкової мотивації та відчуття задоволення, тому її штучна стимуляція ПАР призводить до формування залежності[16]. У результаті вживання наркотичних речовин змінюється структура нейронних зв'язків, пригнічується природна здатність мозку виробляти «гормони радості» без зовнішньої стимуляції, виникає толерантність та потреба у зростанні дози для досягнення попереднього ефекту[17]. Отже, ПАР не лише змінюють психічний стан людини, а й спричиняють стійкі нейрофізіологічні порушення, що лежать в основі розвитку залежності та деградації когнітивних функцій [13; 14].

Отже, психоактивні речовини становлять серйозну загрозу для фізичного і психічного здоров'я людини. Їхній вплив виходить далеко за межі індивідуального рівня, створюючи соціальні проблеми – злочинність, маргіналізацію, руйнування сімей і дезадаптацію особистості. Ефективна боротьба з поширенням ПАР вимагає комплексного підходу, який поєднує профілактику, психотерапію, соціальну реабілітацію та медичну допомогу.

1.3. Класифікація психічних і поведінкових розладів за МКХ-10/МКХ-11 та DSM-5

Систематизація психічних і поведінкових розладів є одним із основних завдань сучасної психології та психіатрії, оскільки класифікаційні підходи дозволяють забезпечити єдність наукової термінології, уніфікацію

діагностичних критеріїв і стандартизацію психокорекційних та лікувальних програм. Найбільш визнаними у світовій практиці системами класифікації є Міжнародна класифікація хвороб (МКХ), розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, та Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів (DSM), який укладає Американська психіатрична асоціація.

У десятому перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) психічні та поведінкові розлади представлені у розділі F (F00–F99), який систематизує широкий спектр порушень психічної діяльності за етіологічним та клінічним принципами.

Найчисельнішою групою є F10–F19, до якої віднесено психічні та поведінкові розлади, що виникають унаслідок уживання психоактивних речовин. Сюди належать залежності та інтоксикаційні стани, спричинені алкоголем, опіоїдами, канабіноїдами, седативними й снодійними засобами, кокаїном, стимуляторами, тютюном, леткими розчинниками, а також полінаркотичною залежністю. Для цієї групи характерне формування стійких патологічних потягів, порушення самоконтролю, деградація особистісних якостей і соціальна дезадаптація[18].

До категорії F20–F29 віднесено шизофренію, шизотипові та маячні розлади, які характеризуються глибокими змінами мислення, сприйняття, емоційної сфери та поведінки. Для них властиві такі симптоми, як галюцинації, марення, порушення логічного мислення, відчуження від реальності та зниження когнітивних функцій.

Група F30–F39 охоплює афективні, або настроєві, розлади – насамперед депресію, маніакальний та біполярний розлади. Вони проявляються стійкими змінами емоційного фону, коливаннями між фазами піднесеного та пригніченого настрою, втратою інтересу до життя, порушенням сну та апетиту, а також суїцидальними тенденціями.

У межах F40–F48 описано невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади. До них належать тривожні, фобічні, obsесивно-компульсивні, істеричні, а також розлади адаптації, що виникають під впливом

сильних психотравмуючих подій. Ці стани часто мають психосоматичну природу, поєднуючи емоційні порушення з фізичними симптомами без органічної основи.

Категорія F60–F69 включає розлади особистості та поведінки дорослих, що проявляються у стійких відхиленнях характеру, способів емоційного реагування й міжособистісних взаємин. До них належать параноїдний, дисоціальний, емоційно нестабільний (у тому числі межовий) та нарцисичний типи особистісних розладів.

Окрему увагу у МКХ-10 приділено F80–F89, де згруповано розлади психологічного розвитку. Вони охоплюють специфічні порушення мовлення, навчання, моторики та аутистичні спектри, що виникають переважно в дитячому віці й зумовлюють труднощі у засвоєнні знань, комунікації та соціалізації.

Завершує розділ група F90–F98, до якої належать поведінкові та емоційні розлади з початком у дитячому та підлітковому віці. Це, зокрема, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, тики, енурез, розлади харчової поведінки, емоційна нестійкість і проблеми соціальної поведінки. Їх спільною рисою є тісний зв'язок із психосоціальними факторами розвитку та сімейним вихованням[19].

Для кожного з підтипів визначені клінічні критерії діагностики, які ґрунтуються на описі симптомів, тривалості їх перебігу та ступені впливу на соціальне й особистісне функціонування [20].

Одинадцятий перегляд МКХ (МКХ-11), який набув чинності у 2022 році, запровадив низку важливих оновлень. Зокрема, крім залежності від хімічних речовин, виділено розлади, пов'язані з поведінковими адикціями (наприклад, ігровий розлад, комп'ютерно-ігрова залежність). Також у МКХ-11 уточнено критерії розладів особистості: відтепер вони описуються не як окремі діагностичні категорії (наприклад, «параноїдний» чи «дисоціальний» тип), а через рівень тяжкості і домінуючі риси особистісної дисфункції [21].

В одинадцятому перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), який набув чинності у 2022 році, структура розділу, присвяченого розладам, пов'язаним із уживанням психоактивних речовин, зазнала суттєвого оновлення. Відтепер у класифікації робиться акцент не лише на самому факті вживання, а й на характері, ступені та наслідках порушення поведінки, що дозволяє точніше оцінювати клінічну картину й ефективність реабілітаційних заходів.

МКХ-11 розмежовує кілька основних типів розладів, пов'язаних із уживанням ПАР. По-перше, шкідливе уживання (harmful use) описує ситуацію, коли споживання речовини спричиняє шкоду фізичному або психічному здоров'ю особи, але ще не супроводжується вираженими ознаками залежності. Такий стан часто розглядається як передумова розвитку адикції й потребує профілактичних та психокорекційних втручань.

По-друге, синдром залежності визначається як комплекс поведінкових, когнітивних і фізіологічних проявів, у межах яких уживання речовини набуває для людини пріоритетного значення. Для нього характерна непереборна тяга до вживання, втрата контролю над кількістю або частотою споживання, а також поступове знецінення інших життєвих сфер.

Третім типом є синдром відміни, що проявляється фізичними та психологічними симптомами після припинення або різкого зменшення дози речовини. До таких симптомів належать дратівливість, тривожність, тремор, порушення сну, соматичні розлади, що свідчать про формування фізіологічної залежності.

Окремо виділено гостру інтоксикацію, яка виникає внаслідок нещодавнього вживання психоактивної речовини у великій дозі та супроводжується порушенням свідомості, моторики, координації, емоційного стану чи поведінки. Цей стан є тимчасовим, але може бути небезпечним для життя, особливо у разі поліспоживання.

Цей підхід у МКХ-11 дозволяє не лише констатувати наявність залежності, а й визначати її етап розвитку, ступінь ризику та соціально-поведінкові наслідки. Це створює можливість для більш гнучкої діагностики,

раннього втручання та індивідуалізації психокорекційних і терапевтичних програм, що відповідає сучасним принципам біопсихосоціальної моделі розуміння залежності.

У DSM-5 (2013) здійснено перегрупування багатьох діагностичних категорій. Одним із основних нововведень стало введення поняття «substance-related and addictive disorders» («розлади, пов'язані із вживанням речовин та адиктивною поведінкою»). Відповідно, у DSM-5 поряд із класичними залежностями (алкоголь, наркотики, ліки) вперше офіційно визнано патологічний гемблінг (ігрову залежність) як психічний розлад [22].

У діагностичній системі DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) залежність від психоактивних речовин розглядається як розлад, пов'язаний із вживанням речовин (Substance Use Disorder), що має чітко визначені критерії. Основна увага приділяється не лише факту споживання, а насамперед ступеню порушення контролю, впливу на функціонування особистості та наявності фізіологічних змін.

Першою ознакою є втрата контролю над уживанням – людина споживає речовину у більших кількостях або довше, ніж планувала, не здатна зупинитися, незважаючи на попередні наміри. Це супроводжується постійним прагненням або неодноразовими невдалими спробами зменшити або припинити вживання. Такий стан свідчить про домінування адиктивної поведінки над вольовими процесами.

Другою важливою ознакою DSM-5 визначає соціальну дезадаптацію, тобто негативний вплив уживання на основні сфери життя. У людини виникають труднощі у професійній діяльності, навчанні, сімейних чи міжособистісних стосунках. Часто вона ігнорує соціальні обов'язки, втрачає інтерес до колишніх захоплень, ізолюється від оточення, що призводить до поступового руйнування соціальних зв'язків.

Третій блок критеріїв стосується фізіологічних змін організму – розвитку толерантності та синдрому відміни. Толерантність проявляється у необхідності збільшувати дозу для досягнення бажаного ефекту, а синдром відміни – у появі

фізичного та психологічного дискомфорту після припинення вживання. Ці реакції є показником глибокої біохімічної залежності, коли організм уже пристосувався до постійної присутності речовини.

Окрім цього, DSM-5 наголошує на стійкому потязі до вживання. Людина продовжує вживати речовину, попри проблеми зі здоров'ям, конфлікти з оточенням, втрату роботи або інші руйнівні наслідки. Така поведінка вважається основною діагностичною ознакою, що вказує на зниження критичності, порушення самоконтролю та домінування адиктивного мотиву над усіма іншими потребами.

Відповідно, система DSM-5 трактує залежність як хронічний, рецидивуючий розлад, що поєднує психологічні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Її критерії спрямовані на виявлення не лише факту вживання, а передусім ступеня деструкції особистості та глибини порушення її адаптивних механізмів.

DSM-5 пропонує градацію тяжкості розладу: легкий, помірний, тяжкий, що залежить від кількості наявних діагностичних критеріїв. Особливості класифікаційних підходів наочно узагальнено у таблиці 1.3, що дозволяє простежити еволюцію від жорсткої категоризації у МКХ-10 до більш гнучкої системи DSM-5 та МКХ-11.

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика класифікації психічних і поведінкових розладів за МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5

Критерій	МКХ-10	МКХ-11	DSM-5
Структура розділів	Розділ F (F00–F99)	Розділ 06 «Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders»	Окремий розділ «Substance-related and addictive disorders»
Розлади, пов'язані з ПАР	F10–F19: алкоголь, наркотики, тютюн тощо	«Disorders due to substance use» з деталізацією станів	Об'єднані в єдину категорію із вказанням рівня тяжкості
Поведінкові адикції	Відсутні	Включено (ігрова залежність, комп'ютерні ігри)	Вперше визнано патологічний гемблінг як розлад

Розлади особистості	Окремі категорії (F60–F69)	Розгляд за рівнем тяжкості та домінуючими рисами	Залишено окремі типи, але з уточненими критеріями
Градація тяжкості	Не виокремлена	Визначається за ступенем порушення функціонування	Поділ на легкий, помірний та тяжкий рівні залежності

Загалом, порівняльний аналіз МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5 свідчить про поступову еволюцію класифікаційних підходів від жорстко фіксованих категорій до більш гнучкої системи, яка враховує континуум проявів, ступінь тяжкості розладу та індивідуальні особливості особистості. Головною відмінністю стало більш чітке відокремлення розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин та адиктивної поведінки. Важливим є також розширення діагностичних меж за рахунок включення поведінкових адикцій, що відображає сучасні тенденції розвитку суспільства та появу нових форм залежної поведінки.

1.4. Етіологічні чинники та механізми розвитку залежності від ПАР

Залежність від психоактивних речовин – це складне, багатокомпонентне явище, яке формується внаслідок поєднання біологічних, психологічних, соціальних і культурних чинників. Сутність цього процесу полягає у поступовій зміні функціонування нервової системи, психічного стану та поведінки людини, що призводить до формування патологічної потреби у вживанні речовини для підтримання фізичного чи емоційного комфорту.

Біологічні механізми відіграють важливу роль у формуванні залежності, оскільки психоактивні речовини безпосередньо впливають на біохімічні процеси мозку. Центральним у цьому процесі є так званий мезолімбічний дофаміновий шлях, який відповідає за систему винагороди – природний механізм мотивації, що забезпечує позитивне підкріплення певної поведінки. У нормі ця система активується під час задоволення основних потреб (їжа, сон,

соціальні контакти). Проте при вживанні ПАР стимуляція стає надмірною, і мозок починає асоціювати речовину з відчуттям задоволення та комфорту [23].

З часом знижується чутливість дофамінових рецепторів, унаслідок чого природні джерела радості перестають приносити задоволення. Людина починає шукати лише штучну стимуляцію – психоактивну речовину. Так формується толерантність, тобто необхідність у дедалі більших дозах для досягнення колишнього ефекту. Після цього настає етап фізичної залежності, коли відсутність речовини викликає абстинентний синдром – фізичні страждання, тремор, біль, нудоту, дратівливість, депресію[24]. Відповідно, мозок перебудовується, і нормальне функціонування без речовини стає неможливим.

Варто зазначити, що значну роль відіграють генетичні чинники. Наукові дослідження доводять, що у людей, чиї батьки або близькі родичі мали залежність, ризик розвитку адикції зростає в декілька разів. Це пов'язано з успадкуванням певних типів нейромедіаторних систем, особливостей метаболізму, рівня стресостійкості, а також поведінкових моделей, засвоєних у сім'ї.

Психологічна сфера є тією ланкою, через яку біологічна схильність або соціальні впливи трансформуються у реальну залежність. Психологи виділяють кілька типових особистісних характеристик, які сприяють розвитку адиктивної поведінки: емоційна нестійкість, тривожність, невпевненість у собі, низька самооцінка, схильність до ризику, потреба у гострих відчуттях. Часто психоактивні речовини стають своєрідним «захисним механізмом» – способом уникнення психологічного болю, самотності, фрустрації чи стресу [25].

У підлітковому віці додатковими чинниками стають прагнення самоствердження, наслідування «авторитетних» однолітків, бажання відчувати себе дорослим або протест проти батьківського контролю[26]. Важливу роль відіграє також емоційно-стресова теорія залежності, відповідно до якої психоактивна речовина виступає своєрідним засобом «психічної компенсації», коли людина шукає полегшення у зміненому стані свідомості[27].

До психологічних чинників належить і когнітивний дисонанс – коли людина усвідомлює шкоду, але все одно продовжує вживати, оскільки її внутрішня мотивація ослаблена, а залежність уже сформована. Змінюється структура мислення, пріоритети, сприйняття навколишньої реальності. Поступово формується адиктивна установка – психологічна готовність до постійного пошуку речовини як основного способу досягнення емоційного балансу.

Соціальне оточення часто визначає не лише факт початку вживання ПАР, але й швидкість переходу від експериментування до залежності. До основних соціальних чинників належать: неблагополучна родина (конфлікти, насильство, алкоголізм батьків), відсутність контролю з боку дорослих, низький рівень соціалізації, маргінальне або девіантне середовище, безробіття, соціальна ізоляція.

У сучасних умовах значний вплив має інформаційне середовище: пропаганда «легких наркотиків», романтизація залежної поведінки у фільмах, музиці, соціальних мережах. Поширення синтетичних наркотиків через інтернет-магазини також робить ПАР доступними навіть для підлітків. Додатково діє соціальний тиск – прагнення «бути як усі» у певній компанії або відчуття необхідності «розслабитися», що формує толерантне ставлення до вживання[28].

На макрорівні етіологію залежності визначають суспільні умови: економічна нестабільність, урбанізація, міграційні процеси, зниження моральних орієнтирів. У культурах, де толерується вживання алкоголю або де немає чіткої системи профілактики наркоманії, рівень поширеності ПАР значно вищий. Також велике значення має рівень духовності та релігійності суспільства – наявність чітких моральних обмежень знижує ймовірність формування залежності [29].

Як видно з таблиці 1.4, етіологія залежності від психоактивних речовин є поліфакторною та багаторівневою. Жоден із чинників не діє ізольовано – саме їх поєднання створює сприятливі умови для формування адиктивної поведінки.

Тому профілактика та подолання залежності потребують системного підходу з урахуванням індивідуальних, сімейних та соціальних характеристик особистості.

Таблиця 1.4

Етіологічні чинники розвитку залежності від психоактивних речовин

Група чинників	Зміст та специфіка впливу	Приклади проявів
Біологічні	Зумовлені нейрофізіологічними особливостями організму, генетичною схильністю і дією ПАР на мозок	генетична схильність; порушення нейромедіаторного обміну; швидке формування толерантності; сильний абстинентний синдром
Генетичні	Схильність до адиктивної поведінки може передаватися спадково на рівні нейрохімічних процесів	випадки залежності у родині; спадкові особливості метаболізму; дисфункції дофамінових рецепторів
Психологічні	Пов'язані з особистісними рисами, емоційними порушеннями, стресами та внутрішніми конфліктами	низька самооцінка; емоційна нестійкість; тривожність; уникнення проблем через ПАР; адиктивні установки
Соціальні	Формуються під впливом соціального оточення, сім'ї та умов життєдіяльності	негативне оточення; тиск однолітків; неблагополучна сім'я; девіантне середовище; безробіття
Соціокультурні	Залежність як наслідок впливу культурних норм, традицій та інформаційного середовища	толерантність до алкоголю; пропаганда «легких наркотиків»; кланова субкультура; медіавплив
Економічні	Макросоціальні умови, що провокують адиктивну поведінку як форму втечі від реальності	бідність; низький рівень життя; соціальна нерівність; міграційні труднощі
Ситуаційні	Тимчасові чинники, що провокують початок уживання ПАР	стрес; втрата близьких; психотравма; тяжкі життєві кризи; відсутність підтримки
Педагогічні	Недостатній рівень виховання, відсутність контролю, педагогічна занедбаність	слабка профілактика; відсутність ціннісних орієнтирів; дефіцит уваги у родині
Мотиваційні	Спотворення мотивації та пріоритетів особистості під час розвитку адикції	прагнення уникнути проблем; пошук задоволення; компенсація емоційного болю

Механізм розвитку залежності проходить кілька взаємопов'язаних етапів:

1) початковий етап (експериментування) – людина пробує психоактивну речовину з цікавості або під впливом оточення. Ефект викликає позитивні емоції, що закріплюються у пам'яті;

2) регулярне вживання – ПАР стає частиною поведінкових реакцій. Формується психологічна залежність: без речовини людина відчуває дискомфорт, дратівливість, апатію;

3) фізична залежність – відбувається перебудова обмінних процесів, речовина стає необхідною для нормального функціонування організму;

4) соціальна деградація – погіршення когнітивних функцій, втрата працездатності, руйнування сімейних і соціальних зв'язків, криміналізація поведінки.

Залежність супроводжується не лише фізичними порушеннями, але й вираженими психопатологічними змінами, які охоплюють усі сфери психічного функціонування особистості. На емоційному рівні спостерігаються стани хронічної тривожності, емоційної нестабільності, почуття внутрішньої спустошеності та депресивні реакції, що нерідко супроводжуються суїцидальними думками або аутоагресивною поведінкою. Порушується структура сну: з'являється безсоння, нічні кошмари, поверхневий сон, ранні пробудження, що ще більше виснажує нервову систему та поглиблює психічні розлади[30].

На когнітивному рівні відзначається зниження концентрації уваги, сповільнення мислення, погіршення пам'яті, ослаблення здібності до аналізу інформації та прийняття рішень. Деформація мислення може набувати характеру патологічних переконань та хибних установок, що сприяють подальшому вживанню психоактивних речовин. З'являються параноїдні ідеї, недовіра до оточення, підозрілість, що ускладнює міжособистісну взаємодію.

У поведінковій сфері проявляються імпульсивність, агресивні реакції, зниження рівня самоконтролю, соціальна ізоляція або, навпаки, залучення до девіантних груп. Особистість поступово втрачає ціннісні орієнтири, інтереси звужуються виключно до пошуку і вживання психоактивних речовин.

Порушуються етичні норми та соціальні ролі, знижується відповідальність за власні дії, що нерідко веде до криміналізації поведінки[31].

Такі глибокі психологічні зміни значно ускладнюють лікування залежності, оскільки потребують не лише медичної детоксикації, але й тривалого процесу психокорекції та психологічної реабілітації. Для відновлення емоційної стабільності, когнітивних функцій та соціальної адаптації необхідний комплексний підхід, що включає психотерапевтичну підтримку, розвиток навичок здорової поведінки та формування нової мотиваційної системи. Залежність у таких випадках розглядають як хронічний рецидивний розлад, який вимагає поетапної психологічної допомоги та довготривалої профілактики повторних зрывів.

В цілому, залежність від психоактивних речовин є багатфакторним явищем, у якому взаємодіють біологічні, психологічні, соціальні й культурні аспекти. Розуміння етіологічних чинників дозволяє формувати ефективні профілактичні програми, орієнтовані не лише на лікування, а й на усунення глибинних причин залежності – соціальної дезадаптації, психологічної вразливості та низької життєстійкості особистості.

1.5. Соціальні, психологічні та біологічні наслідки вживання психоактивних речовин

Вживання психоактивних речовин є серйозною загрозою для особистості, суспільства й держави в цілому, оскільки воно призводить до глибоких змін у фізіологічному, психічному та соціальному функціонуванні людини. Наслідки залежать від виду речовини, тривалості та інтенсивності її вживання, індивідуальних особливостей організму та соціального середовища. Вплив ПАР має системний характер, охоплюючи всі рівні життя людини – від клітинного до суспільного.

Біологічні (фізіологічні) наслідки вживання ПАР проявляються у поступовому руйнуванні внутрішніх органів і порушенні функціонування життєво важливих систем організму. Психоактивні речовини діють переважно

на центральну нервову систему (ЦНС), змінюючи передачу нервових імпульсів, баланс нейромедіаторів та роботу рецепторів. Це призводить до порушення когнітивних функцій – зниження уваги, пам'яті, здатності до логічного мислення та контролю поведінки.

Тривале вживання стимуляторів (кокаїну, амфетамінів) викликає виснаження нервової системи, серцево-судинні порушення, інсульт, інфаркти, зневоднення організму. Опіоїди (героїн, метадон, морфін) призводять до ураження печінки, нирок, ендокринних залоз, порушення обміну речовин, пригнічення дихального центру, що часто закінчується смертю від передозування. Алкоголь викликає цироз печінки, ураження мозку, шлунково-кишкового тракту, ослаблення імунної системи. Канабіноїди зумовлюють гормональні розлади, зниження фертильності, апатію та когнітивний дефіцит [32].

Особливо небезпечним є вживання синтетичних ПАР та інгаляторів, що містять токсичні хімічні сполуки. Вони викликають незворотні зміни у клітинах головного мозку, серцевого м'яза, печінки, нирок і легенів. Навіть короткочасне зловживання може призвести до гострих отруєнь, втрати свідомості, коми або смерті.

Поступово у споживача формується фізична залежність – організм починає вимагати постійного надходження речовини, виникає абстинентний синдром (ломка), що проявляється болями, судомами, тремором, порушенням сну, тривогою, депресією, агресивністю. Такий стан може тривати кілька днів або тижнів і часто стає причиною рецидиву.

Психологічні наслідки є не менш руйнівними. Під впливом психоактивних речовин відбуваються глибокі зміни особистості, мислення, емоційної сфери й системи цінностей. Людина поступово втрачає здатність контролювати свої вчинки, а мотивація зводиться до пошуку й уживання речовини.

Одним із перших проявів психологічних наслідків є зміна емоційного стану – часті перепади настрою, підвищена дратівливість, агресивність або,

навпаки, апатія, відчуження, байдужість до оточення. У подальшому з'являються симптоми депресії, тривожності, страху, параноїдальні ідеї. Порушується сприйняття реальності: виникають галюцинації, марення, психотичні епізоди [33].

Залежність впливає також на когнітивні процеси – знижується концентрація уваги, здатність до навчання, запам'ятовування, логічного аналізу. Людина втрачає критичне ставлення до власного стану, заперечує наявність проблеми, що ускладнює лікування. Часто формується адиктивний тип мислення, коли всі життєві ситуації оцінюються крізь призму можливості вживання речовини.

У сфері міжособистісних стосунків спостерігається емоційна холодність, егоцентризм, зниження емпатії. Людина перестає цікавитися родиною, роботою, навчанням. Відбувається поступова деградація особистості: руйнуються моральні принципи, знижується відповідальність, з'являється схильність до брехні, крадіжок, маніпуляцій. Часто такі особи втрачають сенс життя, що може призвести до суїцидальних думок і дій[34].

Соціальні наслідки є найбільш відчутними як для самого споживача, так і для суспільства. Вони охоплюють усі сфери життя – сімейну, трудову, правову, економічну. У сім'ї наркозалежної або алкоголезалежної людини виникають постійні конфлікти, насильство, відчуження, руйнуються стосунки між батьками та дітьми. Діти, які зростають у таких умовах, часто мають психоемоційні порушення й схильність до повторення поведінкових моделей батьків.

На рівні працевлаштування вживання ПАР призводить до зниження працездатності, частих прогулів, втрати роботи, а внаслідок цього – до економічної нестабільності та бідності. Людина, яка не має законних джерел доходу, часто вдається до протиправних дій: крадіжок, шахрайства, розповсюдження наркотиків. Це, своєю чергою, збільшує криміногенну ситуацію в суспільстві.

Залежні особи становлять значне навантаження на систему охорони здоров'я, оскільки потребують тривалого лікування, реабілітації та соціального супроводу. Крім того, зростає поширеність інфекційних захворювань, переданих через спільні ін'єкційні інструменти – ВІЛ/СНІД, гепатити В і С, туберкульоз. Висока смертність серед споживачів ПАР призводить до демографічних втрат, зниження трудового потенціалу та соціальної дезінтеграції [35].

Загалом, на рівні суспільства зловживання ПАР викликає соціально-економічні наслідки, такі як зростання злочинності, витрати на медичне обслуговування, зниження продуктивності праці, дестабілізація сімейного інституту, формування маргінальних груп. На макрорівні це підриває соціальну безпеку держави та її економічну стабільність.

Таблиця 1.5 узагальнює основні наслідки вживання психоактивних речовин і показує, що залежність має комплексний характер, впливаючи на фізіологічний стан людини, її психіку та соціальне функціонування. Біологічні порушення поєднуються з деградацією особистості, втратою самоконтролю та емоційною нестабільністю, тоді як соціальні наслідки проявляються у конфліктах у сім'ї, втраті працездатності, криміналізації поведінки та соціальній ізоляції.

Таблиця 1.5

Основні наслідки вживання психоактивних речовин

Види наслідків	Характеристика впливу	Конкретні прояви
Біологічні (фізіологічні)	Деструктивна дія на внутрішні органи та системи організму, ураження ЦНС, зниження імунітету	інтоксикація організму, порушення роботи мозку, серцево-судинні захворювання, цироз печінки, гормональні порушення, ризик передозування та смерті
Психологічні	Порушення психічної діяльності, зміна особистісної структури, деградація свідомості та поведінки	депресія, тривога, параноїдні думки, агресивність, суїцидальні наміри, втрата інтересів, емоційне вигорання, адиктивний стиль мислення
Поведінкові	Розлад самоконтролю та морально-вольової регуляції, втрата відповідальності	імпульсивність, брехливість, маніпуляції, агресія, кримінальна поведінка, девіантні вчинки
Соціальні	Соціальна дезадаптація та руйнування соціальних	конфлікти в сім'ї, ізоляція, втрата друзів, безробіття, соціальне

	зв'язків	відчуження
Економічні	Зниження економічної стабільності особи та суспільства	втрата працездатності, зростання витрат на лікування, зниження продуктивності праці, бідність
Правові	Порушення законодавства через залежну поведінку	правопорушення, арешти, засудження, участь у наркоторгівлі
Медико-епідеміологічні	Поширення інфекційних захворювань та зростання смертності	ВІЛ/СНІД, гепатити В і С, туберкульоз, сепсис, передчасна смерть
Духовно-моральні	Руйнування моральних цінностей та світогляду	втрата сенсу життя, девальвація моральних норм, руйнування життєвих цілей
Демографічні	Негативний вплив на населення та генофонд	зниження народжуваності, підвищення смертності, сирітство, руйнування сімей

Біологічні, психологічні та соціальні наслідки вживання ПАР тісно взаємопов'язані. Фізичні зміни в організмі впливають на психіку, а психологічні порушення, у свою чергу, призводять до соціальної дезадаптації. Наприклад, хронічна інтоксикація мозку викликає депресію, агресивність, втрату працездатності, що веде до втрати роботи, конфліктів у родині, соціальної ізоляції. В цілому, формується порочне коло: біологічні наслідки підсилюють психологічні, а ті – соціальні.

Вихід із цього кола можливий лише за умови комплексного підходу до лікування та реабілітації, який охоплює медичні, психологічні та соціальні заходи. Лише поєднання медикаментозної терапії, психокорекції, соціальної підтримки та духовно-морального виховання може забезпечити стійку ремісію та повернення особи до повноцінного життя.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз проблеми вживання психоактивних речовин, визначено сутність і класифікацію цих речовин, а також розглянуто чинники та наслідки формування залежності. Дослідження показало, що ПАР охоплюють широкий спектр природних і синтетичних сполук, які впливають на центральну нервову систему, змінюючи

психічний стан людини, її емоційні реакції та поведінку. Відповідно до механізму дії, ПАР поділяються на депресанти, стимулятори, галюциногени, опіоїди, канабіноїди та інші групи, кожна з яких має специфічний вплив на організм.

Формування залежності від психоактивних речовин зумовлюється комплексом етіологічних чинників – біологічних, психологічних і соціальних. Біологічні механізми пов'язані зі змінами у нейромедіаторних системах мозку, що викликають відчуття задоволення та формують толерантність до речовини. Психологічні причини включають емоційну нестабільність, низьку стресостійкість, потребу у втечі від проблем чи негативних переживань. Соціальні чинники проявляються через несприятливе оточення, відсутність підтримки сім'ї, вплив девіантних груп та соціальну дезадаптацію.

Наслідки вживання ПАР охоплюють усі сфери життєдіяльності людини. Біологічні наслідки проявляються у руйнуванні фізичного здоров'я, розвитку хронічних хвороб, порушенні роботи серцево-судинної, нервової та імунної систем. Психологічні наслідки характеризуються депресіями, психозами, агресією, втратою контролю над поведінкою, деградацією особистості. Соціальні наслідки полягають у руйнуванні міжособистісних стосунків, втраті соціального статусу, криміналізації поведінки та соціальній ізоляції.

Отже, узагальнення теоретичних джерел дозволяє зробити висновок, що проблема вживання психоактивних речовин є не лише медичною, а й соціально-психологічною. Її подолання потребує комплексного підходу, який включає профілактику, психологічну підтримку, реабілітацію та формування здорових життєвих цінностей у суспільстві. Важливу роль у цьому відіграють сім'я, освітні заклади, соціальні служби та громадські організації, які спільними зусиллями можуть зменшити масштаби поширення залежності від ПАР.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Історія розвитку та сучасні підходи до корекції залежності

Проблема залежності супроводжує людство з найдавніших часів. У різні історичні періоди її сприймали по-різному – як моральну ваду, як прояв слабкості духу, як хворобу чи соціальне відхилення. Еволюція поглядів на залежність відображає зміну суспільних цінностей, розвиток медицини, психології та філософії, а також поступовий перехід від каральних до гуманістичних та науково обґрунтованих методів корекції.

Перші згадки про надмірне вживання алкоголю або психоактивних речовин можна знайти ще в стародавніх цивілізаціях Месопотамії, Єгипту, Китаю, Індії та Греції. Уже тоді спостерігали згубні наслідки зловживання алкоголем, опієм чи іншими речовинами, проте не існувало системного розуміння цього явища. Залежність сприймалася як аморальна поведінка або результат дії надприродних сил. У Стародавній Греції філософи, зокрема Арістотель і Платон, розглядали пияцтво як прояв слабкості характеру та відсутності самоконтролю. У релігійному контексті воно трактувалося як гріх, а лікування обмежувалося молитвами, постами та покаанням.

У середньовіччі, коли вплив релігії на суспільне життя був надзвичайно сильним, залежність продовжували вважати наслідком духовного падіння чи одержимості. Людей, схильних до надмірного вживання алкоголю або наркотиків, часто карали, виганяли із громади або піддавали публічному осуду. Медичне пояснення цього явища ще не існувало, тому корекційні методи мали виключно морально-релігійний характер [36].

Ситуація почала змінюватися у XVIII–XIX століттях, коли на тлі розвитку науки та медицини виникла нова парадигма – біологічне трактування залежності як захворювання. Саме тоді шведський лікар Магнус Гус уперше ввів термін «алкоголізм» і описав його як хронічну, прогресуючу хворобу, що

потребує медичного втручання. У Європі та США з'явилися перші спеціалізовані лікарні та притулки для лікування алкоголіків і наркоманів. Методи лікування включали ізоляцію, фізичну працю, дієту, а також різні медикаменти – часто досить сумнівної ефективності. Проте саме в цей період залежність почали розглядати не лише як особистий вибір, а як патологічний стан, що піддається лікуванню.

У XX столітті відбувся справжній прорив у розумінні природи залежності. З розвитком психології, психоаналізу, психіатрії та соціології з'явилися багатовимірні моделі пояснення цього явища. Виникла концепція «біопсихосоціальної природи» залежності, яка враховує взаємодію фізіологічних, психологічних і соціальних чинників. У 1935 році в США було засновано рух «Анонімних Алкоголіків» (АА), який запропонував новий тип допомоги – групову самодопомогу на основі принципів взаємопідтримки, духовного відновлення та визнання власної безпорадності перед залежністю. Програма «12 кроків», започаткована цим рухом, згодом стала основою для багатьох аналогічних спільнот: «Анонімних Наркоманів», «Анонімних Ігроманів» тощо [37].

У другій половині XX століття виникли різноманітні психотерапевтичні підходи до лікування залежності. Серед них – когнітивно-поведінкова терапія, що допомагає людині розпізнавати й змінювати деструктивні думки та поведінкові моделі; гештальт-терапія, яка спрямована на усвідомлення внутрішніх конфліктів; сімейна терапія, що враховує вплив родинних стосунків на формування залежної поведінки. Паралельно розвивалися медичні підходи – фармакотерапія, використання замісних препаратів, антагоністів опіїдних рецепторів, а також методи детоксикації організму.

У цей період також поступово утвердився гуманістичний підхід до залежності, який розглядав її не лише як медичну чи патологічну проблему, а як наслідок внутрішніх психологічних конфліктів, емоційної порожнечі та незадоволених базових потреб. Почали застосовувати принципи клієнт-центрованої терапії, психодинамічної терапії та екзистенційного

консультування, спрямованих на відновлення особистісної цілісності та пошук сенсу життя без ПАР[38]. Важливим стало усвідомлення того, що залежність нерідко супроводжується співзалежністю у сім'ї, травматичним досвідом дитинства, низькою самооцінкою та труднощами емоційної регуляції. Це зумовило перехід до більш глибоких, причинно орієнтованих методів психотерапії, що враховують індивідуальний психологічний стан залежної особи.

Сучасні підходи до корекції залежності базуються на принципі комплексності. Ефективна система допомоги передбачає поєднання медичних, психологічних, соціальних і педагогічних засобів. Перший етап зазвичай включає детоксикацію – очищення організму від токсичних речовин та стабілізацію фізичного стану. Далі проводиться психокорекційна та психотерапевтична робота, яка спрямована на виявлення глибинних причин залежності, формування мотивації до тверезого життя та розвиток навичок емоційної саморегуляції [39].

Велику увагу приділяють соціальній реабілітації, адже залежність часто супроводжується втратою соціальних зв'язків, роботи, сімейних стосунків. Реабілітаційні програми допомагають людині повернутися до повноцінного життя, відновити почуття власної гідності, знайти нові цілі й сенс існування.

На міжнародному рівні сформувалися єдині стандарти допомоги людям із залежністю, яких дотримуються провідні організації – Всесвітня організація охорони здоров'я, ООН, Європейський моніторинговий центр з питань наркотиків та наркоманії. Ці стандарти наголошують на необхідності інтегрованого підходу, що включає детоксикацію, підтримувальну терапію, психотерапію, ресоціалізацію та профілактику рецидивів. У багатьох країнах діють програми harm reduction («зменшення шкоди»), які спрямовані не лише на повну відмову від речовини, а й на мінімізацію ризиків для здоров'я та соціального функціонування залежних осіб. До таких програм належать замісна терапія, аутріч-робота, консультаційні пункти, програми обміну шприців, підтримка безпечного вживання під медичним контролем. Цей підхід зменшує

смертність, криміногенність і поширення інфекційних захворювань серед залежних[40].

У XXI столітті розвиваються інноваційні методи лікування – використання нейротехнологій, біофідбеку, віртуальної реальності для терапії залежностей, цифрових платформ самодопомоги та онлайн-груп підтримки. Також зростає роль профілактичних програм, спрямованих на формування здорового способу життя, стресостійкості та критичного мислення у молоді.

Отже, історія розвитку підходів до корекції залежності демонструє еволюцію від осуду та ізоляції до науково обґрунтованого, гуманного й системного підходу, який поєднує медичну, психологічну та соціальну підтримку. Сучасна модель корекції визнає залежність хронічним, але контрольованим розладом, що потребує тривалої реабілітації, участі фахівців різного профілю та активної позиції самої особи. Ефективність допомоги визначається не лише лікуванням фізичних симптомів, а передусім зміною світогляду, поведінкових установок і соціальної ролі людини у суспільстві.

2.2. Методи діагностики психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням ПАР

Діагностика психічних і поведінкових розладів, що виникають унаслідок уживання психоактивних речовин, є складним і багаторівневим процесом, який вимагає всебічного аналізу фізичного, психічного та соціального стану людини. Вона має вирішальне значення для визначення ступеня залежності, оцінки її наслідків, розробки індивідуальної програми лікування та профілактики рецидивів. Основною метою діагностики є не лише підтвердження факту вживання ПАР, а й з'ясування глибинних причин формування залежної поведінки, її психологічних і соціальних детермінант.

На початковому етапі діагностичного процесу фахівець проводить клініко-анамнестичне обстеження, яке передбачає збирання докладної

інформації про історію вживання психоактивних речовин, умови життя, стосунки в родині, попередні спроби лікування та особливості поведінки людини в стані сп'яніння або абстиненції. Зазвичай дані збираються не лише зі слів пацієнта, а й від його родичів чи близьких осіб, оскільки люди, схильні до залежності, часто заперечують наявність проблеми або зменшують масштаб уживання речовин. Важливим аспектом цього етапу є встановлення довірливого контакту, що забезпечує правдивість отриманої інформації та сприяє подальшій терапії [41].

Клінічне спостереження є ще одним важливим методом діагностики. Під час спостереження лікар або психолог оцінює зовнішній вигляд, емоційний стан, когнітивні процеси, міміку, поведінкові реакції, здатність до концентрації уваги, рівень критичності мислення. Виявляються типові ознаки залежності: зміни настрою, зниження контролю над емоціями, агресивність, апатія або, навпаки, надмірна збудливість. Особливе значення має аналіз стану після припинення прийому речовини – проявів абстинентного синдрому, який свідчить про фізичну залежність.

Психодіагностичне обстеження дозволяє глибше оцінити психологічний аспект проблеми. Використання стандартизованих тестів і методик допомагає визначити рівень залежності, особливості емоційної сфери, особистісні риси, мотивацію до лікування та готовність до змін. За допомогою психометричних шкал оцінюють толерантність до психоактивних речовин, ступінь усвідомлення проблеми, рівень тривожності, депресії, агресивності, а також наявність порушень у сфері самоконтролю. Отримані результати дають змогу встановити тип залежності – фізичну, психічну чи змішану – і визначити індивідуальні психологічні механізми її формування.

Важливу роль у процесі діагностики відіграють лабораторні та інструментальні методи. Вони дають змогу об'єктивно підтвердити факт уживання психоактивних речовин або оцінити ступінь їхнього впливу на організм. Для цього проводяться аналізи біологічних рідин – крові, сечі, слини або волосся – на наявність залишків наркотичних чи токсичних сполук.

Додатково здійснюються біохімічні дослідження для оцінки функцій печінки, нирок і серцево-судинної системи. У деяких випадках застосовуються електроенцефалографія, комп'ютерна томографія чи магнітно-резонансна томографія, що дозволяють виявити структурні або функціональні зміни в головному мозку, спричинені тривалим уживанням психоактивних речовин [42].

Окреме місце займає соціально-психологічна діагностика, яка спрямована на оцінку соціального функціонування людини, рівня її адаптації, міжособистісних стосунків, системи життєвих цінностей і соціальних навичок. Психолог аналізує середовище, у якому перебуває пацієнт, ступінь соціальної підтримки, наявність конфліктів у родині або на роботі. Саме соціальний контекст часто визначає причини формування залежної поведінки та можливості подолання її наслідків.

Діагностичний процес також включає етап диференційної діагностики, метою якої є відокремлення залежності від інших психічних або неврологічних розладів, що можуть мати подібні симптоми. У цьому контексті проводиться порівняльний аналіз клінічних проявів, когнітивних і поведінкових характеристик, а також вивчається динаміка стану пацієнта. При необхідності залучаються фахівці суміжних галузей – психіатри, неврологи, терапевти.

У міжнародній практиці основою для постановки діагнозу є стандартизовані класифікації психічних розладів, зокрема Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10 або МКХ-11) та «Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів» (DSM-5). Вони визначають чіткі критерії для діагностики залежності: наявність толерантності, абстинентного синдрому, втрати контролю, звуження кола інтересів, продовження вживання попри усвідомлення негативних наслідків [43].

Сучасна діагностика залежності передбачає міждисциплінарний підхід, у межах якого з пацієнтом працює команда фахівців – лікар-нарколог, психіатр, клінічний психолог, соціальний працівник. Такий підхід дозволяє врахувати всі аспекти проблеми – від біологічних до соціально-психологічних, що забезпечує

комплексність і точність діагнозу. Особлива увага приділяється етичним принципам – дотриманню конфіденційності, відсутності осуду, збереженню гідності пацієнта [44].

Таблиця 2.1 систематизує основні методи діагностики психічних та поведінкових розладів у осіб, які вживають психоактивні речовини, включаючи психометричні тести, анкети, клінічне інтерв'ю, спостереження та оцінку когнітивних функцій. Вона демонструє, як ці методи взаємодоповнюють один одного для комплексної оцінки психоемоційного стану, поведінкових особливостей та соціальної адаптації залежних осіб.

Таблиця 2.1

Методи діагностики психічних та поведінкових розладів у осіб, які вживають психоактивні речовини

Метод діагностики	Мета застосування	Інструменти / Техніки	Особливості використання
Психометричні тести	Оцінка рівня тривожності, депресії, агресії, імпульсивності	Шкала тривожності Спілбергера, шкала депресії Бека, шкала DERS,	Дозволяють кількісно оцінити психоемоційний стан, виявити фактори ризику рецидиву
Опитувальники і анкети	Виявлення поведінкових та соціальних проблем, оцінка залежності	AUDIT (оцінка вживання алкоголю), DUDIT (оцінка вживання наркотиків), опитувальник мотивації до змін	Використовуються для первинного скринінгу та планування психокорекційної роботи
Клінічне інтерв'ю	Діагностика психічних та поведінкових розладів, визначення індивідуальних особливостей	Напівструктуроване або структуроване інтерв'ю	Дозволяє отримати детальні дані про історію залежності, психоемоційний стан, соціальне оточення
Спостереження	Виявлення поведінкових моделей, реакцій у соціальному середовищі	Пряме спостереження у терапевтичній групі або під час тренінгів	Дозволяє оцінити реальні прояви поведінки, адаптивні та дезадаптивні реакції
Тестування когнітивних функцій	Оцінка пам'яті, уваги, мислення та прийняття рішень	Тест на увагу, тест на робочу пам'ять, завдання на когнітивну гнучкість	Важливо для визначення когнітивних обмежень, які впливають на психокорекцію та ризик рецидиву

Отже, діагностика психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин, є системним процесом, що поєднує клінічні, психологічні, лабораторні та соціальні методи дослідження. Її головна мета полягає у виявленні не лише симптомів залежності, а й внутрішніх механізмів її формування, рівня мотивації до змін, а також ресурсів особистості, які можуть бути залучені у процес реабілітації. Такий підхід дає змогу створити індивідуальну програму корекції, спрямовану на відновлення фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, і забезпечити тривалу ремісію та успішну ресоціалізацію.

2.3. Психологічні методи корекції та психотерапевтична робота із залежними

Психологічна корекція та психотерапевтична робота із залежними особами є невід'ємною складовою системи лікування психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин. Вона спрямована не лише на припинення вживання шкідливих речовин, але й на глибоке переосмислення власного життя, відновлення внутрішніх ресурсів, формування нових моделей поведінки та соціальної адаптації. Залежність розглядається не як суто медична проблема, а як комплексне біопсихосоціальне явище, тому ефективна психокорекція передбачає гармонійне поєднання медичного, психологічного та соціального підходів.

Основне завдання психологічної роботи полягає у допомозі людині усвідомити свою залежність, прийняти її як проблему, яку можна подолати, та сформувати стійку мотивацію до змін. Важливо, щоб клієнт не просто відмовився від уживання психоактивних речовин, а й навчився справлятися зі стресом, внутрішньою напругою, міжособистісними конфліктами без допомоги ПАР. У процесі психотерапевтичної роботи увага зосереджується на формуванні нової системи цінностей, розвитку навичок самоконтролю,

відновленні самооцінки, побудові здорових стосунків і поверненні до соціально прийняттого способу життя.

Психологічна корекція здійснюється на різних рівнях – індивідуальному, груповому, сімейному та соціальному. На індивідуальному рівні робота спрямована на виявлення особистісних причин, що зумовили розвиток залежності. Це можуть бути внутрішні конфлікти, травматичні події дитинства, низька самооцінка, тривожність, депресивні тенденції чи дефіцит емоційного контакту. Психолог допомагає клієнту усвідомити свої деструктивні установки, знайти нові способи самовираження, навчитися конструктивно реагувати на труднощі та формувати стійку життєву позицію.

Групова психотерапія є одним із найефективніших методів корекції залежної поведінки, адже саме в групі людина отримує можливість поділитися своїм досвідом, відчувати підтримку та прийняття, побачити себе очима інших. Учасники групи спільно аналізують типові помилки мислення, емоційні реакції, ситуації ризику, вчать довіряти, відкрито говорити про свої переживання та брати відповідальність за власні вчинки. Групова динаміка створює умови для розвитку емпатії, соціальної взаємодії та внутрішньої мотивації до змін [45].

Сімейна психотерапія має важливе значення, оскільки залежність є не лише індивідуальною проблемою, а й наслідком дисфункційних відносин у сім'ї. У процесі сімейної терапії аналізуються взаємини між членами родини, рольові позиції, рівень емоційної близькості, способи вирішення конфліктів. Завдання психолога полягає у відновленні довіри, формуванні конструктивної комунікації, навчанні близьких людей правильно реагувати на поведінку залежного та підтримувати його у процесі одужання.

У сучасній психотерапевтичній практиці застосовуються різні напрямки та методи психологічної корекції залежностей. Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на зміну деструктивних думок і моделей поведінки, які підтримують залежність. Вона допомагає клієнту усвідомити зв'язок між думками, емоціями і діями, навчитися керувати потягом до речовини та

розвивати навички самоконтролю. Гештальт-терапія зосереджується на усвідомленні «тут і тепер», на відновленні цілісності особистості та прийнятті власних емоцій, що зменшує потребу в «втечі» від себе за допомогою ПАР [46].

Мотиваційне інтерв'ю використовується для формування внутрішнього бажання змінити поведінку. Його основна ідея полягає у тому, що справжні зміни можливі лише тоді, коли людина сама визнає проблему і приймає рішення діяти. Психолог у цьому процесі виступає не як суддя, а як партнер, який підтримує, допомагає зважити аргументи «за» і «проти» продовження вживання, стимулює клієнта до прийняття відповідальності за своє життя.

Психоаналітичний підхід дозволяє розкрити глибинні несвідомі мотиви залежної поведінки – нереалізовані потреби, витіснені емоції, травматичні спогади. Усвідомлення цих процесів допомагає людині звільнитися від внутрішніх конфліктів, які раніше компенсувалися через вживання психоактивних речовин. Ефективними також є елементи арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, релаксаційних технік, медитацій і тренінгів особистісного росту, які сприяють гармонізації емоційного стану та розвитку позитивного мислення [47].

Важливе місце у системі психокорекції займає ресоціалізація – відновлення здатності особи функціонувати в суспільстві без уживання ПАР. Психотерапевтична робота спрямована на формування нових життєвих навичок, професійної мотивації, здорових стосунків і нової системи цінностей. Підтримка на цьому етапі здійснюється через участь у групах самодопомоги, програмах «12 кроків», волонтерській діяльності або реабілітаційних центрах, де залежні особи проходять адаптацію до життя у тверезому середовищі.

Таблиця 2.2 демонструє основні психологічні методи корекції та психотерапевтичної роботи з особами, які мають залежність від психоактивних речовин, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, групову та індивідуальну психотерапію, арт-терапію та тренінги життєвих навичок. Вона показує, як кожен метод спрямований на розвиток саморегуляції, соціальної адаптації, мотивації до змін та формування конструктивних моделей поведінки [48].

Таблиця 2.2

Основні психологічні методи корекції та психотерапевтичної роботи з
особами, які мають залежність від ПАР

Метод корекції	Мета застосування	Основні техніки	Особливості використання
Когнітивно-поведінкова терапія	Формування конструктивних стратегій мислення та поведінки	Робота з автоматичними думками, зміна деструктивних переконань, тренінги самоконтролю	Ефективна для розвитку саморегуляції та зменшення ризику рецидиву
Групова психотерапія	Соціальна підтримка та розвиток комунікативних навичок	Дискусії, рольові ігри, групові вправи	Сприяє формуванню соціальної адаптації та почуття причетності
Індивідуальні консультації	Робота з особистісними проблемами та мотивацією	Психоаналіз, мотиваційне інтерв'ю, психодинамічні техніки	Дозволяє враховувати індивідуальні особливості та корегувати поведінку залежно від потреб учасника
Арт-терапія	Виявлення емоційного стану та розвиток креативних способів самовираження	Малювання, ліплення, музичні вправи	Допомагає в опрацюванні емоцій, зниженні тривожності та формуванні позитивної мотивації
Тренінги навичок життя	Розвиток адаптивних соціальних та життєвих навичок	Навчання управлінню стресом, комунікативним навичкам, прийняттю рішень	Підвищує ефективність соціальної адаптації та стійкість до зовнішніх впливів

Отже, психологічні методи корекції та психотерапевтична робота із залежними особами базуються на принципах гуманізму, довіри, партнерства і поваги до особистості. Їхня ефективність залежить від індивідуального підходу, системності, послідовності та активної участі самої людини у процесі змін. Психотерапія допомагає не лише усунути прояви залежності, а й відновити

внутрішню гармонію, віру у власні сили, відповідальність за життя та здатність жити без руйнівних форм поведінки.

2.4. Медико-психологічні програми реабілітації залежних осіб

Медико-психологічна реабілітація осіб із залежністю від психоактивних речовин є комплексним і тривалим процесом, спрямованим на відновлення фізичного, психічного та соціального функціонування людини. Її головна мета полягає не лише у подоланні фізичної залежності, але й у формуванні нової системи життєвих цінностей, навичок самоконтролю, здатності до соціальної адаптації та підтримання тривалої ремісії. Реабілітаційні програми будуються на засадах інтеграції медичних, психологічних і соціальних методів допомоги, що забезпечує цілісний вплив на особистість залежного.

Першим етапом медико-психологічної реабілітації є детоксикація, яка здійснюється під медичним наглядом і має на меті очищення організму від токсичних речовин, стабілізацію соматичного стану, усунення симптомів абстиненції та нормалізацію фізіологічних функцій. У цей період важливу роль відіграє психоемоційна підтримка пацієнта, оскільки процес відмови від речовини супроводжується тривогою, дратівливістю, порушенням сну та емоційною нестабільністю. Медичне лікування поєднується з початковими психологічними інтервенціями, спрямованими на зниження страху, підвищення мотивації до змін і формування довіри до фахівців.

Після завершення гострої фази лікування розпочинається основний етап психосоціальної реабілітації, який триває від кількох місяців до року або більше. На цьому етапі робота з пацієнтом спрямована на усвідомлення причин залежності, формування навичок саморегуляції, емоційної стійкості та відновлення соціального статусу. У медико-психологічних програмах широко застосовуються когнітивно-поведінкові методи, мотиваційне консультування, групова та сімейна психотерапія, тренінги особистісного розвитку, арт-терапія, релаксаційні техніки та елементи трудотерапії [49].

Когнітивно-поведінкова терапія допомагає клієнту розпізнати деструктивні переконання і поведінкові моделі, що підтримують залежність, навчитися долати потяг до вживання речовини та будувати ефективні стратегії подолання стресу. Мотиваційна терапія підсилює внутрішнє бажання пацієнта змінювати своє життя, зосереджується на усвідомленні особистої відповідальності за результати лікування. Групова психотерапія створює умови для емоційної підтримки, взаєморозуміння та спільного досвіду подолання залежності, що сприяє розвитку соціальних навичок і почуття спільності.

Важливим компонентом програм реабілітації є сімейна терапія, оскільки залежність часто виникає та підтримується у контексті дисфункційних сімейних відносин. Робота з родиною спрямована на відновлення довіри, формування здорових комунікативних моделей, зменшення співзалежності та навчання близьких осіб правильним формам підтримки. Участь родини у процесі реабілітації підвищує шанси на тривалу ремісію та стабільність психологічного стану пацієнта.

У багатьох сучасних реабілітаційних центрах використовуються комплексні програми, які включають біопсихосоціальний підхід. Медична частина таких програм охоплює фармакотерапію, фізіотерапевтичні процедури, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, що сприяє відновленню фізичного здоров'я. Психологічна складова передбачає індивідуальне та групове консультування, тренінги особистісного зростання, навчання методам емоційної саморегуляції, розвитку самооцінки та формування нових життєвих цілей. Соціальна реабілітація орієнтована на повернення до активного суспільного життя – працевлаштування, відновлення соціальних зв'язків, участь у громадських ініціативах чи волонтерській діяльності [50].

Особливе місце у сучасних програмах реабілітації займає духовно-ціннісний компонент, який реалізується через залучення до програм «12 кроків», духовних практик, наставництва або роботи з капеланами. Такі методи сприяють формуванню внутрішнього сенсу життя, переосмисленню цінностей, розвитку віри у власні сили та прагнення до морального відродження.

Після завершення основного етапу реабілітації важливо забезпечити постреабілітаційну підтримку, яка допомагає попередити рецидиви. Вона може включати періодичні зустрічі з психологом, участь у групах самодопомоги, супровід соціального працівника або наставника. Цей етап сприяє поступовому переходу до самостійного життя без уживання психоактивних речовин і закріпленню нових моделей поведінки.

Таблиця 2.3 узагальнює основні медико-психологічні програми реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин, включаючи комплексну медико-психологічну реабілітацію, програми «12 кроків», інтенсивні курси, мотиваційне інтерв'ю та соціально-реабілітаційні програми. Вона демонструє, як кожна програма поєднує медичну, психологічну та соціальну підтримку для стабілізації стану, підвищення мотивації та ефективної соціальної адаптації залежних осіб.

Таблиця 2.3

Основні медико-психологічні програми реабілітації осіб із залежністю від
ПАР

Програма	Мета	Основні компоненти	Особливості застосування
Медико-психологічна реабілітація	Комплексна стабілізація фізичного та психічного стану	Медична підтримка, психотерапія, соціальна адаптація	Поєднує лікування наслідків залежності з психологічною підтримкою та соціальною інтеграцією
Програма «12 кроків»	Формування самоконтролю та усвідомлення залежності	Групові підтримка, саморефлексія, наставництво	Орієнтована на підтримку мотивації та побудову здорового способу життя
Інтенсивні реабілітаційні курси	Швидка стабілізація та навчання навичкам самоконтролю	Індивідуальна терапія, групові тренінги, навчання навичкам життя	Застосовується у стаціонарних умовах з високою частотою занять
Програми мотиваційного інтерв'ю	Підвищення внутрішньої мотивації до змін	Індивідуальні бесіди, постановка цілей, робота з мотиваційними бар'єрами	Ефективна для тих, хто вагається прийняти зміни або має низький рівень внутрішньої мотивації
Соціально-реабілітаційні програми	Інтеграція у суспільство та профілактика	Підтримка працевлаштування, соціальні тренінги,	Орієнтовані на довгострокову підтримку та адаптацію

	рецидиву	залучення родини	після завершення медико-психологічного курсу
--	----------	------------------	--

Отже, медико-психологічні програми реабілітації залежних осіб ґрунтуються на принципах системності, індивідуального підходу, гуманізму та тривалої підтримки. Їхня ефективність забезпечується взаємодією фахівців різних профілів – лікарів, психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, педагогів і духовних наставників. Завдяки комплексному підходу реабілітація дозволяє не лише подолати залежність як хворобу, а й відновити особистісну цілісність, здатність до самореалізації та повноцінного життя у суспільстві.

2.5. Зарубіжний та вітчизняний досвід роботи з особами, які мають залежність від ПАР

Досвід подолання залежності від психоактивних речовин у світі має багаторічну історію та демонструє широкий спектр підходів, які поєднують медичні, психологічні, соціальні та духовно-ціннісні методи. Зарубіжна практика у цій сфері ґрунтується на міждисциплінарному підході, профілактиці, довготривалій підтримці та ресоціалізації осіб, які пройшли лікування. У свою чергу, вітчизняний досвід активно розвивається, інтегруючи ефективні світові моделі реабілітації у вітчизняну систему охорони здоров'я, психологічної допомоги та соціальної підтримки.

Зарубіжний досвід боротьби із залежностями відзначається високим рівнем розвитку системи реабілітаційних програм, орієнтованих на індивідуальні потреби клієнта. У США значного поширення набула програма «12 кроків», започаткована організацією «Анонімні Алкоголіки» ще у 1930-х роках. Її принципи – визнання власного безсилля перед залежністю, звернення до духовних цінностей, підтримка групи та прийняття відповідальності за власні дії – стали основою тисяч подібних організацій у всьому світі. Ефективність цього підходу підтверджується тим, що багато людей роками утримуються від уживання психоактивних речовин завдяки участі у таких спільнотах [51].

У країнах Західної Європи, зокрема у Великій Британії, Німеччині, Нідерландах, Швейцарії, активно застосовуються програми гармонійного поєднання медикаментозного лікування, психотерапії та соціальної інтеграції. Там функціонують мультидисциплінарні центри, де з пацієнтами працюють лікарі, психологи, соціальні працівники, юристи та педагоги. Важлива роль відводиться профілактиці рецидивів, підтримувальній терапії та програмам замісного лікування, які передбачають контрольоване використання менш шкідливих речовин (наприклад, метадону) під медичним наглядом для зменшення шкоди організму.

Цікавим прикладом зарубіжного досвіду є скандинавська модель, зокрема шведська система соціальної реабілітації залежних. У Швеції велика увага приділяється ранньому виявленню залежності, активному залученню сім'ї, роботі соціальних служб та громадських організацій. Там реабілітація розглядається як процес повернення людини до повноцінного життя у суспільстві, а не лише як лікування симптомів. Пацієнти беруть участь у трудових, освітніх, спортивних програмах, що формують у них почуття корисності та соціальної відповідальності [52].

В Італії та Іспанії ефективно діють терапевтичні спільноти – заклади, де залежні особи живуть протягом тривалого часу у напівзакритих умовах, працюють, проходять психотерапевтичні сеанси, навчаються та підтримують один одного. Основна мета таких спільнот – створити безпечне середовище, у якому людина може поступово відновити внутрішній баланс, соціальні навички та відчуття власної гідності.

Вітчизняний досвід роботи з особами, які мають залежність від психоактивних речовин, також має свої особливості та тенденції розвитку. В Україні система допомоги залежним ґрунтується на поєднанні медичних, психологічних і соціальних послуг, однак упродовж останніх десятиліть відбувається поступовий перехід від суто медичного підходу до комплексного біопсихосоціального. Державні наркологічні диспансери, центри психічного

здоров'я, громадські та релігійні організації активно співпрацюють у напрямку створення ефективних програм лікування та реабілітації [53].

Одним із позитивних напрямів є розвиток реабілітаційних центрів, які діють на основі принципів психологічної підтримки, терапевтичних спільнот і програм духовного відродження. У багатьох таких закладах впроваджено адаптовані моделі програми «12 кроків», когнітивно-поведінкової терапії, групової психотерапії та тренінгів особистісного зростання. Активно залучаються фахівці з соціальної роботи, які допомагають особам після лікування адаптуватися у суспільстві, знайти роботу, відновити зв'язки з родиною та запобігти рецидиву[54].

Важливу роль у вітчизняній практиці відіграють недержавні та волонтерські ініціативи. Громадські організації, центри «довіри» та кризові служби надають консультаційну, психологічну та соціальну підтримку залежним і їхнім родинам. Окремі програми спрямовані на профілактику вживання ПАР серед молоді, формування навичок здорового способу життя та підвищення рівня психологічної культури[55].

Українські фахівці активно переймають зарубіжний досвід, беручи участь у міжнародних проєктах, семінарах і програмах підготовки кадрів у сфері наркології та психотерапії. Відбувається модернізація системи державних послуг, запровадження стандартів доказової медицини, розвиток психологічної реабілітації та ресоціалізації на рівні місцевих громад [56].

Як видно з таблиці 2.5, зарубіжні країни мають більш розвинену та структуровану систему подолання залежності, орієнтовану на довготривалу підтримку та соціальну адаптацію. В Україні ж система ще перебуває на етапі трансформації: поряд із державними наркологічними службами активно працюють недержавні реабілітаційні центри та громадські ініціативи. Спільною тенденцією є перехід від суто медичного підходу до комплексної, гуманістичної моделі допомоги, що враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти залежності[57].

Таблиця 2.4

Порівняльний аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду подолання
залежності від ПАР

Критерій порівняння	Зарубіжний досвід	Вітчизняний досвід
Підхід до залежності	Розглядається як хронічний медико-психологічний розлад	Тривалий час домінував медичний підхід, нині – перехід до біопсихосоціального
Моделі реабілітації	Комплексні державні програми, мультидисциплінарний підхід	Часто поєднання державної та недержавної допомоги, активність громадських організацій
Методи лікування	Детоксикація, фармакотерапія, психотерапія, програми harm reduction	Лікування у наркологічних закладах, реабілітаційні центри, програма «12 кроків»
Психотерапевтична допомога	Когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційні інтерв'ю, сімейна терапія	Групова терапія, консультативна допомога, програми ресоціалізації
Соціальна підтримка	Розвинена система соціальної адаптації, повернення до працевлаштування	Недостатній рівень державної підтримки, більша роль волонтерських ініціатив
Профілактика та освіта	Національні освітні та профілактичні програми	Частково реалізовані проєкти, співпраця шкіл з НГО
Робота з родиною залежного	Системна сімейна терапія та групи підтримки	Переважно інформаційна підтримка, окремі сімейні програми
Рівень стигматизації	Низький у більшості країн ЄС і Канади	Все ще високий рівень суспільної стигми щодо залежності
Державна політика	Акцент на реінтеграції, профілактиці, зменшенні шкоди	Поступова гуманізація, впровадження сучасних практик

В цілому, зарубіжний і вітчизняний досвід боротьби із залежністю від психоактивних речовин демонструють спільну тенденцію – перехід від репресивних і виключно медичних підходів до гуманістичних, комплексних і довготривалих програм допомоги. Найефективнішими виявляються ті системи, які поєднують медичне лікування, психотерапевтичну підтримку, соціальну інтеграцію та духовне відновлення особистості. Саме синтез цих компонентів дозволяє забезпечити стійку ремісію, повернення до повноцінного життя та відновлення людської гідності осіб, які подолали залежність[58].

Висновки до розділу 2

У другому розділі було розглянуто основні аспекти розвитку, діагностики, корекції та реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин, що дало змогу всебічно проаналізувати проблему залежності як складне біопсихосоціальне явище. Історія формування підходів до подолання залежностей засвідчує, що з плином часу відбулося суттєве розширення наукових уявлень про природу цієї проблеми – від суто медичного розуміння до інтеграції психологічних, соціальних і духовних аспектів. Сучасні підходи ґрунтуються на комплексному баченні людини, яка потребує не лише фізичного лікування, але й глибокої психоемоційної та соціальної підтримки.

Методи діагностики психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, сьогодні базуються на поєднанні клінічних, психологічних і соціальних інструментів. Вони спрямовані на виявлення не лише симптомів залежності, але й особистісних чинників, мотиваційної сфери, емоційного стану та міжособистісних проблем. Це дозволяє будувати індивідуальні програми допомоги, орієнтовані на потреби конкретного пацієнта.

Психологічна корекція та психотерапевтична робота із залежними виступають центральною ланкою у системі лікування, оскільки саме вони забезпечують формування нових моделей мислення і поведінки, розвиток внутрішніх ресурсів, зміцнення самооцінки та мотивації до тверезого життя. Використання таких підходів, як когнітивно-поведінкова, гештальт-терапія, мотиваційне інтерв'ю, арт-терапія та групові форми роботи, сприяє відновленню цілісності особистості та гармонізації її емоційного стану.

Медико-психологічні програми реабілітації мають на меті не лише лікування залежності, але й соціальне відновлення людини, її повернення до активного життя в суспільстві. Комплексне поєднання медичних, психологічних і соціальних компонентів, зокрема детоксикації, психотерапії,

трудової діяльності, підтримувальної терапії та ресоціалізації, забезпечує стійкі результати та запобігає рецидивам.

Порівняльний аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду показує, що ефективність подолання залежності значною мірою визначається міждисциплінарною взаємодією спеціалістів і гуманістичним підходом до особи. Зарубіжні моделі реабілітації акцентують на профілактиці, груповій підтримці, довготривалому супроводі та духовному розвитку, тоді як в Україні активно впроваджуються аналогічні програми з урахуванням національних особливостей і ресурсних можливостей.

Отже, сучасна система корекції та реабілітації залежних осіб має ґрунтуватися на принципах цілісності, індивідуального підходу, добровільності, поваги до гідності людини та тривалої психологічної підтримки. Тільки поєднання медичних, психологічних, соціальних і духовних засобів дає можливість досягти стійкої ремісії, відновлення особистості та її повноцінного функціонування у суспільстві.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХІВ ЇЇ КОРЕКЦІЇ

3.1. Організація та методика дослідження

Організація та методика дослідження є важливими компонентами наукового процесу, що визначають системність, надійність і достовірність отриманих результатів. Вони дозволяють структуровано підходити до вивчення проблеми, забезпечують логічну послідовність етапів роботи та гарантують можливість перевірки висновків іншими дослідниками. Правильна організація дослідження передбачає чітке визначення його мети, об'єкта та предмета, а також розробку методичного плану, який охоплює всі етапи збору, обробки та аналізу інформації.

Метою даного дослідження є всебічне вивчення особливостей психічних та поведінкових проявів у осіб із залежністю від психоактивних речовин, а також оцінка ефективності сучасних методів психологічної корекції та медико-психологічних програм реабілітації. Об'єктом дослідження виступають особи, які мають досвід вживання психоактивних речовин, а предметом – специфіка проявів залежності, психологічні характеристики, мотиваційні та соціальні фактори, що впливають на розвиток та подолання залежної поведінки.

Дослідження організовується поетапно. На першому етапі здійснюється систематичний огляд літератури, нормативно-правових актів та методичних рекомендацій, що дозволяє окреслити сучасний стан проблеми, виявити існуючі наукові підходи та практичні методики, а також сформулювати основні гіпотези та завдання дослідження. Цей етап дозволяє визначити пробіли у наукових знаннях, уточнити актуальність проблеми та обґрунтувати вибір методів збору даних.

Другий етап полягає у плануванні експериментальної або аналітичної частини роботи. На цьому етапі визначаються критерії відбору учасників, розробляються анкети, тести, спостережні протоколи, формується план інтерв'ю та процедури роботи з документами. Увага приділяється також

встановленню часових рамок дослідження, ресурсного забезпечення та координації дій усіх залучених фахівців.

Методика дослідження передбачає використання як кількісних, так і якісних методів, що забезпечує комплексне і багаторівневе дослідження явища. Кількісні методи включають анкетування, стандартизоване тестування та статистичний аналіз даних. Вони дозволяють виміряти рівень проявів залежності, оцінити психоемоційний стан, виявити соціальні чинники та порівняти результати між різними групами учасників. Якісні методи включають глибинні інтерв'ю, спостереження, аналіз кейсів та експертні оцінки. Вони дають змогу досліднику отримати глибоке розуміння внутрішніх переживань, мотивацій та поведінкових моделей учасників.

Опитування та анкетування дозволяють систематично збирати інформацію про особливості поведінки, способи взаємодії з соціальним оточенням, рівень мотивації до змін і наявність психологічних проблем. Спостереження дає можливість фіксувати реальні прояви поведінки у природних або контрольованих умовах, оцінювати реакції на різні стимули та ситуації ризику. Аналіз документів і результатів попередніх досліджень дозволяє відстежити динаміку проблеми, порівняти отримані дані з уже наявними і забезпечити об'єктивність висновків.

Особливу увагу в дослідженні приділено етичним аспектам. Учасники забезпечуються повною інформацією про мету, методи, умови та очікувані результати дослідження. Їхня участь є добровільною, а конфіденційність та анонімність даних гарантовані. Дотримання етичних принципів дозволяє отримати достовірні відповіді, мінімізує вплив соціально бажаної поведінки та створює безпечне середовище для учасників дослідження.

Важливим елементом організації дослідження стала перевірка його надійності та валідності. Для підвищення об'єктивності результатів використовувалася методика «тріангуляції», яка ґрунтується на поєднанні різних методів збору даних. Психодіагностичні інструменти пройшли перевірку на внутрішню узгодженість за допомогою коефіцієнта α -Кронбаха, що

дозволило визначити рівень їх надійності. Контроль повторюваності вимірювань здійснювався через ретестування частини вибірки. Для підвищення валідності інтерпретації результатів застосовувалася експертна оцінка з боку практичних психологів і консультантів реабілітаційного центру, які допомагали зі співставленням емпіричних даних з реальною поведінкою учасників.

Для обробки зібраних даних застосовуються сучасні статистичні методи та програмне забезпечення, що дозволяє виявляти закономірності, співвідношення та залежності між різними показниками. Результати аналізуються з урахуванням вікових, соціальних, психологічних та поведінкових особливостей учасників. Після завершення обробки інформації здійснюється узагальнення результатів, формулювання висновків та рекомендацій, які можуть бути використані у практичній діяльності психологів, медичних працівників та соціальних служб.

Таблиця 3.1 ілюструє структуру та етапи проведення дослідження ефективності психокорекційної програми, включаючи підготовчий, діагностичний, корекційний, контрольний та аналітичний етапи. Вона показує, які методи та інструменти застосовуються на кожному етапі та яких результатів очікують для оцінки ефективності програми.

Таблиця 3.1

**Структура та етапи проведення дослідження ефективності
психокорекційної програми**

Етап дослідження	Мета	Методи та інструменти	Очікувані результати
Підготовчий	Визначення цілей та завдань дослідження	Аналіз літератури, розробка методики, формування вибірки	Визначено чіткі завдання дослідження та обґрунтована методика
Діагностичний	Оцінка психоемоційного стану та поведінкових особливостей учасників	Психометричні тести, анкети, інтерв'ю, спостереження	Виявлені початкові рівні тривожності, депресії, мотивації та соціальної адаптації
Корекційний	Проведення психокорекційних заходів	Когнітивно-поведінкова терапія, групові заняття, індивідуальні консультації	Учасники опановують навички саморегуляції, усвідомлюють деструктивні моделі поведінки

Продовження таблиці 3.1

Етап дослідження	Мета	Методи та інструменти	Очікувані результати
Контрольний	Оцінка ефективності програми	Повторне тестування, спостереження, інтерв'ю	Зафіксовані зміни у психоемоційному стані, поведінкових паттернах та мотивації до змін
Аналітичний	Інтерпретація результатів та висновки	Статистичний та якісний аналіз даних	Отримані дані дозволяють зробити науково обґрунтовані висновки про ефективність програми

Отже, організація та методика дослідження передбачають комплексний, системний та етичний підхід до збору та аналізу інформації. Поєднання кількісних і якісних методів, етапність проведення дослідження та дотримання стандартів наукової обґрунтованості забезпечують об'єктивність, достовірність та практичну цінність отриманих результатів, що дозволяє глибше зрозуміти проблему залежності та розробити ефективні заходи психологічної корекції і медико-психологічної реабілітації.

3.2. Характеристика вибірки, методів та інструментів дослідження

Для проведення дослідження була сформована вибірка учасників, яка забезпечує репрезентативність і дозволяє отримати достовірні дані про особливості психічного, поведінкового та соціального стану осіб із залежністю від психоактивних речовин. Вибірка включала осіб різної статі, віку, соціального та освітнього статусу, які перебували на різних етапах реабілітації, що дозволяє оцінити динаміку процесу подолання залежності та психологічні механізми адаптації. Основною умовою включення до вибірки було підтверджене діагностування залежності від ПАР, готовність до участі в дослідженні та відсутність гострих психічних розладів, які могли б ускладнити оцінку психологічного стану.

Загальна чисельність вибірки становила 40 осіб віком від 20 до 45 років. З них 55% становили чоловіки та 45% – жінки. Учасники мали різну тривалість вживання психоактивних речовин: від кількох місяців до понад 10 років. Враховувалася також наявність рецидивів, рівень мотивації до відмови від речовини та ступінь соціальної інтеграції на момент початку дослідження. Таке різноманіття вибірки дозволило охопити широкий спектр психологічних і поведінкових проявів залежності, а також оцінити ефективність різних підходів до психокорекції та реабілітації.

Для забезпечення репрезентативності вибірки використовувався метод стратифікованого відбору, що дозволив пропорційно представити учасників різних вікових груп, статі та типів залежності. Особлива увага приділялася збалансуванню вибірки за соціальним статусом: до дослідження були включені як особи із середньою та вищою освітою, так і ті, хто не мав постійної зайнятості або перебував у складних життєвих обставинах. Такий підхід забезпечив адекватне представлення різних соціально-психологічних категорій осіб із залежністю від ПАР.

У методології дослідження застосовувався комплексний підхід, що поєднує кількісні та якісні методи збору та аналізу даних. Кількісні методи включали стандартизовані психологічні тести, опитувальники та анкети, які дозволяли оцінити рівень тривожності, депресивних проявів, особистісні риси, когнітивні та емоційні особливості, мотиваційний профіль та соціальну адаптацію. Використання стандартизованих інструментів забезпечувало можливість кількісного порівняння результатів, статистичної обробки та перевірки гіпотез.

Якісні методи включали спостереження за поведінкою у терапевтичному та соціальному середовищі(дод.Е), глибинні інтерв'ю(дод.Ж), аналіз кейсів та експертні оцінки. Глибинні інтерв'ю давали змогу виявити мотиваційні аспекти поведінки, особистісні труднощі, внутрішні конфлікти та емоційні переживання, що супроводжують процес подолання залежності. Спостереження забезпечувало можливість оцінити соціальні навички, типові реакції на стресові

ситуації та взаємодію з оточенням у контрольованих і природних умовах. Аналіз кейсів дозволяв досліднику співставити індивідуальні історії розвитку залежності та відновлення з теоретичними моделями, визначити типові проблеми та ефективні стратегії подолання.

Інструменти дослідження включали адаптовані психологічні тести для оцінки тривожності та депресивності, шкала труднощів емоційної регуляції, опитувальники мотивації та готовності до змін, анкети соціально-демографічного профілю та протоколи спостереження за поведінкою у групових та індивідуальних ситуаціях. Всі інструменти пройшли процедуру перевірки на надійність і валідність, що гарантувало достовірність отриманих результатів. Для підвищення об'єктивності даних використовувалася комбінована методика збору, коли один і той самий учасник оцінювався за допомогою декількох інструментів одночасно.

Надійність і валідність використаних інструментів була підтверджена як за показниками внутрішньої узгодженості, так і повторного тестування. Зокрема, коефіцієнт надійності (α Кронбаха) для шкали депресії Бека становив 0,87, для шкали тривожності Спілбергера – 0,82, для шкали труднощів емоційної регуляції (DERS) – 0,93, що свідчить про високий рівень їх психометричних характеристик. Валідність інструментів була забезпечена шляхом попереднього пілотного дослідження та консультацій із фахівцями у галузі клінічної психології. Це дозволило адаптувати інструменти до специфіки вибірки та підвищити точність отриманих результатів.

Особливу увагу приділено етичним аспектам дослідження. Кожен учасник був поінформований про мету та методи дослідження, умови участі та право на добровільну відмову без негативних наслідків. Забезпечення конфіденційності та анонімності дозволяло отримати чесні та відверті відповіді, мінімізувати соціально бажану поведінку та створити безпечну атмосферу для обговорення особистих переживань і проблем.

Дослідження проводилося відповідно до основних положень Етичного кодексу психолога та міжнародних принципів біоетики. Було дотримано

принципів інформованої згоди, добровільності участі, конфіденційності та недопущення психологічної травматизації учасників. Усі процедури були узгоджені з адміністрацією реабілітаційного центру та схвалені комісією з етики. Особлива увага приділялася уникненню дискримінації за ознаками статі, віку, соціального статусу чи типу залежності, що гарантувало дотримання прав учасників дослідження.

Обробка отриманих даних здійснювалася із застосуванням сучасних статистичних методів та програмного забезпечення, що дозволяло виявляти закономірності, кореляції та відмінності між групами, а також аналізувати вплив різних факторів на психоемоційний стан, мотивацію та поведінку учасників. Результати кількісних та якісних методів аналізувалися інтегровано, що забезпечувало всебічне розуміння проблеми, виявлення основних тенденцій та факторів ризику, а також формування практичних рекомендацій для психологів, медичних працівників та соціальних служб.

Таблиця 3.2 характеризує вибірку учасників дослідження та методи, які застосовувалися для оцінки їхнього психоемоційного стану, поведінкових особливостей і типу залежності. Вона демонструє, як демографічні параметри, тривалість залежності та психодіагностичні інструменти взаємодоповнюють один одного для комплексного аналізу початкового стану учасників.

Таблиця 3.2

Характеристика вибірки та застосовані методи дослідження

Параметр	Характеристика	Методи та інструменти	Призначення
Вік учасників	20–45 років	Анкета демографічних даних	Визначення вікової структури вибірки та впливу віку на результати
Стать	Чоловіки та жінки	Анкета демографічних даних	Аналіз гендерних особливостей психоемоційного стану та поведінки
Тривалість залежності	1–10 років	Інтерв'ю, медична документація	Оцінка впливу тривалості залежності на психологічний стан та соціальну адаптацію
Тип психоактивних	Алкоголь, наркотики,	Опитувальники DUDIT, AUDIT	Визначення специфіки впливу різних ПАР на

речовин	комбіновані		психіку та поведінку
---------	-------------	--	----------------------

Продовження таблиці 3.2

Параметр	Характеристика	Методи та інструменти	Призначення
Метод психодіагностики	Психометричні тести, спостереження, інтерв'ю	Тестування: шкала депресії Бека, шкала тривожності Спілбергера, когнітивні тести, Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)	Виявлення початкового рівня психоемоційних та когнітивних показників учасників

Разом з тим, проведене дослідження має певні обмеження. Перш за все, вибірка формувалася на базі реабілітаційного центру і не охоплює осіб, які не зверталися за допомогою або перебувають у стадії активного вживання. Це знижує можливість повного узагальнення результатів для всієї групи залежних осіб. Крім того, дослідження має обмеження у часових рамках, оскільки оцінка динаміки проводилася протягом кількох місяців, тоді як залежність є хронічним розладом і потребує довготривалого спостереження. Незважаючи на це, отримані результати є достатньо репрезентативними для аналізу психологічних особливостей залежної поведінки та оцінки ефективності психокорекційних заходів.

В цілому, характеристика вибірки та застосовані методи і інструменти дослідження забезпечують комплексний, системний та науково обґрунтований підхід до вивчення залежності від психоактивних речовин. Репрезентативна вибірка, поєднання кількісних і якісних методів, стандартизовані та перевірені інструменти, а також дотримання етичних принципів створюють умови для отримання достовірних результатів, які можуть бути використані для розробки ефективних програм психологічної корекції та медико-психологічної реабілітації осіб із залежністю.

3.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Проведене дослідження дозволило отримати комплексну інформацію про психологічні, поведінкові та соціальні особливості осіб із залежністю від психоактивних речовин, а також оцінити ефективність застосованих методів психокорекції та реабілітації. Аналіз результатів проводився на основі кількісних даних, отриманих через стандартизовані тести та анкети, а також якісних даних, зібраних шляхом спостереження та інтерв'ю. Поєднання цих підходів забезпечило глибоке розуміння внутрішніх переживань, мотивацій і соціальної поведінки учасників.

Для кількісної обробки отриманих даних застосовувалися методи описової та інферентної статистики. Зокрема, обчислювалися середні значення, стандартні відхилення, коефіцієнти варіації, що дозволило описати загальні тенденції у вибірці.

За результатами анкетування та тестування було виявлено, що більшість учасників дослідження характеризуються високим рівнем тривожності та середнім або підвищеним рівнем депресивних проявів. Виявлено, що інтенсивність цих показників прямо корелює з тривалістю та частотою вживання психоактивних речовин: особи з більш тривалим стажем залежності демонстрували більш виражені емоційні труднощі та низький рівень емоційної стійкості. Аналіз даних також показав, що значна частина респондентів мала низький рівень саморегуляції та здатності до планування дій, що ускладнює процес відмови від вживання та підвищує ризик рецидиву.

Додатковий аналіз показав наявність певних гендерних відмінностей серед учасників дослідження. Зокрема, чоловіки продемонстрували вищий рівень імпульсивності та схильність до ризикованої поведінки, тоді як жінкам більшою мірою були притаманні емоційна нестабільність, підвищена тривожність та залежність від соціального схвалення. Водночас жінки виявляли вищу мотивацію до участі в психологічній терапії, що пов'язано з більшою

вираженістю усвідомлення власного емоційного стану та вищою готовністю звертатися по підтримку. Ці результати вказують на необхідність урахування гендерної специфіки під час планування реабілітаційних програм та добору психокорекційних методів[59].

Інтерв'ю та спостереження дозволили виявити внутрішні мотиви та психологічні бар'єри учасників. Багато респондентів відзначали, що залежність формувалася як спосіб уникнення стресових ситуацій або соціальної тривоги. Цей висновок підтвердився й під час аналізу соціального середовища: учасники з обмеженою підтримкою родини та друзів демонстрували більшу залежність від ПАР як засобу емоційного регулювання. Водночас ті, хто мав стабільну соціальну підтримку або проходив програми групової терапії, демонстрували більш високу мотивацію до відмови та краще засвоювали методи самоконтролю.

Аналіз мотиваційної сфери показав, що внутрішня мотивація до відмови від психоактивних речовин відіграє важливу роль у процесі реабілітації. Особи, які усвідомлюють шкоду залежності для свого здоров'я, кар'єри та міжособистісних відносин, демонструють вищий рівень участі у психотерапевтичних заходах та кращу адаптацію до соціального середовища. Водночас зовнішня мотивація, наприклад тиск з боку сім'ї або обов'язкове лікування, часто не сприяє стабільним результатам, і після завершення програми спостерігається високий ризик рецидиву.

Аналіз динаміки психологічних змін залежно від тривалості вживання психоактивних речовин показав, що учасники зі стажем залежності понад 5 років демонстрували повільнішу позитивну динаміку у сфері саморегуляції та соціальної адаптації, порівняно з тими, хто мав коротшу історію вживання. Це пов'язано з глибшими нейропсихологічними порушеннями, формуванням стійких деструктивних моделей поведінки та зниженим рівнем когнітивної гнучкості. Відповідно, тривалість залежності виступає одним із основних факторів, що впливають на ефективність психокорекції та потребує індивідуалізації темпу терапевтичної роботи.

У ході аналізу ефективності методів психокорекції було встановлено, що найбільш результативними є інтегровані підходи, які поєднують когнітивно-поведінкову терапію, групову роботу та індивідуальні консультації. Когнітивно-поведінкова терапія дозволяє учасникам усвідомити деструктивні моделі мислення та поведінки, навчитися контролювати імпульси та виробляти альтернативні стратегії реагування на стрес. Групова психотерапія сприяє формуванню підтримувальної соціальної мережі, розвитку комунікативних навичок і почуття спільності, що підвищує ефективність ресоціалізації. Індивідуальні консультації дозволяють врахувати особливості особистості та глибше працювати з мотиваційними та емоційними аспектами залежності.

Результати спостережень за поведінкою показали, що учасники, які пройшли комплексну програму реабілітації, демонструють позитивні зміни у соціальній взаємодії, більш усвідомлене ставлення до власного життя та здатність до самоконтролю. Вони активніше долучаються до трудових, навчальних та соціальних активностей, проявляють відповідальність у взаємодії з оточенням і мають знижену схильність до ризикованої поведінки, пов'язаної з рецидивом.

Аналіз даних також підкреслив значущість сімейної підтримки та соціального оточення у процесі подолання залежності. Учасники, які мали позитивну взаємодію з родиною та соціально активне оточення, демонстрували швидший прогрес у психологічній адаптації та більш стабільні результати реабілітації. Це підтверджує необхідність включення сімейної та соціальної роботи у програми корекції та реабілітації.

Рисунок 3.1 ілюструє кількісні результати діагностики психоемоційного стану учасників на початку та після проходження психокорекційної програми. Для оцінки було використано шкалу тривожності Спілбергера–Ханіна(дод. В), шкалу депресії Бека (дод. Г) та опитувальник соціальної адаптації.

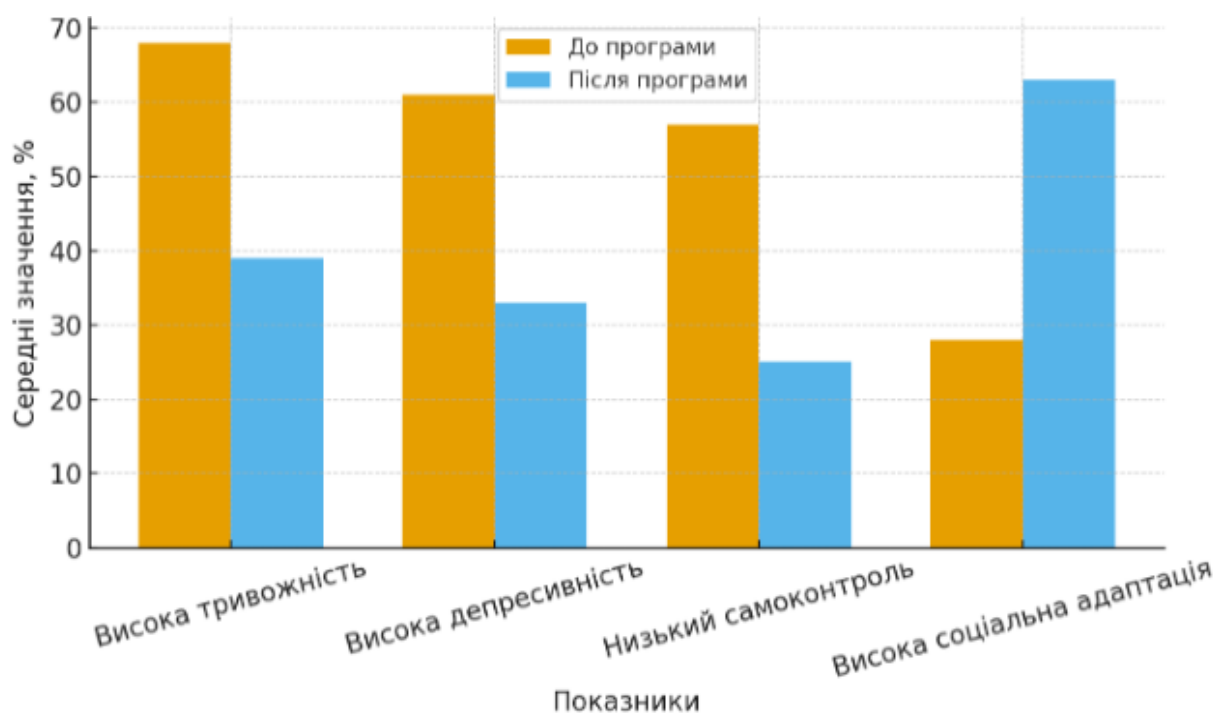


Рис. 3.1 – Динаміка показників психоемоційного стану учасників до та після психокорекційної програми

Як видно з діаграми (рис. 3.1), після впровадження психокорекційної програми спостерігається позитивна динаміка у психоемоційному стані учасників. Зокрема, частка осіб із високим рівнем тривожності знизилася майже на 30 %, а рівень депресивних проявів – на 28 %. Паралельно зріс показник соціальної адаптованості (на 35 %) та самоконтролю (на 32 %), що свідчить про формування стійких навичок саморегуляції, підвищення психологічної стабільності та мотивації до змін.

За результатами первинного обстеження за Шкалою труднощів емоційної регуляції (DERS) (дод. Д) було виявлено високий рівень емоційної дисрегуляції у реабілітантів. Середній загальний показник DERS до психокорекції становив 128,0 бала, що відповідає дуже високому рівню труднощів емоційної регуляції. Найбільш вираженими були порушення за шкалами імпульсивності ($M = 23,2$), обмеженого доступу до стратегій регуляції емоцій ($M = 24,1$), неприйняття емоційних реакцій ($M = 22,4$) та труднощів цілеспрямованої поведінки ($M = 21,8$). Це свідчить про схильність учасників до імпульсивних реакцій у стані

емоційної напруги та обмежені можливості конструктивного регулювання власних емоцій (рис.3.2)

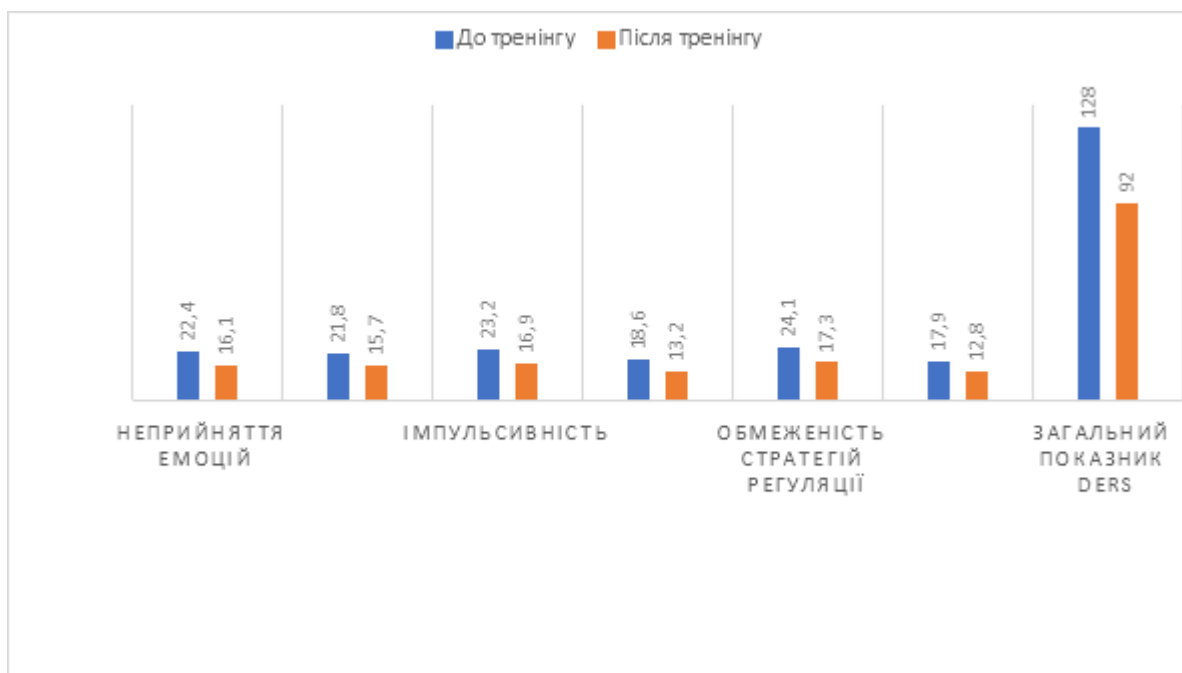


Рис.3.2 - Результати дослідження рівня емоційної регуляції за шкалою DERS до і після впровадження психокорекційної програми

Після впровадження психокорекційної програми у групі з 40 учасників було зафіксовано виражені позитивні зміни в емоційній сфері. Загальний середній показник за шкалою труднощів емоційної регуляції (DERS) знизився до 92,0 бала, що відповідає високому, однак уже некритичному рівню емоційної дисрегуляції. Зменшення показників спостерігалось за всіма субшкалами методики. Так, рівень імпульсивності знизився з 23,2 до 16,9 бала, неприйняття емоцій з 22,4 до 16,1 бала, труднощі цілеспрямованої поведінки з 21,8 до 15,7 бала, обмеженість стратегій регуляції з 24,1 до 17,3 бала.

Найбільш виражена позитивна динаміка була зафіксована за шкалами усвідомлення емоцій (з 18,6 до 13,2 бала) та емоційної чіткості (з 17,9 до 12,8 бала), що свідчить про зростання здатності реабілітантів адекватно розпізнавати, усвідомлювати та диференціювати власні емоційні стани.

Отримані результати підтверджують ефективність комплексної психокорекційної програми, яка поєднує когнітивно-поведінкову терапію,

групову роботу та індивідуальні консультації. Позитивна динаміка психоемоційних показників вказує на зменшення симптомів емоційного виснаження та підвищення рівня адаптації до соціального середовища.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що успішна реабілітація залежних осіб залежить від комплексного підходу, який включає не лише медичне лікування, але й психотерапевтичну роботу, формування внутрішньої мотивації, соціальну підтримку та розвиток навичок саморегуляції. Дані дослідження підтверджують ефективність інтегрованих методів і підкреслюють важливість індивідуального підходу до кожного пацієнта.

Варто наголосити, що результати оцінки психоемоційного стану учасників через місяць після завершення програми (етап відстроченого контролю) засвідчили стабільність досягнутих позитивних змін. У 78% учасників зберігся низький рівень тривожності та депресивності, підвищився рівень відповідальності за особисті рішення і покращилися навички соціальної взаємодії. Разом із тим у 22% учасників спостерігались ознаки регресу, зумовленого відсутністю сімейної підтримки або складнощами соціальної адаптації. Це підтверджує необхідність впровадження програм постреабілітаційного супроводу, які сприятимуть довгостроковій стабілізації психологічного стану та профілактиці рецидивів.

Отже, проведений аналіз дозволяє не лише описати особливості психологічного стану та поведінки осіб із залежністю від психоактивних речовин, але й надати науково обґрунтовані рекомендації щодо підвищення ефективності програм психокорекції та медико-психологічної реабілітації. Отримані дані можуть бути використані для розробки індивідуальних планів лікування, удосконалення групових програм та інтеграції соціальної та сімейної підтримки в процес реабілітації.

3.4. Розробка та апробація психокорекційної програми

На основі результатів проведеного дослідження була розроблена комплексна психокорекційна програма для осіб із залежністю від

психоактивних речовин, спрямована на всебічну підтримку та відновлення психологічного, емоційного, поведінкового та соціального стану. Програма базується на інтегрованому підході, що поєднує когнітивно-поведінкову терапію, групову психотерапію, індивідуальні консультації та елементи соціальної, професійної і трудової реабілітації. Основною метою програми є формування навичок саморегуляції, розвиток внутрішньої мотивації до змін, відновлення соціальних зв'язків, запобігання рецидивам та підвищення якості життя учасників.

Програма складається з кількох взаємопов'язаних етапів. Перший етап спрямований на діагностичну оцінку учасників і включає детальне вивчення психоемоційного стану, рівня тривожності, депресивності, навичок емоційної регуляції, соціальної адаптації та мотивації до відмови від психоактивних речовин. На цьому етапі також здійснюється аналіз особистісних ресурсів, життєвого досвіду та соціального оточення, що дозволяє виділити індивідуальні потреби та особливості кожного учасника. Результати діагностики слугують основою для персоналізації подальшої роботи і визначення пріоритетних напрямів психокорекції.

Другий етап передбачає активну психотерапевтичну роботу, що включає групові та індивідуальні заняття. Когнітивно-поведінкова терапія дозволяє учасникам усвідомити деструктивні моделі мислення та поведінки, навчитися прогнозувати наслідки своїх дій, виробляти альтернативні стратегії подолання стресу та уникнення спокус. Групова психотерапія створює умови для розвитку соціальної підтримки, покращення комунікативних навичок, відновлення почуття спільності та належності до колективу, що значно підвищує мотивацію до зміни способу життя. Індивідуальні консультації дають змогу працювати з глибинними особистісними проблемами, мотиваційними бар'єрами та емоційними труднощами, забезпечуючи персоналізовану підтримку кожного учасника.

План індивідуальної психологічної консультації був розроблений з урахуванням специфіки роботи з особами, які проходять реабілітацію внаслідок

зловживання психоактивними речовинами (дод. К). Основною метою консультації є сприяння усвідомленню клієнтом власного емоційного стану, виявлення індивідуальних психологічних тригерів, що провокують залежну поведінку, а також формування конструктивних способів реагування на стресові та емоційно напружені ситуації. Тривалість консультації становить у середньому 50–60 хвилин, що дозволяє забезпечити достатній час для глибокого опрацювання запиту клієнта без перевантаження.

Важливим компонентом програми була її індивідуальна адаптація до потреб різних учасників. Програма враховувала рівень залежності, мотиваційні бар'єри, наявність супутніх психологічних порушень, таких як тривожність чи депресія. Для учасників з високим рівнем емоційної нестабільності застосовувалися додаткові релаксаційні техніки та елементи емоційно-стресової терапії. Особи з низькою внутрішньою мотивацією отримували підтримку через мотиваційне інтерв'ю та методи позитивної терапії. Такий підхід забезпечив більш глибокий вплив програми та підвищив її результативність.

Третій етап програми включає практичні тренінги, спрямовані на розвиток навичок самоконтролю, планування часу та діяльності, ефективного управління емоціями та конфліктними ситуаціями. Додатково учасники проходять заняття, що допомагають сформувати навички самостійного прийняття рішень, відповідальності за власну поведінку та усвідомленого підходу до соціальної взаємодії.

Необхідність розробки та впровадження корекційно-розвивальної програми обумовлена специфічними психологічними труднощами, характерними для осіб із залежною поведінкою на етапі реабілітації. У процесі спостережень, індивідуальних бесід і результатів психодіагностики було встановлено, що більшість реабілітантів відчують труднощі з усвідомленням власних емоційних станів, їх прийняттям та адекватною регуляцією[60]. Часто емоційні переживання мають високу інтенсивність, супроводжуються імпульсивними реакціями та призводять до використання неадаптивних способів подолання стресу.

Особливу небезпеку становить те, що емоційна напруга, невміння справлятися з негативними переживаннями, почуттям провини, сорому чи страху виступають потужними тригерами рецидиву залежної поведінки. У таких умовах навіть після успішного проходження детоксикації зберігається високий ризик повторного вживання психоактивних речовин [61,62]. Саме тому корекційно-розвивальна програма, спрямована на розвиток навичок емоційної саморегуляції, є важливим компонентом комплексної реабілітації та дозволяє не лише зменшити рівень психологічної вразливості клієнтів, а й закріпити позитивні результати лікування.

Метою корекційно-розвивальної програми є розвиток у реабілітантів навичок емоційної саморегуляції та формування адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій як чинника профілактики рецидивів залежної поведінки. Досягнення цієї мети спрямоване на підвищення психологічної стійкості клієнтів та їх здатності усвідомлено реагувати на складні життєві обставини без повернення до залежних форм поведінки.

Для реалізації поставленої мети було визначено низку завдань, зокрема: підвищення рівня усвідомлення власних емоційних станів і тілесних сигналів напруги; зниження рівня імпульсивності та інтенсивності негативних емоційних реакцій; формування навичок конструктивного реагування на стрес і фрустрацію; розширення репертуару адаптивних копінг-стратегій; підвищення відповідальності реабілітантів за власний психологічний стан і процес відновлення[63,64].

Структурно програма складається з чотирьох занять тривалістю по 90 хвилин кожне (дод. Л). Кожне заняття поєднує психоосвітній компонент, практичну частину та рефлексивний етап, що забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційний та поведінковий рівні особистості.

Основною формою реалізації корекційно-розвивальної програми були групові психологічні заняття, які створювали умови для активної взаємодії, обміну досвідом та підтримки між учасниками. Додатково використовувалися

елементи індивідуального психологічного супроводу з метою врахування особистісних особливостей і запитів окремих учасників[65,66].

У процесі реалізації програми застосовувався комплекс методів психологічної роботи, серед яких психоосвіта, групові дискусії, дихальні техніки, практики mindfulness, когнітивно-поведінкові вправи, рефлексія та зворотний зв'язок. Зміст занять був спрямований на навчання реабілітантів розпізнаванню власних емоційних тригерів, усвідомленню взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою, а також на відпрацювання практичних навичок емоційної саморегуляції в умовах безпечного та підтримувального групового середовища[67,68].

У результаті реалізації корекційно-розвивальної програми очікується зниження загального рівня емоційної дисрегуляції у реабілітантів, зменшення імпульсивних реакцій та підвищення здатності усвідомлено контролювати власні емоційні стани. Реабілітанти мають навчитися розпізнавати ранні ознаки емоційної напруги та застосовувати набуті навички саморегуляції для її зниження.

Також передбачалося зростання використання адаптивних копінг-стратегій, підвищення впевненості у власних психологічних ресурсах і відповідальності за процес одужання. У довгостроковій перспективі це сприятиме зниженню ризику рецидивів залежної поведінки та підвищенню ефективності реабілітаційного процесу в цілому.

Апробація програми проводилася на підгрупі вибірки, що дозволило оцінити ефективність психокорекційних заходів у реальних умовах. Моніторинг змін здійснювався на основі повторного тестування, анкетування, спостереження та інтерв'ю. Результати показали позитивну динаміку психоемоційного стану: зниження рівня тривожності та депресивних проявів, підвищення рівня мотивації до змін та самоконтролю, поліпшення соціальної взаємодії та здатності до конструктивного вирішення конфліктів. Учасники демонстрували активнішу участь у групових заходах, проявляли

відповідальність у виконанні домашніх завдань та тренінгових вправ, а також краще засвоювали стратегії уникнення рецидиву.

Аналіз результатів апробації засвідчив, що інтегрований підхід до психокорекції є найбільш ефективним, оскільки він дозволяє одночасно впливати на когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти залежності. Найбільш результативними виявилися поєднання когнітивно-поведінкових технік із груповою підтримкою та індивідуальними консультаціями, що підтверджує необхідність комплексного підходу до реабілітації. Особлива увага приділялася розвитку внутрішньої мотивації, формуванню відповідальності за власну поведінку та відновленню соціальних зв'язків, що є основними факторами успішного подолання залежності.

Крім того, результати апробації виявили важливість соціальної та сімейної підтримки в процесі реабілітації. Учасники, які мали активну підтримку родини або кола друзів, показували більш швидку адаптацію до нових моделей поведінки та демонстрували стабільніші результати. Це підкреслює необхідність інтеграції сімейної та соціальної роботи у психокорекційні програми та залучення соціального оточення до процесу відновлення.

Таблиця 3.3 відображає структуру та компоненти розробленої психокорекційної програми для осіб із залежністю від психоактивних речовин, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, групові та індивідуальні заняття, арт-терапію, mindfulness, дихальні техніки та тренінги життєвих навичок. Вона показує, як кожен компонент спрямований на розвиток саморегуляції, соціальної адаптації, мотивації до змін та формування конструктивних моделей поведінки учасників.

Таблиця 3.3

Структура та компоненти психокорекційної програми для осіб із
залежністю від ПАР

Компонент програми	Мета	Методи та інструменти	Очікувані результати
Когнітивно-поведінкова терапія	Усвідомлення деструктивних моделей мислення та поведінки	Робота з автоматичними думками, тренінг и самоконтролю	Зниження ризику рецидиву та розвиток конструктивних стратегій поведінки
Групові психотерапевтичні заняття	Формування соціальної підтримки та комунікативних навичок	Дискусії, рольові ігри, групові вправи	Підвищення соціальної адаптації та відчуття причетності до групи
Індивідуальні консультації	Робота з особистісними проблемами та мотивацією	Мотиваційне інтерв'ю, психодинамічні техніки	Усвідомлення власних бар'єрів і підвищення внутрішньої мотивації до змін
Арт-терапія та релаксаційні техніки	Зниження тривожності та розвиток емоційної саморегуляції	Малювання, музичні вправи, медитації, дихальні техніки	Формування позитивних емоційних стратегій та креативного самовираження
Навчання життєвим навичкам	Розвиток адаптивних соціальних та життєвих навичок	Тренінги управління стресом, комунікативні вправи, прийняття рішень	Підвищення стійкості до стресових факторів та покращення соціальної інтеграції

Узагальнюючи, розроблена психокорекційна програма показала свою практичну придатність і ефективність у роботі з особами, які мають залежність від психоактивних речовин. Вона забезпечує формування стабільної внутрішньої мотивації до змін, розвиток навичок саморегуляції, підвищення соціальної адаптації та запобігання рецидивам.

Отримані результати можуть бути використані для впровадження програми у практику реабілітаційних центрів, наркологічних відділень та громадських організацій, що працюють із залежними особами, а також слугувати основою для подальших наукових досліджень та удосконалення психокорекційних методик.

3.5. Ефективність запропонованих корекційних заходів

Ефективність запропонованих психокорекційних заходів оцінювалася комплексно, з урахуванням динаміки психоемоційного стану, поведінкових проявів, мотивації до відмови від психоактивних речовин, здатності до саморегуляції, соціальної адаптації та ризику рецидивів.

Аналіз проводився на підставі кількісних даних, отриманих через стандартизовані психологічні тести та опитувальники, а також якісних даних, здобутих за допомогою спостереження та глибинних інтерв'ю з учасниками. Такий комплексний підхід дозволив не лише виявити загальні тенденції, а й глибоко інтерпретувати внутрішні механізми психологічних змін у процесі психокорекції.

За результатами стандартизованого тестування було встановлено, що у більшості учасників після проходження програми спостерігається суттєве зниження рівня тривожності та депресивних проявів. Вимірювання психологічного стану учасників за допомогою шкал тривожності, депресії та емоційної стабільності показало, що середній рівень тривожності знизився на 28–35%, а рівень депресивності зменшився приблизно на 25–32%. Ці показники свідчать про позитивний вплив когнітивно-поведінкових технік, спрямованих на усвідомлення та модифікацію деструктивних моделей мислення, вироблення конструктивних стратегій реагування на стрес та розвиток навичок самоконтролю.

Також було зафіксовано суттєве зниження рівня емоційної дисрегуляції за шкалою DERS (з 128,0 до 92,0 бала), а також позитивну динаміку за всіма її субшкалами, що свідчить про покращення здатності учасників усвідомлювати, приймати та регулювати власні емоції [69].

Аналіз поведінкових змін засвідчив, що учасники демонструють підвищену здатність до саморегуляції та контрольованих реакцій у стресових ситуаціях. Вони стали більш усвідомлено планувати свій час, організовувати

діяльність та дотримуватися розпорядку дня. Спостереження за поведінкою у групових і індивідуальних тренінгах показало, що учасники активно застосовують навички, отримані під час когнітивно-поведінкових та тренінгових занять, що свідчить про успішну інтеграцію нових стратегій поведінки в повсякденне життя. Зокрема, було помічено, що учасники частіше обирали конструктивні способи вирішення конфліктів і уникали імпульсивних реакцій, які раніше сприяли збереженню залежності.

Мотиваційний компонент програми виявився важливим фактором успішної психокорекції. Результати оцінювання мотивації до змін показали, що після проходження програми значна частина учасників перейшла від зовнішньої мотивації (виконання вимог терапевта, тиск родини) до внутрішньої мотивації, заснованої на усвідомленні шкоди залежності для здоров'я, кар'єри, соціального життя та особистого розвитку.

Рівень внутрішньої мотивації зріс у середньому на 40%, що підтверджує ефективність роботи з мотиваційною сферою через індивідуальні консультації та групові психотерапевтичні сеанси. Встановлено, що саме внутрішня мотивація забезпечує стабільність досягнутих результатів і є основною у запобіганні рецидивам.

В свою чергу, варто зазначити, що соціальна адаптація учасників також показала значне покращення. Під час спостереження і аналізу кейсів було виявлено, що після участі у програмі учасники активніше взаємодіяли з оточенням, проявляли відповідальність у виконанні колективних завдань, навчалися конструктивно вирішувати конфлікти та більш усвідомлено будували соціальні контакти.

Групова терапія та соціально-орієнтовані тренінги сприяли формуванню підтримувальної мережі, відновленню довіри до колективу та розвитку навичок ефективної комунікації. Це вказує на високу значущість інтеграції соціальних компонентів у психокорекційні програми, оскільки соціальна підтримка є одним із головних чинників успішної реабілітації.

Особливу увагу було приділено аналізу ризику рецидивів. Виявлено, що учасники, які пройшли повний курс програми, демонстрували стабільно низькі показники схильності до повторного вживання психоактивних речовин. Учасники, які активно брали участь у групових заходах та отримували індивідуальну підтримку, мали менший ризик рецидиву, а їхня здатність до саморегуляції і контролю імпульсів значно покращилася. Водночас учасники з обмеженою соціальною підтримкою показали часткові труднощі у підтриманні змін, що підкреслює необхідність включення сімейного та соціального компонентів у комплекс реабілітаційних заходів.

Якісні дані, отримані за допомогою глибинних інтерв'ю, підтвердили статистичні висновки і надали додаткові інтерпретації. Багато учасників зазначали, що групова робота дала їм можливість побачити приклади успішного подолання залежності, що додатково стимулювало внутрішню мотивацію та підтримувало позитивні зміни у поведінці.

Дані таблиці 3.4 свідчать про позитивний вплив психокорекційної програми на психоемоційний стан, поведінкові реакції та рівень соціальної адаптації учасників. Спостерігається зменшення проявів тривожності та депресивності, підвищення самоконтролю, мотивації до відмови від ПАР та здатності до конструктивної взаємодії. Отримані результати підтверджують ефективність інтегрованого підходу, що поєднує психотерапевтичні, тренінгові та соціально-реабілітаційні методи.

Таблиця 3.4

Динаміка змін психоемоційного та поведінкового стану учасників після проходження програми психокорекції

Показники оцінки	Початковий рівень (до програми)	Рівень після програми	Динаміка змін
Рівень тривожності	Високий	Середній/низький	Зниження на 28–35 %
Рівень депресивних проявів	Середній/високий	Низький	Зменшення на 25–32 %
Емоційна стабільність	Низька	Середня/висока	Покращення на 30 %

Саморегуляція	Недостатня	Сформована частково	Позитивна динаміка
---------------	------------	---------------------	--------------------

Продовження таблиці 3.4

Рівень внутрішньої мотивації	Низький/зовнішня мотивація	Високий/внутрішня мотивація	Зростання на 40 %
Соціальна адаптація	Низький рівень включеності	Покращена взаємодія	Підвищення на 35 %
Рівень ризику рецидиву	Високий	Низький/контрольований	Значне зниження
Навички конструктивної поведінки	Нестабільні	Стійкі навички	Стало виражені
Соціальна підтримка	Недостатня	Підтримувальна мережа	Розширення контактів
Якість життя	Низька	Помірна/вища	Зростання

Отже, проведений аналіз підтвердив високу ефективність розроблених корекційних заходів. Інтегрований підхід, який поєднує когнітивно-поведінкову терапію, групову психотерапію, індивідуальні консультації та соціальну підтримку, дозволяє комплексно впливати на когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти залежності. Програма сприяє зниженню психологічного дискомфорту, розвитку навичок саморегуляції, формуванню внутрішньої мотивації та соціальної адаптації, а також значно знижує ризик рецидиву.

Перспективи впровадження запропонованих корекційних заходів є значними. Програма може бути адаптована для використання в умовах реабілітаційних центрів, медико-психологічних служб, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, а також пенітенціарних установ. Її структура дозволяє інтегрувати модулі професійної реабілітації, сімейного консультування та духовно-моральної підтримки. Разом із тим, ефективність програми може бути підвищена за умови розробки системи постреабілітаційного супроводу та довготривалого моніторингу осіб, що пройшли корекційний курс.

Результати дослідження свідчать про наукову обґрунтованість запропонованої психокорекційної програми та підтверджують можливість її практичного впровадження у реабілітаційних центрах, наркологічних відділеннях і громадських організаціях, що працюють із залежними особами. Вони можуть стати основою для подальшого вдосконалення методик психологічної корекції, розробки індивідуальних планів лікування та інтеграції соціальних і сімейних компонентів у реабілітаційні програми.

Висновки до розділу 3

Розділ 3 присвячений організації, методиці та результатам дослідження ефективності психокорекційних заходів для осіб із залежністю від психоактивних речовин. На основі проведеного аналізу можна сформулювати такі висновки:

По-перше, дослідження підтвердило необхідність комплексного підходу до роботи з особами, які мають залежність. Вибірка учасників включала різні вікові, соціальні та психологічні категорії, що дозволило врахувати широкий спектр індивідуальних особливостей, мотиваційних бар'єрів і соціальних факторів. Репрезентативність вибірки забезпечила можливість отримати достовірні дані про стан психіки, поведінку та соціальну адаптацію залежних осіб на різних етапах реабілітації.

По-друге, застосовані методи дослідження, які поєднували кількісні (стандартизовані тести, опитувальники) та якісні (глибинні інтерв'ю, спостереження, аналіз кейсів) підходи, дозволили комплексно оцінити психоемоційний стан учасників, рівень їхньої мотивації до змін, когнітивні та поведінкові особливості, а також соціальну адаптацію. Поєднання цих методів забезпечило глибоке розуміння механізмів залежності та процесу психокорекції, а також можливість виявлення закономірностей у динаміці психоемоційного та поведінкового розвитку.

По-третє, результати дослідження продемонстрували, що запропонована психокорекційна програма є ефективною. Учасники після проходження програми показали значне зниження рівня тривожності та депресивності, підвищення емоційної стабільності, розвиток навичок саморегуляції та більш усвідомлене ставлення до власної поведінки. Когнітивно-поведінкова терапія, групові заняття та індивідуальні консультації сприяли формуванню адаптивних моделей поведінки, підвищенню внутрішньої мотивації до відмови від психоактивних речовин та розвитку навичок конструктивної взаємодії у соціальному середовищі.

По-четверте, соціальна підтримка виявилася одним із основних чинників успішної реабілітації. Учасники, які мали стабільне оточення, позитивну взаємодію з родиною та підтримку колег по групі, демонстрували кращі результати, менший ризик рецидиву та більш стійкі психологічні зміни. Це підтверджує необхідність включення соціального та сімейного компонентів у програми психокорекції для забезпечення стабільності досягнутих результатів.

По-п'яте, аналіз мотиваційної сфери показав, що внутрішня мотивація до змін є визначальним фактором ефективності психокорекційної роботи. Особи з високим рівнем внутрішньої мотивації демонстрували більш активну участь у тренінгах та групових заходах, швидше освоювали стратегії подолання стресу та уникнення рецидивів, що свідчить про необхідність роботи з мотиваційною сферою на всіх етапах реабілітації.

По-шосте, результати апробації програми підтвердили, що інтегрований підхід, який поєднує когнітивно-поведінкову терапію, групові психотерапевтичні заняття, індивідуальні консультації та соціальну підтримку, є найбільш ефективним для психокорекції осіб із залежністю. Виявлено, що така комплексна робота дозволяє одночасно впливати на когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти залежності, забезпечуючи стабільні позитивні зміни.

По-сьоме, дослідження підтвердило, що застосування системного підходу до оцінки ефективності корекційних заходів, що включає як кількісні, так і

якісні методи, дозволяє не лише кількісно оцінити зміни, а й глибоко інтерпретувати внутрішні психологічні процеси, що супроводжують відновлення учасників. Це сприяє удосконаленню методичних підходів та підвищенню наукової обґрунтованості розроблених програм.

Отже, проведене дослідження довело, що розроблена психокорекційна програма є ефективним інструментом для роботи з особами, які мають залежність від психоактивних речовин. Програма сприяє стабілізації психоемоційного стану, розвитку навичок саморегуляції, підвищенню мотивації та соціальної адаптації, а також забезпечує зниження ризику рецидиву.

Отримані результати можуть бути використані для впровадження програми у практику реабілітаційних центрів, медико-психологічних служб, громадських організацій та служби профілактики залежностей, а також слугувати основою для подальших наукових досліджень у сфері психокорекції та реабілітації залежних осіб.

ВИСНОВКИ

Проведена кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних та медико-психологічних аспектів роботи з особами, які мають залежність від психоактивних речовин, а також розробці та апробації комплексної психокорекційної програми, спрямованої на їхню реабілітацію та соціальну адаптацію. На основі теоретичного аналізу, емпіричного дослідження та апробації програми можна сформулювати наступні основні висновки.

По-перше, історичний огляд проблеми залежності показав, що суспільне та наукове ставлення до осіб із залежністю від психоактивних речовин зазнавало значних трансформацій. Від морального засудження та соціального виключення поступово прийшли до науково обґрунтованих комплексних підходів, які включають медичну допомогу, психологічну підтримку, соціальну реабілітацію та профілактику рецидивів. Сучасні підходи до корекції залежності базуються на інтеграції різних методів, що дозволяє враховувати психоемоційний стан, когнітивні особливості, поведінкові реакції та соціальні фактори кожної особи. Це підкреслює важливість системного та комплексного підходу у розробці реабілітаційних програм.

По-друге, психодіагностичні методи, застосовані у дослідженні, включали стандартизовані тести, опитувальники, спостереження та глибинні інтерв'ю. Вони дозволили оцінити рівень тривожності, депресивності, мотиваційні особливості, когнітивні функції, рівень навичок емоційної регуляції, соціальну адаптацію та особистісні ресурси учасників. Отримані дані дозволили не лише кількісно оцінити стан учасників, а й глибоко інтерпретувати механізми їхньої поведінки, що надало можливість індивідуалізувати психокорекційні заходи та підвищити їх ефективність.

По-третє, психологічні методи корекції, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, групову психотерапію та індивідуальні консультації, показали високу ефективність у роботі з особами, які мають залежність. Когнітивно-поведінкова терапія сприяє усвідомленню деструктивних моделей

мислення, формуванню навичок самоконтролю, розвитку стратегій конструктивного реагування на стресові ситуації та уникнення спокус. Групова терапія дозволяє створити підтримуюче соціальне середовище, відновити довіру, поліпшити комунікативні навички та соціальну активність учасників. Індивідуальні консультації дають змогу опрацьовувати особистісні проблеми та мотиваційні бар'єри, що сприяє глибшому усвідомленню власної поведінки та формуванню стійких адаптивних стратегій.

По-четверте, медико-психологічні програми реабілітації забезпечують комплексну підтримку залежних осіб, поєднуючи психотерапевтичні заходи з медичною допомогою та соціальною адаптацією. Практичне застосування такої програми підтвердило її ефективність у стабілізації психоемоційного стану, формуванні саморегуляції, підвищенні мотивації до відмови від психоактивних речовин та розвитку соціальних навичок. Вітчизняний та зарубіжний досвід свідчить про необхідність включення соціального та сімейного компонентів у програми реабілітації, оскільки підтримка оточення значно підвищує ефективність терапевтичних заходів і сприяє зниженню ризику рецидиву.

По-п'яте, результати емпіричного дослідження підтвердили ефективність розробленої психокорекційної програми. Після її проходження у більшості учасників відзначалося значне зниження рівня тривожності та депресивності, підвищення емоційної стабільності, розвиток навичок саморегуляції та самоконтролю, а також формування внутрішньої мотивації до відмови від психоактивних речовин. В учасників спостерігалось поліпшення соціальної адаптації: вони демонстрували більш конструктивні моделі поведінки, активніше взаємодіяли з оточенням, ефективніше вирішували конфлікти та брали участь у колективних заходах.

По-шосте, мотиваційна сфера виявилася критично важливою для успіху реабілітації. Учасники з високим рівнем внутрішньої мотивації до змін досягали більш стабільних результатів, швидше засвоювали навички саморегуляції та ефективної поведінки. Водночас учасники з переважно зовнішньою мотивацією демонстрували меншу стійкість результатів, що

підкреслює необхідність активної роботи з мотивацією на всіх етапах психокорекції.

По-сьоме, соціальна підтримка від родини, колег та соціального оточення виявилася одним із визначальних факторів ефективності реабілітації. Учасники, які мали стабільне підтримуюче середовище, демонстрували більшу активність у програмі, кращу соціальну адаптацію та менший ризик рецидиву. Це підтверджує необхідність інтеграції сімейної та соціальної роботи у комплекс психокорекційних заходів.

По-восьме, результати дослідження довели, що інтегрований підхід, який поєднує когнітивно-поведінкову терапію, групові та індивідуальні психотерапевтичні заняття, соціальну підтримку та медико-психологічні компоненти, є найбільш ефективним для комплексної психокорекції осіб із залежністю. Такий підхід дозволяє одночасно впливати на когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти залежності, що забезпечує формування стійких позитивних змін.

Узагальнюючи, робота демонструє, що ефективна психокорекція залежності потребує системного, комплексного та інтегрованого підходу, який враховує індивідуальні особливості особистості, психоемоційний стан, мотиваційну сферу, соціальні фактори та потреби реабілітантів. Розроблена та апробована психокорекційна програма підтвердила свою практичну ефективність та наукову обґрунтованість, забезпечуючи стабільні зміни у психоемоційній, поведінковій та соціальній сферах учасників.

Отримані результати можуть бути використані для практичного впровадження програми у реабілітаційних центрах, наркологічних відділеннях, медико-психологічних службах та громадських організаціях, а також слугувати основою для подальших наукових досліджень у сфері психокорекції та реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. Вони підтверджують необхідність комплексного підходу, індивідуалізації та інтеграції соціальних компонентів у психокорекційні програми, що забезпечує

досягнення стійких і довготривалих результатів у процесі подолання залежності.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки та поглибленні аналізу гендерних, вікових і соціально-економічних чинників, що впливають на ефективність психокорекційних програм. Важливим напрямом майбутніх робіт є вивчення довготривалих результатів реабілітації, профілактики рецидивів та ролі цифрових технологій у психологічній підтримці залежних осіб. Доцільним також є створення мультидисциплінарних моделей допомоги, які поєднують психотерапевтичні, соціально-педагогічні та медичні підходи. Особливу увагу варто приділити розробці адаптованих програм для підлітків і молоді, а також використанню онлайн-платформ для дистанційної психотерапії та моніторингу динаміки реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Сафонов Д. М. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин: навч. посіб. для лікарів-спеціалістів лікувального профілю, що проходять перепідготовку відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Психіатрія». Запоріжжя, 2019. 94 с.
2. Гаврилов О. О., Мазур Г. М., Гомон Т. М. Стан проблеми адекватної седації у хворих із психічними й поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин. Медицина невідкладних станів. 2019. № 2. С. 174–175.
3. Шаповалов В. В. Нераціональне вживання психоактивних речовин та судово-фармацевтичний моніторинг наркопацієнтів із розладами психіки та поведінки. Фармацевтичний журнал. 2011. № 1. С. 25–28.
4. Тимошенко О. М., Брелюс Г. М. Психічне здоров'я людини. Physical rehabilitation and recreational health technologies. 2017. № 1. С. 70–72.
5. Фесун Г. С., Фесун А. Л. Теоретичний аналіз проблеми збереження та підтримки психологічного здоров'я особистості. The I International Scientific and Practical Conference «Science, scientists and learning: contemporary challenges of 2024» (02–04 вересня 2024 р., м. Краків, Польща). Krakow: European Conference, 2024. С. 86.
6. Федорченко Р. Вплив вживання психоактивних речовин на здоров'я населення України. Шляхи удосконалення професійних компетентностей фахівців в умовах сьогодення : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (13 трав. 2025 року в режимі онлайн). Київ : ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти», 2025. С. 250-254.
7. Максименко С. Психологія особистості. Київ: Видавництво ТОВ. КММ, 2007. 296 с.

8. Барінова Л. Я. Основи психіатрії: метод. рек. для студентів напряму підготовки 6.030102 Психологія. Одеса: Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2019. 56 с.
9. Spytska L. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. Засекіна Л. В., Хворост Х. Ю. (ред.) Луцьк, 2023. С. 84.
10. Мостова Т. Д. Психологія залежної поведінки: методичний посібник з курсу для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». Одеса, 2022. 67 с.
11. Dhalla S., Kopec J. A., Bancej C. Sensitivity and specificity of the CAGE questionnaire for alcohol dependence: A meta-analysis. Substance Use & Misuse. 2011. Vol. 46, №14. P. 1890–1905. DOI: <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.594455>
12. Класифікація психоактивних речовин. Центр громадського здоров'я України | МОЗ України. URL: <https://www.phc.org.ua/news/klasifikaciya-psikhoaktivnikh-rechovin> (дата звернення: 12.10.2025).
13. Психоактивні речовини. Вікіпедія: вільна енциклопедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Психоактивні_речовини (дата звернення: 12.10.2025).
14. Ніконенко А. М. Особливості супутніх психічних розладів в осіб із різним досвідом вживання психоактивних речовин. Житомир: ЖДУ ім. І. Франка, 2021. 200 с.
15. Залежність від психоактивних речовин. Центр громадського здоров'я України | МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin> (дата звернення: 12.10.2025).
16. Баюрка С. В., Бондар В. С., Карпушина С. А. та ін. Фармацевтичні аспекти тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії: навчальний посібник для студентів денної та заочної (дистанційної) форми навчання (дисципліна за вибором студента). Х., 2017. 210 с.

17. Психіатрія / за ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. Харків : Оберіг, 2013. 1164 с.

18. Психіатрія і наркологія : підручник / В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов та ін. ; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ «Медицина», 2015. 512 с.

19. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков [та ін.]; за ред. О. К. Напрєєнка. 3-є вид., випр. 2017. 424 с.

20. Пономарьов Р., Жієнбаєва Н., Джакупова М., Скляр С. Огляд досліджень з діагностики затримки психічного розвитку. Редакційна колегія. 2022. С. 76.

21. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. С. 38–103.

22. Чугаєвський А. А. Поняття та класифікація психічних розладів у контексті кримінального правосуддя. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2025. Т. 3, № 88. С. 354–360.

23. Гайдаманчук П. С. Соціально-психологічні аспекти формування у осіб залежності від ПАР. Матеріали наукової конференції. Тернопіль: ТНПУ, 2025. 150 с.

24. Gardner E. L. Addiction and brain reward and antireward pathways. *Adv Psychosom Med*. 2011. Vol. 30. P. 22–60. DOI: <https://doi.org/10.1159/000324065>.
4. Gould T. J. Addiction and cognition. *Addict Sci Clin Pract*. 2010. Vol. 5, № 2. P. 4–14.

25. Вієвський А. М. Біологічні передумови формування феномену вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в аспекті розробки

комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної профілактики. Український медичний альманах. 2012. Т. 15, № 2. С. 35–38.

26. Градецький А. В. Запобігання вживанню наркотичних засобів особами молодіжного віку на індивідуальному рівні. Право і безпека. 2012. № 5 (47). С. 242–247.

27. Карачевський А. Б., Климчук В. О., Горбунова В. В. Посібник із управління стресом та самодопомоги при розладах вживання психоактивних речовин для пацієнтів замісної підтримуючої терапії (у цивільному житті, під час бойових дій та при поверненні до цивільного життя). 2023. 148 с.

28. Nakhaee N., Jadidi N. Why do some teens turn to drugs? a focus group study of drug users' experiences. *Journal of Addictions Nursing*. 2009. № 20 (4). P. 203-208.

29. Старков Д. Ю. Особливості психотерапії зловживання ПАР при адиктивному та посттравматичному розщепленні особистості. Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології (16–17 вересня 2023 р.). С. 143–157.

30. Діденко К. І. Психологічні особливості емоційно-вольової сфери осіб, які вживають алкогольні та наркотичні речовини : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник М. Г. Ткалич. Запоріжжя : ЗНУ, 2025. 91 с.

31. Сердюк О. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю. Соціальна робота в органах внутрішніх справ України: навч. посіб. Харків: Нац. ун-т внутр. справ, 2006. С. 303–324.

32. Вієвський А. М. Взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних чинників у генезисі формування навичок вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків із позиції розробки системи профілактики. Український медичний часопис. 2012. № 3. С. 110–117.

33. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури). Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

34. Скрипченко О., Бушай І., Скрипченко Л. Основи психології і педагогіки. Київ, 2003. 145с.

35. Унятицька Н. Чинники та наслідки вживання наркотиків особами підліткового віку. Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тернопіль, 4–5 листопада 2022 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2022. Т. 2. С. 112.

36. Загальні підходи до лікування залежності від психоактивних речовин. URL: <http://msvitu.com/pages/medical-books/opioidy/5-Narko.indd.pdf> (дата звернення: 08.10.2025).

37. Борис О. М. Сучасні підходи до профілактики ризиків, спричинених вживанням психоактивних речовин вагітними в Україні. Здоров'я жінки. 2014. № 10. С. 20–25.

38. Кириченко В. Групова психодинамічна терапія у державних клініках Європи: огляд емпіричних досліджень. Вісник Національного університету оборони України, 79(3). 2024. С. 51–56.

39. Бакалюк О., Олійник Н. Молодь і психоактивні речовини: фактори ризику і захисту. Психологія і суспільство. 2011. № 3 (45). С. 70–95.

40. Наркополітика у світі та в Україні. Сучасні підходи до лікування наркозалежності | Центр громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. URL: <https://phc.org.ua/news/narkopolitika-u-sviti-ta-v-ukraini-suchasni-pidkhodi-do-likuvannya-narkozalezhnosti> (дата звернення: 19.10.2025).

41. Козира П. В. Психологічні методи діагностики залежності від психоактивних речовин. Psychological methods of diagnosing addiction to psychoactive substances. 2025. С. 142–146.

42. Мінко О. О. Комплексна діагностика залежності від опіоїдів з використанням фоноскопичних характеристик мови, що звучить. Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3. С. 251–252.

43. Бурлака В. В., Виглазова О. В., Григорян А. З. та ін. Психіатрія та наркологія. Інструменти вимірювання залежностей. Київ, 2022. 272 с.

44. Пінчук І. Я., Румянцева С. С., Синіцька Т. В., Гавриш Є. М., Улізко А. І. До питання стандартів діагностики наркологічних розладів. *Архів психіатрії*. 2015. Т. 21, № 1. С. 26–28.

45. Литвинчук Л. М. Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб: дис. д-ра психол. наук: 19.00.00. Київ, 2018. 178 с.

46. Литвинчук Л. М. Психокорекційна робота з хворими на наркоманію засобами мистецтва: теоретичні аспекти та перспективи. *Горизонти освіти*. 2014. № 2. С. 114–118.

47. Литвинчук Л. М. Етапи особистісно-емоційних змін наркозалежних осіб в процесі психотерапії. *Молодий вчений*. 2016. № 12. С. 255–259.

48. Маркова М. В., Савіна М. В., Антонович М. О. Психотерапія та психологічне консультування в програмах реабілітації залежних від психоактивних речовин. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 65–72.

49. Різноманітні програми реабілітації при залежності. Наркологічна клініка «Пульс» (м. Львів). URL: <https://narco-help-puls.com/naukovyj-analiz-riznomanitnyh-program-reabilitacziyi-pry-zalezhnosti-metodologiyi-efektyvnist-ta-zastosuvannya/> (дата звернення: 08.10.2025).

50. Програма реабілітації для засуджених та осіб з психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР. Пенітенціарна академія України. URL: <https://academysps.edu.ua/wp-content/uploads/2020/04/Programa-reabilitacii-dlja-zasudzhenih-ta-osib-z-psihichnimi-ta-povedinkovimi-rozladami-vnaslidok-vzhivannja-PAR-Posibnik.pdf> (дата звернення: 10.10.2025).

51. Сливка Л. Закордонний досвід реалізації програм профілактики шкідливих звичок серед дітей та юнацтва. *Педагогіка*. Дрогобич: ВД «Гельветика», 2024. Вип. 18(50). С. 73–81.

52. Шлапко Т. В., Глущенко Н. В., Репін Д. А. Міжнародний досвід методів боротьби із залежністю від психоактивних речовин. Сучасні наукові дослідження представників юридичної науки – прогрес законодавства України

майбутнього: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 14–15 січня 2022 р.). Дніпро: ГО «Правовий світ», 2022. С. 80–84.

53. Громов О. В. Попередження розвитку дитячої співзалежності в умовах організації соціального супроводу адиктивно узалежненої сім'ї. 2019. 87 с.

54. Фітькало О. С. Моніторинг поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед населення м.Львова та Львівської області [Monitoring the prevalence of mental and behavioral disorders due to inhalation of psychoactive substances among the population of Lviv and Lviv region]. Медична освіта. №3. 2013. С. 105-108.

55. Галич Я.В. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Ūridična psihologîâ*. 2022. Vol. 30, no. 1. P. 64–73. URL: <https://doi.org/10.33270/03223001.64> (дата звернення: 14.10.2025).

56. Лінник І. А., Матласевич О. В. Особливості психологічної профілактики співзалежних членів сім'ї з дітьми. Практична психологія і соціальна робота. 2020. С. 94–99.

57. Про затвердження стандартів медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів". *Офіційний вебпортал парламенту України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text> (дата звернення: 13.10.2025).

58. Сафонов Д. М. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин: для лікарів-спеціалістів лікувального профілю, що проходять перепідготовку відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Психіатрія». Запоріжжя, 2019. 94 с.

59. Козак М., Климанська Л., Герасим Г. Гендерні відмінності у зразках вживання психоактивних речовин у молодіжному середовищі. Духовність особистості: методологія, теорія і практика. 2024. Т. 1, № 3 (107). URL: <https://doi.org/10.33216/2220-6310/2023-107-3-27-38> (дата звернення: 15.10.2025).

60. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. Дрогобич : Посвіт, 2015. с. 235.
61. Литвинчук Л. М. Сучасні погляди на проблему психологічної залежності наркоманів. Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2017. Т.VII, вип. 43. С. 84–94.
62. Лічко А. Є., Битенський В. С. Підліткова наркологія. Львів : Медицина, 82. 1991. 391 с.
63. Методи когнітивної терапії у тренінгу соціальних навичок/За ред. ст. Морлі, Дж. Шефферд, С. Спенс. Львів. : прайм-ЄВРОЗНАК, 2004.. 46 с
64. Мехед О. Б. Основні компоненти підготовки вчителів до соціальнопедагогічної діяльності для формування мотивації учнів до здорового способу життя. Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Вип. 8 (164) НУЧК, 2020. С. 216-221.
65. Мехед О. Б. Формування здорового способу життя як важлива частина виховання та соціалізації підростаючого покоління. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Вип. 4 (160) : НУЧК, 2019. С. 84-88 с.*
66. Мірошніченко О.А. Діагностика особистості майбутнього психолога : Методичний посібник до вивчення дисципліни «Практикум із загальної психології» для студентів спеціальності 7.040107 «Психологія». Житомир, 2012. 190 с.
67. Райгородський Д. Я. Практична психодіагностика. Методики та тести. Навчальний посібник Львів. : прайм-ЄВРОЗНАК, 2002. 672 с.
68. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин : Наказ М-ва соц. політики України від 01.10.2020 № 677. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text> (дата звернення: 08.01.2026).

69. Дудко Т.М., Пузенко В.А., Котельникова О. А. Диференційна система реабілітації у наркології. Методичні поради. Вінниця : «Нарконет», 2001. 384 с.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ
УЧАСНИКІВ ДО І ПІСЛЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ**

Таблиця А.1

Показник	До програми (середнє значення, %)	Після програми (середнє значення, %)	Зміна (%)
Високий рівень тривожності	68	39	–29
Високий рівень депресивності	61	33	–28
Низький рівень самоконтролю	57	25	–32
Високий рівень соціальної адаптації	28	63	+35

ЗРАЗОК АНКЕТИ ДЛЯ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Анкета для учасників дослідження (соціально-демографічна інформація, досвід
уживання ПАР, мотивація до змін)

Мета: отримати інформацію про соціально-демографічні характеристики, особливості вживання психоактивних речовин (ПАР), а також виявити рівень мотивації до відмови від залежності.

Інструкція: Опитування є анонімним. Отримані дані будуть використані лише в узагальненому вигляді для наукових цілей. Просимо відповісти чесно.

1. Вік: _____
2. Стать: ☐ чоловіча ☐ жіноча
3. Освіта: ☐ середня ☐ середня спеціальна ☐ вища ☐ інше _____
4. Сімейний стан: ☐ одружений(на) ☐ неодружений(на) ☐ розлучений(на) ☐ інше _____
5. Чи маєте постійне місце роботи / навчання? ☐ так ☐ ні
6. Які психоактивні речовини ви вживали?
☐ алкоголь ☐ наркотичні речовини ☐ транквілізатори ☐ інше _____
7. Скільки років (місяців) триває досвід уживання ПАР? _____
8. Чи були у вас періоди ремісії (утримання)? ☐ так ☐ ні
Якщо так, то скільки тривали? _____
9. Основна причина початку вживання (можна вибрати кілька варіантів):
☐ цікавість ☐ вплив друзів ☐ проблеми вдома / на роботі ☐ бажання розслабитись ☐ інше _____
10. Чи маєте ви досвід лікування або участі у програмах реабілітації? ☐ так ☐ ні
11. Наскільки ви мотивовані відмовитися від ПАР (за шкалою 1–10): _____
12. Що може допомогти вам утриматися від вживання ПАР?

13. Які труднощі, на вашу думку, можуть виникнути у процесі реабілітації?

ДОДАТОК В

ФРАГМЕНТ ТЕСТУ СПІЛБЕРГЕРА–ХАНІНА

Фрагмент тесту Спілбергера–Ханіна (оцінка тривожності)

Мета: визначення рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності.

Інструкція: уважно прочитайте твердження та оберіть варіант відповіді, який найкраще відображає ваш стан.

Фрагмент тесту**Ситуативна тривожність (стан «тут і тепер»)**

Оцініть, як ви почуваєтеся в даний момент (1 – зовсім ні; 4 – дуже сильно):

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я спокійний(а)	☐	☐	☐	☐
2	Я напружений(а)	☐	☐	☐	☐
3	Я переживаю через дрібниці	☐	☐	☐	☐
4	Мені хочеться втекти від ситуації	☐	☐	☐	☐

Особистісна тривожність (типова реакція)

Оцініть, як це властиво вам зазвичай:

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я легко засмучуюсь	☐	☐	☐	☐
2	Я почуваюся впевненим у собі	☐	☐	☐	☐
3	Я часто нервую без причини	☐	☐	☐	☐
4	Мене важко вивести з рівноваги	☐	☐	☐	☐

Обробка результатів

Підраховується сумарний бал для кожної шкали:

- 20–30 балів – низький рівень тривожності;
- 31–45 – середній;
- 46 і вище – високий рівень тривожності.

ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ А.БЕКА

Ім'я, прізвище: Дата:

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

1)0. Мені не сумно.

1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.

2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.

3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.

2)0. Я спокійно думаю про майбутнє.

1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.

2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.

3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.

3)0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.

2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)

4)0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.

1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.

2. Я ні від чого не отримую задоволення.

3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.

5)0. Я не відчуваю відчуття провини.

1. Я доволі часто відчуваю провину.

Продовження додатку Г

2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.
3. Мене мучить постійне відчуття провини.
- 6)1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.
2. Я допускаю, що заслуговую покарання.
3. Я вважаю, що маю бути покараний.
4. Я відчуваю, що доля карає мене.
- 7)0. Я в основному задоволений тим, ким я є.
1. Я незадоволений собою.
2. Я гидкий собі.
3. Я ненавиджу себе.
- 8)0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.
1. Я критикую себе за слабкості та помилки.
2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.
3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.
- 9)0. У мене не виникає думок про самогубство.
1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.
2. Я хочу вмерти і планую самогубство.
3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.
- 10)0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.
1. Я плачу частіше, ніж звичайно.
2. Я увесь час плачу.
3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.
- 11)0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.
1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.
2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.

3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.

12)0. Я не втратив цікавості до людей.

1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.
2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.
3. Люди мені глибоко байдужі.

13)0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.

1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.
2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.
3. Я не в стані приймати жодних рішень.

14)0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.

1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.
2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.
3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.

15)0. Мені працюється так, як і раніше.

1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.
2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці.
3. Я не в стані працювати.

16)0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.

1. Я сплю гірше, ніж раніше.
2. Я пробуджуюся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.
3. Я пробуджуюся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.

17)0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.

1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.
2. Я втомлююся від будь-якого заняття.
3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.

18)0. У мене нормальний апетит.

1. У мене погіршився апетит.
2. У мене майже відсутній апетит.
3. У мене зовсім нема апетиту.

19)1. Моя вага залишається незмінною.

2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.
3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.
4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.

Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні

20)0. Моє тілесне здоров'я є добре.

1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).
2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.
3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.

21)0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.

1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.
2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.
3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

ДОДАТОК Д

DEERS - ШКАЛА ТРУДНОЩІВ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

Опитувальник включає 36 тверджень, згрупованих у шість субшкал, кожна з яких відображає окремий аспект проблем емоційної регуляції. Ці підшкали охоплюють: неприйняття власних емоційних реакцій, труднощі із цілеспрямованою поведінкою, труднощі з контролем імпульсів, відсутність усвідомлення емоцій, обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій та відсутність емоційної чіткості.

Формат проведення

Адміністрування DEERS здійснюється за допомогою системи START, платформи онлайн-оцінювання UA-TEST.

Це опитувальник для самозвіту, який може бути заповнений респондентом онлайн, або зачитаний йому особисто чи по телефону. Його можна заповнити приблизно за 10-15 хвилин. Важливо, щоб респондент самостійно відповідав на питання DEERS. В опитувальнику респондентові пропонується оцінити твердження за такою шкалою “майже ніколи”, “іноді”, “близько половини часу”, “більшу частину часу”, “майже завжди”. Підрахунок результатів відбувається системою START автоматично.

Шкала розроблена на основі інтегративності теоретичної основи, яка концептуалізує регуляцію емоцій як залучення: (а) усвідомлення та розуміння емоції, (б) прийняття емоцій, (с) здатність брати участь у цілеспрямованій поведінці та контролювати імпульсивну поведінку під час переживання негативних емоцій та (d) доступ до ефективних стратегій регулювання емоцій.

Загальний показник емоційної регуляції – це сумарний сирий бал (сума балів за всіма 36 пунктами). В електронному звіті він відображається як шкала «Загальний показник» (діапазон можливих балів від 36 до 180).

Вищі бали свідчать про більші проблеми з регуляцією емоцій. Серед нормотипової вибірки 74 бали (це 50 процентиль, середнє по вибірці) та нижче

Продовження додатка Д

вважаються нормою, а бали 118 (це 99 процентиль) і вище вказують на серйозну емоційну дисрегуляцію.

36 - 43 Дуже низький

44 - 61 Низький

62 - 87 Середній

88 - 105 Високий

106 - 180 Дуже високий

У складі DERS виділяють шість субшкал:

1. Шкала НЕПРИЙНЯТТЯ - досліджує неприйняття емоційних реакцій: оцінює негативні вторинні емоційні реакції на власні негативні емоції або неприйняття реакцій на власний дистрес.

2. Шкала ЦІЛІ - досліджує наявність труднощів із цілеспрямованою поведінкою: вимірює труднощі з концентрацією та виконанням завдань під час переживання негативних емоцій.

3. Шкала ІМПУЛЬС - досліджує наявність труднощів з контролем імпульсів: розглядає труднощі з контролем власної поведінки під час переживання негативних емоцій.

4. Шкала УСВІДОМЛЕННЯ - досліджує усвідомлення емоцій (високі бали свідчать про відсутність усвідомлення): оцінює труднощі та/або небажання звертати увагу на емоції та визнавати їх.

5. Шкала СТРАТЕГІЇ - досліджує наявність стратегій регулювання емоцій (високі бали свідчать про обмежений доступ до таких стратегій): стосується переконання, що мало що можна зробити для ефективного регулювання емоцій, коли людина засмучена.

6. Шкала ЧІТКІСТЬ - досліджує наявність емоційної чіткості (високі бали свідчать про її відсутність): показник зосереджується на тому, наскільки респондент знає і чітко розуміє емоції, які він відчуває.

ДОДАТОК Е

ПРИКЛАД ПРОТОКОЛУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПОВЕДІНКОЮ УЧАСНИКІВ

Мета: фіксація зовнішніх поведінкових проявів, соціальної взаємодії та емоційного стану учасників під час групових і індивідуальних занять.

ІБ учасника	Дата спостереження	Ситуація (заняття, бесіда тощо)	Емоційний стан (спокій, тривога, роздратування, апатія)	Поведінкові реакції (жести, тон, міміка, пози)	Соціальна взаємодія (активна, пасивна, уникання)	Коментар спостерігача

Короткі інструкції для спостерігача:

- звертати увагу на невербальні прояви (рухи, контакт очей, зміни голосу);
- оцінювати, наскільки поведінка відповідає ситуації;
- фіксувати ознаки тривоги, агресивності, уникання, неувважності чи гіперактивності;
- додавати короткі нотатки про комунікацію з іншими учасниками.

ЗРАЗОК ІНТЕРВ'Ю З УЧАСНИКОМ

Зразок інтерв'ю з учасником дослідження (ставлення до лікування, самооцінка, мотивація)

Мета: виявити ставлення учасника до власної залежності, оцінити рівень самоусвідомлення, мотивацію до змін і очікування від реабілітаційного процесу.

Інструкція для дослідника: інтерв'ю проводиться у спокійній атмосфері, у формі доброзичливої бесіди. Респондент попередньо ознайомлюється з метою дослідження та гарантією конфіденційності.

Зразок запитань:

1. Як ви оцінюєте свій теперішній стан і причини, через які звернулися по допомогу?
2. Що, на вашу думку, стало основною причиною виникнення залежності?
3. Чи були у вашому житті спроби самостійно подолати залежність? Якими були їх результати?
4. Як ви ставитеся до лікування та участі у психокорекційній програмі?
5. Що вас мотивує або підтримує в процесі реабілітації?
6. Які емоції ви найчастіше відчуваєте під час боротьби з залежністю?
7. Чи є у вас люди, які вас підтримують (родина, друзі, колеги)?
8. Які зміни у своєму житті ви вважаєте найважливішими після проходження програми?
9. Які труднощі або бар'єри вам найважче долати?
10. Що, на вашу думку, допоможе зберегти досягнуті результати у майбутньому?

ДОДАТОК К

ПЛАН ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ

Мета консультації: сприяти усвідомленню клієнтом власного емоційного стану, виявленню індивідуальних тригерів залежної поведінки та формуванню конструктивних способів реагування на стресові ситуації.

Тривалість консультації: 45–60 хвилин.

Цільова група: реабілітанти після завершення етапу детоксикації, збереженою мотивацією до психологічної роботи.

Структура індивідуальної консультації:

- 1.Встановлення контакту (5–10 хв): створення безпечної атмосфери, уточнення запиту клієнта, нагадування про принципи конфіденційності та добровільності участі.
- 2.Діагностичний етап (10–15 хв): з'ясування актуального емоційного стану, аналіз ситуацій, що викликають напругу або бажання вжити психоактивні речовини, виявлення автоматичних думок та поведінкових реакцій.
- 3.Основний етап (20–25 хв): робота з емоційними переживаннями клієнта, застосування елементів когнітивно-поведінкової терапії (аналіз думка–емоція–поведінка), формування альтернативних способів реагування, навчання простим технікам саморегуляції (дихальні вправи, усвідомлення емоцій).
- 4.Підсумковий етап (5–10 хв): узагальнення отриманих висновків, визначення індивідуальних рекомендацій, домовленість щодо подальшої роботи.

ДОДАТОК Л

**«РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЯК ЧИННИК
ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ»**

Таблиця Л.1

Етап програми	Зміст роботи	Форми та методи	Тривалість
Вступний	Ознайомлення з метою заняття, встановлення правил, визначення очікувань	Групова бесіда, обговорення	10 хв
Психоосвітній	Механізми залежності, роль емоцій і стресу, тригери рецидивів	Міні-лекція, групова дискусія	20 хв
Практичний	Розвиток навичок емоційної саморегуляції	Дихальні техніки, mindfulness, КПТ-вправи	45 хв
Рефлексивний	Усвідомлення досвіду, зворотний зв'язок	Рефлексія, обговорення	15 хв
Разом			90 хв

Групова дискусія :

- У яких ситуаціях ви відчуваєте найбільшу емоційну напругу?
- Які емоції виникають у цих ситуаціях?
- Як ви зазвичай реагуєте на ці стани?
- Що провокує бажання вжити?
- Які альтернативні способи реагування можливі?

Дихальні техніки :

- Зручне положення тіла, стопи на підлозі
- Повільний вдих через ніс (4 рахунки)

- Коротка пауза (2 рахунки)

Продовження додатка Л

- Повільний видих через рот (6 рахунків)
- Повторення циклу 3–5 хвилин
- Фіксація відчуттів після вправи

Практики mindfulness :

- Зосередження уваги на теперішньому моменті
- Усвідомлення емоції («Що я зараз відчуваю?»)
- Усвідомлення тілесних відчуттів
- Спостереження без оцінювання
- Прийняття емоцій без спроби їх уникати

КПТ-вправи:

- Визначення стресової ситуації
- Фіксація автоматичної думки
- Визначення емоції
- Аналіз поведінкової реакції
- Формулювання альтернативної думки
- Вибір конструктивної поведінки

Рефлексія:

- Що сьогодні було для мене найкориснішим?
- Яку вправу я зможу використати в житті?
- Які тригери я усвідомив(ла)?
- Що нового я дізнався(лася) про себе?
- Що беру з собою після заняття?