

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач випускової кафедри
_____ Л. Доценко
«_____» _____ 2020 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА (ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ВИПУСКНИКА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «МАГІСТР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

**Тема: «Індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки
наркозалежних осіб»**

Виконавець: студентка ПП201Мз

Войченко Анастасія-Анна Андріївна

Керівник: кандидат психологічних наук Дубчак Олена Борисівна

Нормоконтролер: _____

Бородінова Л.Ю.

(підпис)

Київ 2020

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Л.Доценко

«» _____ 2020 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання дипломної роботи

Войченко Анастасії-Анни Андріївни

1. Тема дипломної роботи «Індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб» затверджена наказом ректора від «15» жовтня 2020 р. № 2007/ст.

2. Термін виконання роботи: з 05 жовтня 2020 до 07 грудня 2020 р.

3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до першого другого та третього розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 125 сторінок, з них обсяг основного тексту 69 сторінок, список використаних джерел нараховує 42 позиції.

4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ I. Теоретичний аналіз підходів до вивчення феномену аутоагресивної поведінки серед наркозалежних осіб; Висновки до першого розділу; Розділ II. Експериментальне вивчення індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних; Висновки до другого розділу; Розділ III. Шляхи

корекції аутоагресивної поведінки наркозалежних; Висновки до третього розділу; Висновки; Список використаних джерел; Додатки.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): 14 таблиць.

Календарний план-графік

№ пор.	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	09.10.2020	
2.	Формулювання мети, завдання досліджень. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	15.10.2020	
3.	Написання основної частини. Перше читання керівника	16.11.2020	
4.	Написання вступу, висновків. Уточнення плану дипломної роботи	23.11.2020	
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові	30.11.2020	
6.	Попередній захист дипломної роботи	07.12.2020	
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	14.12.2020	
8.	Подання остаточного варіанта на кафедру	15.12.2020	
9.	Захист роботи	24.12.2020	

8. Дата видачі завдання: «5» жовтня 2020 р.

Керівник дипломної роботи _____ Дубчак О.Б

(підпис керівника) (П.І.Б.)

Завдання прийняв до виконання _____ Войченко А.-А. А.

(підпис випускника) (П.І.Б.)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб»: 125 сторінок, 14 таблиць, 42 використані джерела, 3 додатки.

Об'єкт дослідження – індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки.

Предмет дослідження – індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити індивідуальні особливості форм прояву аутоагресивної поведінки серед наркозалежних осіб за допомогою впровадження психокорекційної програми як методу психологічного впливу в ході процесу реабілітації залежних осіб.

Методи дослідження: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження аутоагресивної поведінки, зокрема, серед осіб, що страждають залежністю від психоактивних речовин; *емпіричні* – констатувальний та формувальний експеримент, спостереження, бесіда, тестування; комплекс методик для дослідження індивідуальних особливостей особистості та аутоагресивної поведінки: скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості «Опитувальник Міні-Мульт», «16-ти факторний особистісний опитувальник» Р. Б. Кеттелла (форма А), «Шкала безнадійності» Бека, «Опитувальник суїцидального ризику» (в модифікації Т.Н. Разуваєвої); *методи математичної обробки даних* – t-критерій Стьюдента для зв'язаних вибірок (програма SPSS 22).

У дипломній роботі описані індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки, зокрема серед наркозалежних осіб.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження можуть бути використані психологами, що працюють із

наркозалежними особами (та особами в кризових станах), а також суїцидологами та адиктологами в процесі психосоціальної реабілітації; при наданні кризової психологічної допомоги.

**НАРКОЗАЛЕЖНІСТЬ, ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ,
АУТОАГРЕСІЯ, ОПІЙНА НАРКОМАНІЯ, СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА**

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ	12
1.1. Основні теоретико-методологічні підходи до вивчення феномену аутоагресивної поведінки	12
1.2. Основні види та форми прояву аутоагресивної поведінки	16
1.3. Індивідуальні особливості прояву аутоагресії в наркозалежних осіб	26
Висновок до першого розділу	35
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ	37
2.1. Організаційні та змістовні аспекти дослідження	39
2.2. Діагностика індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних	40
2.3. Аналіз результатів діагностики індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних	50
Висновок до другого розділу	57
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ	59
3.1. Розробка та впровадження психокорекційної програми аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб	59
3.2. Оцінка ефективності впливу психокорекційної програми аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб	61
3.3. Практичні рекомендації корекційним та клінічним психологам щодо своєчасного виявлення та корекції аутоагресивної поведінки	66
Висновок до третього розділу	72

ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	78
ДОДАТКИ	83

Актуальність дослідження. Кількість наркозалежних людей в Україні невинно зростає щодня. Згідно статистики Міністерства охорони здоров'я станом на 2018 рік одних лише ін'єкційних наркоманів в нашій країні налічується близько 346 тисяч. На жаль, неофіційні данні лякають ще більше, адже під статистику потрапили лише ті люди, котрі все ж змогли звернутися за кваліфікованою допомогою до спеціалістів.

Люди, котрі страждають від наркозалежності, відносяться до групи підвищеного ризику розвитку таких інфекційних хвороб, як гепатити В і С, ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Проблема наркозалежності є актуальною не тільки для сфери охорони здоров'я, а й для суспільства в цілому. Відмічається низький відсоток трудової зайнятості, висока частота криміногенної поведінки та власне злочинів, часті проблеми в сімейних відносинах.

Інша статистика також невтішна – смертність від суїциду в Україні за період січень-вересень 2020 року згідно даних Державної служби статистики становить 4708 чоловік, що перевищило кількість летальних випадків від ДТП (2753 особи) та зайняло перше місце в категорії «Смерть від зовнішніх факторів». Наркозалежні люди часто потрапляють в групу ризику аутоагресивної поведінки, а особливо – суїцидальної.

Вивченням феномену аутоагресивної поведінки займалися такі зарубіжні вчені, як: В. Франкл, У. Шелдон, А.А. Реан, Е.С. Шнейдман та Н. Фарбероу.

Серед сучасних дослідників на пострадянському просторі можна відзначити А.Г. Амбрумову, В.А. Тихоненко, а також нашу вітчизняну дослідницю Г.Я. Пилягіну.

Проте, аутоагресивна поведінка на сьогоднішній день все ж є досить маловивченим явищем в психології. Проведені останнім часом дослідження в цій області найчастіше, як правило, стосуються лише одного з проявів даної

поведінки – суїциду. Про це говорить хоча б той факт, що до сих пір немає єдиного підходу до розуміння терміну «аутоагресивна поведінка» як у вітчизняній, так і зарубіжній психології. Саме цим й обґрунтована необхідність подальшого поглиблення вивчення даного феномену.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити індивідуальні особливості форм прояву аутоагресивної поведінки серед наркозалежних осіб за допомогою впровадження психокорекційної програми як методу психологічного впливу в ході процесу реабілітації залежних осіб.

Реалізація поставленої мети дипломної роботи зумовлює необхідність виконання таких **завдань**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб. Визначити сутність поняття «аутоагресивна поведінка наркозалежних осіб» та особливості його прояву;
2. Підібрати комплекс психодіагностичних методик для емпіричного дослідження індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних задля проведення констатувального експерименту.
3. На основі інтерпретації та аналізу результатів проведених методик розробити психокорекційну програму та провести її апробацію.
4. Експериментально перевірити ефективність запропонованої психокорекційної програми, що має на меті зниження рівня аутоагресивної поведінки серед наркозалежних осіб.

Об'єкт дослідження – аутоагресивна поведінка.

Предмет дослідження – індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб.

Відповідно до мети й завдань дослідження було обрано й використано комплекс **методів**: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження аутоагресивної поведінки, зокрема, серед осіб, що страждають залежністю від психоактивних речовин; *емпіричні* – констатувальний та формувальний

експеримент, спостереження, бесіда, тестування; комплекс методик для дослідження індивідуальних особливостей особистості та аутоагресивної поведінки: скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості «Опитувальник Міні-Мульт», «16-ти факторний особистісний опитувальник» Р. Б. Кеттелла (форма А), «Шкала безнадійності» Бека, «Опитувальник суїцидального ризику» (в модифікації Т.Н. Разуваєвої); *методи математичної обробки даних* – t-критерій Стьюдента для зв'язаних вибірок (програма SPSS 22).

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що:

- Поглиблено знання щодо індивідуальних особливостей осіб, що страждають наркозалежністю;
- Констатовано вірогідні аспекти взаємозв'язку індивідуальних особливостей осіб, що страждають наркоманією, з аутоагресивною поведінкою;
- Розроблено програму психокорекції аутоагресивної поведінки, котра може бути застосована в процесі психосоціальної реабілітації наркозалежних осіб.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження можуть бути використані психологами, що працюють із наркозалежними особами (та особами в кризових станах), а також суїцидологами та адиктологами в процесі психосоціальної реабілітації; при наданні кризової психологічної допомоги.

Апробація отриманих результатів. Основні ідеї та результати дослідження були представлені на засіданні випускової для спеціалізації «Практична психологія» кафедри – педагогіки та психології професійної освіти.

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

1.1 Основні теоретико-методологічні підходи до вивчення феномену аутоагресивної поведінки

Аутоагресивна поведінка на сьогоднішній день є досить маловивченим явищем в психології. Проведені останнім часом дослідження в цій області найчастіше, як правило, стосуються лише одного з проявів даної поведінки – суїциду. Про це говорить хоча б той факт, що до сих пір немає єдиного підходу до розуміння терміну «аутоагресивна поведінка» як у вітчизняній, так і зарубіжній психології. Наприклад, ряд дослідників (зокрема, представники психоаналітичної школи) розуміють під цим терміном не тільки явні прояви агресії по відношенню до себе (спроби суїциду, самоушкодження, голодування і т. д.), але й приховані (алкоголізм, наркоманія, захоплення «травматичними» та екстремальними видами спорту)[39].

Тож, психоаналітичний підхід до вивчення феномену аутоагресії відомий ще за часів Фрейда. Зарубіжні послідовники цього напрямку в психології часто називають аутоагресію «turning against the self», тобто «поворотом проти себе самого». На їх думку, аутоагресія являє собою ніщо інше, як захисний механізм психіки, який працює наступним чином: коли людина в стресовій ситуації не може перенаправити агресію на зовнішній об'єкт, який цю агресію викликає (адже від нього, наприклад, може залежати щось важливе – саме тому руйнувати його небезпечно та страшно, або ж людина може зіштовхнутися з осудом та покаранням), вона спрямовує її на інший об'єкт –тоді мова йде про захисний механізм психіки під назвою заміщення, або ж починає руйнувати себе саму

Заміщення це – захисний механізм психіки, який полягає в несвідомій переорієнтації драйву, емоції, стурбованості будь-чим або поведінки з першочергового чи природнього об'єкту на інший, адже його початкова спрямованість за якоюсь причиною тривожно приховується[21].

Заміщення є також психологічним механізмом задоволення потреб особистості за рахунок нейтрального об'єкту, якщо за якихось причин пряме задоволення тієї чи іншої необхідності не є можливим. Воно може проявлятися в різних вербальних, емоційних, рухових реакціях особистості, котрі спрямовані на нейтральний, випадковий об'єкт.

Якщо ж заміщення за якихось причин неможливе, тоді людина може вдаватися до аутоагресивних дій.

Не дивлячись на те, що прояви аутоагресії можуть бути доволі жахливими – психологічно саме цей захисний механізм є більш прийнятним емоційно, ніж визнання перед самим собою справжнього об'єкта, який хочеться «знищити».

Тобто, психоаналітики акцентують увагу лише на внутрішній обумовленості аутоагресивної поведінки.

В. Франкл, з точки зору **екзистенційного підходу**, розглядав появу саморуйнівного мислення як наслідок втрати сенсу життя та свободи людини. Він вважав, що людина сама повинна віднайти свій сенс буття й тільки за цієї умови вона зможе подолати будь-які труднощі та уникнути самознищення [35].

У. Шелдон – відомий американський лікар та психолог, автор конституціональної теорії темпераменту, є яскравим представником іншого підходу до вивчення аутодеструктивної поведінки, а саме **анатомо-морфологічного**. Даний підхід базувався на теорії того, що саме конституційні особливості людини є визначальними в формуванні рис характеру. За результатами проведених досліджень, дійшов висновку, що серед трьох типів конституції тіла (ектоморф, мезоморф та ендоморф) до девіантної та аутоагресивної поведінки найбільш схильні мезоморфи[42].

Е.С. Шнейдман – є одним із засновників сучасної теорії суїциду та представником **феноменологічного підходу**. Він визначає потяг до самознищення не як свідомий рух до смерті, а як спосіб піти від нестерпно болісних емоцій. Також описує основні характеристики суїцидальної поведінки (тяжкий емоційний стан, відчуття безпомічності, безнадія, самотність) та так звані «ключі суїциду»: основні ознаки та маркери, що сигналізують про наближення вчинення людиною самогубства.

Н. Фарберу також є фундатором концепції аутоагресивної поведінки – він акцентує увагу не лише на явищі суїциду, а й на таких деструктивних проявах, як наркоманія та алкоголізм, ризикова та екстремальна поведінка, тощо.

Представником **соціально-психологічного підходу** є А.А. Реан. Він стверджує, що аутоагресія – це складний особистісний комплекс, який проявляється на чотирьох рівнях (субблоках):

- Характерологічний субблок. Рівень аутоагресії корелює з інтроверсією, депресивністю, педантизмом і невротичністю.
- Самооцінний субблок. Між рівнем самооцінки і рівнем аутоагресії існує зворотна залежність.
- Інтерактивний субблок. Рівень аутоагресії залежить від здатності до соціальної адаптації й від успішності міжособистісної взаємодії. Існує позитивна кореляція з сором'язливістю і негативна з товариськістю.
- Соціально-перцептивний субблок. Аутоагресія майже не пов'язана з негативізацією сприйняття інших людей, навпаки, рівень аутоагресії корелює з позитивним сприйняттям інших людей [27].

Серед сучасних дослідників на пострадянському просторі можна відзначити А.Г. Амбрумову і В.А. Тихоненко, що розглядали проблему аутоагресивної поведінки з точки зору соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту, який не вдалося конструктивно вирішити. Такий підхід дозволяє інтегрувати існуючі

численні теорії саморуйнівної поведінки. В рамках даної теорії В.А. Тихоненко визначає деструктивну поведінку як один з видів діяльності і виявляє наявність її внутрішніх і зовнішніх форм. До внутрішніх детермінант відносяться пасивні аутоагресивні думки, уявлення, переживання, задуми, а до зовнішніх – деструктивні дії. Ґрунтуючись на даному підході, можна досліджувати різні стадії аутоагресивної поведінки, в тому числі й на рівні тенденцій, що поки вивчено недостатньо.

Пилягіна Г.Я. вважає, що виникнення аутодеструктивних проявів в поведінці людини майже завжди зовнішньо обумовлене, та формується в три етапи:

- Фрустрована людина, що має внутрішній конфлікт (в процесі формування) та подавляє свою агресію й водночас відкидає свої соціалізовані інтроекти.
- Психотравмуюча ситуація, в котрій реалізуються захисні патерни поведінки, що обумовлені вищезгаданим особистісним конфліктом.
- Зворотній негативний зв'язок – певні невиправдані очікування по відношенню до об'єкту, що збільшує напругу ситуації, агресивність суб'єкта та необхідність вирішення особистісного конфлікту [24].

Дана теоретична модель робить акцент саме на зовнішній обумовленості аутоагресії.

Мотиви, форми й види аутоагресивної поведінки, в тому числі й серед наркозалежних, досить різноманітні. Через це, на мою думку, доречно аналізувати загальні теоретичні моделі, задля розуміння причин та мотивів аутоагресії. Підсумовуючи аналіз наукових джерел за даною темою, можна зробити висновок – на сьогоднішній день найбільш актуальною є біопсихосоціальна модель. Це узагальнена модель (або підхід), фундаментом якої є твердження, що в розвитку майже будь-якого психічного (і не тільки психічного) розладу важливу роль грають як біологічні (генетичні, анатомічні, фізіологічні, біохімічні) порушення, так і психологічні та соціальні фактори [37].

До психологічних відносять особливості мислення та емоційних станів, різноманітні психологічні захисні механізми, тощо. До соціальних – культурні особливості, соціально-економічні фактори та специфіку мікросоціального оточення та соціалізації особистості.

Тож, загалом біопсихосоціальні моделі розглядають прояви аутоагресивної поведінки в трьох вимірах:

- Соціум (в першу чергу – мікросоціум, тобто сім'ю, друзів, товаришів, найближче оточення)
- Індивідуум та особистість (особливості особистісної структури, психологічні характеристики, схильність до тих чи інших форм поведінки, когнітивні стилі, поведінкова і психологічна стійкість до стресів, здатність долати труднощі і т.д.)
- Біологічні аспекти (психофізичні дані, темперамент, нейробіологічні механізми й генетичні фактори, що лежать в їх основі) [29].

1.2 Основні види та форми прояву аутоагресивної поведінки

За видами аутоагресивну поведінку можна класифікувати наступним чином:

Суїцидальна поведінка. Українська дослідниця Пилягіна Г.Я. пропонує диференціювати поняття «аутоагресія» та «суїцидальна поведінка», наголошуючи на тому, що формування суїцидальної активності є певним видом та одним із варіантів прояву аутоагресії та саморуйнівних еквівалентів аутодеструктивної поведінки на ряду с наркоманією, алкоголізмом та деякими іншими девіантними формами поведінки [24].

Суїцид (самовбивство) – це навмисне позбавлення себе життя [10]. Навмисне – тобто, свідоме та, як правило, самостійне й добровільне. Таким чином, суїцидальна поведінка – це будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, що вмотивовані бажанням самогубства [16].

Автори особливо підкреслюють, що термін «поведінка» об'єднує різноманітні внутрішні (в тому числі й вербальні) і зовнішні форми психічних актів, які, згідно з сучасними психологічним поглядам, знаходяться у відносинах генетичної близькості. Відповідно, суїцидальна поведінка поділяється на внутрішню і зовнішню (за формами вияву) та на власне завершений суїцид. Внутрішні форми суїцидальної поведінки включають в себе: суїцидальні думки, уявлення, переживання, а також суїцидальні тенденції, які поділяються на задуми й наміри. Практично доцільно користуватися трьома стадіями цієї шкали, причому виділяти перед ними, особливий, недиференційований «ґрунт» у вигляді антивітальних переживань. До них відносяться роздуми про відсутність цінності життя, які виражаються в таких фразах як: «жити не варто», «не живеш, а існуєш» тощо, де ще немає чітких уявлень про власну смерть, а є заперечення життя. Перша фаза – пасивні суїцидальні думки, що характеризується уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, але не на тему позбавлення себе життя як самостійного акту. Прикладом цього являються висловлювання: «добре б померти», «заснути і не прокинутися» і так далі. Друга фаза – суїцидальні задуми. Це активна форма прояву суїцидальності, тобто тенденція до самогубства, глибина якої наростає паралельно етапу розробки плану її реалізації. Детально обдумуються способи суїциду, час і місце самого акту. Третя фаза (суїцидальні наміри) – розуміє під собою приєднання до задуму рішення й вольового компоненту, який спонукає до безпосереднього переходу у зовнішню поведінку. Зовнішні форми суїцидальної поведінки включають в себе суїцидальні спроби й власне завершені суїциди. Суїцидальна спроба це цілеспрямоване оперування кошти-ми позбавлення себе життя, що не закінчилося смертю. Суїцидальна спроба і суїцид в своєму розвитку проходять дві фази. Перша – зворотна, коли суб'єкт сам або при втручанні оточуючих осіб може припинити спробу. Друга – незворотна. Хронологічні параметри цих фаз залежать як від намірів суїцидента, так і від способу замаху на життя [2].

Розлади харчової поведінки. Розлади прийому їжі (порушення харчової поведінки) – це клас психогенно обумовлених поведінкових синдромів, пов'язаних з порушеннями вживання їжі. У числі інших, до цих розладів відносять нервову анорексію, нервову булімію, психогенне переїдання, а також ряд інших розладів. Порушення харчової поведінки відносяться до психічних розладів [22].

Згідно МКБ-10 виділяється кілька видів розладів прийому їжі:

➤ Нервова анорексія (F50.0) являє собою розлад, що характеризується навмисним зниженням та нав'язливим контролем ваги, що викликається та підтримується самим пацієнтом. Крім того, виділяють атипову нервову анорексію (F50.1), коли відсутні один або більше з ключових ознак нервової анорексії, такі як аменорея або значна втрата ваги, але в іншому клінічна картина є досить типовою.

➤ Нервова булімія (F50.2) являє собою розлад, що навпаки, характеризується нападами переїдання і надмірною заклопотаністю контролюванням ваги тіла, що спонукає хворого до прийняття крайніх заходів для «знешкодження» впливу на фігуру з'їденої їжі. Цей термін обмежується тією формою розладу, яка пов'язана з нервовою анорексією, фактично розділяючи з нею загальні психопатологічні ознаки. Виділяють також атипову нервову булімію (F50.3), коли відсутні один або більше ознак з числа ключових для нервової булімії, але в іншому клінічна картина досить типова. Найчастіше це відноситься до людей з нормальною або навіть надмірною вагою, але з типовими періодами переїдання, що супроводжуються навмисно спровокованою блювотою або прийомом проносних засобів.

➤ Психогенне переїдання (F50.4), що приводить до появи зайвої ваги і є реакцією на дистрес. Може бути наслідком втрати близьких, нещасного випадку, хірургічної операції й емоційного дистресу, особливо у осіб, схильних до повноти.

➤ Психогенна блювота. Крім навмисно спровокованої блювоти при нервовій булімії, вона може мати місце при дисоціативних розладах (F44), іпохондрії (F45.2), де вона може бути одним із соматичних симптомів.

Існують також й інші розлади прийому їжі:

➤ Поїдання неїстівних предметів неорганічного походження у дорослих (F50.6)

➤ Психогенна втрата апетиту (F50.8)

Розлади прийому їжі не обмежуються виділеними в МКБ-10 видами. Існує ряд інших видів, про які в науці поки не склалося єдиної думки, але які тим не менше мають власні назви і обговорюються в науковій літературі:

Алотріофагія – це поїдання неїстівних речовин. Хворі часто ковтають вкрай небезпечні і гострі предмети: скла, цвяхи і т. д. У більш м'якій формі розлад спостерігається у вагітних жінок як наслідок ендотоксикації.

Діабулімія – розлад харчової поведінки, при якому люди з діабетом першого типу свідомо вводять собі меншу дозу інсуліну, ніж їм необхідно, або взагалі припиняють приймати інсулін з метою зниження ваги.

Дранкорексія – це розлад харчової поведінки, що характеризується переходом людини на так звану «алкогольну дієту», коли прийом їжі замінюється прийомом алкоголю з метою навмисного зниження ваги або контролю над ним.

Нервова орторексія – це нав'язливе бажання правильно харчуватися, їсти тільки здорову їжу.

Обсесивно-компульсивне переїдання – переїдання, що пов'язане з ОКР і є компульсивним ритуалом в його рамках.

Прегорексія – розлад харчової поведінки у вагітних. Слабо вивчене явище. Інформації по ньому мало і вона не систематизована. Для прегорексії характерні: навмисна відмова від прийому їжі з метою збереження стрункості фігури, неадекватна поведінка вагітних жінок, прагнення приховувати живіт й не набирати зайву вагу, захоплення виснажливими вправами [18].

Хімічна залежність. Хімічна залежність – це той вид залежної (або адиктивної) поведінки, котра характеризується звиканням людини до вживання психоактивних речовин. Під психоактивною речовиною ми розуміємо будь-яку речовину, до складу якої входять хімічні елементи, що мають властивість впливати на діяльність ЦНС. Цими речовинами можуть бути не лише наркотики та алкоголь, але й різні хімікати або ж психотропні фармакологічні препарати, котрі можна придбати в аптеці. Коли психоактивна речовина потрапляє до організму людини, вона певним чином входить в його постійний метаболізм. Коли ж дія на ЦНС припиняється, настає так званий синдром відміни, або ж абстиненція. Саме вона є першим проявом формування фізичної залежності від психоактивної речовини[8]. Фізичну залежність (навіть не дивлячись на тривогу, компульсивний потяг та ейфорійну пам'ять) реально здолати. З часом всі ці проблеми будуть все менш і менш вираженими, однак головною проблемою хімічно залежних є психічна залежність, що формується спочатку на фоні відчуття ейфорії, а коли резистентність вже не дозволяє відчувати задоволення від вживання – то як наслідком тієї психічної та психологічної деформації особистості, що відбулася за період вживання наркотиків або ж алкоголю. Досить часто первинний потяг до вживання наркотиків (а особливо – важких, ін'єкційно) пов'язують з домінуванням аутодеструктивних мотивів. Надалі ж – аутоагресія розвивається на фоні загальної соціальної та особистісної дезадаптації, стану тяжкої ендогенної депресії, почуттям власної нікчемності, огидою до себе, але й в той же час – внутрішнього психологічного конфлікту. Адже здається, що життя вже ніколи не стане таким яскравим: все задоволення від існування, яке людина лише може собі уявити, буде постійно порівнюватися з тією ейфорією від ін'єкції, не в користь звичайній радості. Тож, залишається або продовжувати своє сіре тверезе існування в ремісії, або ж знищити себе. Багато з тих, хто є залежним від опіатів, готові заплатити за задоволення ціною власного життя.

Аутична поведінка. Досить часто прояви аутоагресивної поведінки зустрічаються у дітей з розладами аутичного спектру та психічною депривацією, в деяких випадках вони можуть зберігатися й у дорослому віці.

Аутоагресивна поведінка характерна для психічно депривованих дітей (особливо – для дітей із дитбудинків). Вона носить примітивний імпульсивний характер та посилюється внаслідок втрати уваги дорослого. Її репертуар є досить обмеженим: дитина може битися головою об стіл або ж дряпати себе. Характерним є депресивний та агресивний емоційний фон. Часто така поведінка глибоко не усвідомлюється дитиною та не супроводжується фантазуванням. В деяких випадках аутоагресія може бути заміщена на власне агресію, що буде спрямованою на зовнішні предмети або інших людей. Зазвичай аутоагресивні прояви повністю припиняються, коли доросла людина приділяє дитині увагу. В більш старшому, шкільному віці аутоагресія може стати одним із деструктивних елементів близького емоційного контакту із дорослими (наприклад, під час розмови, попри сміх, дитина може бити себе по лицю, тощо). Основний конфлікт полягає в тому, що дитина проявляє потяг до тісного психологічного контакту з дорослим, та в той же час не переносить його через недовіру, бо не може чітко та визначено сприйняти його як «свого» або «чужого»[3].

У дітей з розладами аутичного спектру структура та динаміка аутоагресивної поведінки має велику варіативність та більш складно організована, а фактори, що її провокують є менш очевидними.

Найчастіше специфіка поведінки при розладах аутистичного спектру супроводжуються спалахами неконтрольованої агресії. Вона виникає не за бажанням дитини, а через приховані біологічні процеси, що викликаються невідладними нейронними імпульсами. При цьому реактивна поведінка є звичайним рефлексом.

Агресія та аутоагресія є головними проблемами, що виникають при спробах комунікації з соціумом, виконанні невербальних дій, реакції на подразники зовнішнього світу. Науково доведено, що при аутизмі рівень

агресії вище, особливо по відношенню до близького оточення (сім'я, друзі, педагоги і т.д.). При цьому фактором ризику є вік: чим молодша дитина, тим більше вона схильна до агресивної реакції.

Найвищий ризик руйнівної активності спостерігається у дітей з аутизмом, для яких характерна наявність великої кількості повторюваних дій, стереотипів, проблем з соціальною взаємодією.

Фанатизм може проявлятися у вигляді участі в певних деструктивних релігійних культах, сектах, або ж серед завзятих та фанатичних вболівальників деяких видів спорту. Наприклад, коли людина рішуче кидається в агресивно налаштований натовп, тощо[19].

Віктимність. Віктимність – це схильність ставати жертвою злочину. Це також стійка властивість особистості ставати жертвою обставин, злочинів частіше ніж інші люди або в тих умовах, які для більшості людей є нейтральними[23].

Поняття віктимності широко вживається в позитивістській віктимології. У сучасній західній віктимології термін майже не використовується, а допущення, що вчинення злочину може певним чином залежати від поведінки жертви, наражається на гостру критику як звинувачення жертви, особливо з боку представників руху за права жінок. Вони вважають – жертва ні за яких обставин не хоче усвідомлено (або ж неусвідомлено) бути жертвою. Ідеї можливих мазохістських нахилів та теорії віктимної поведінки також наражаються на гостру критику з боку громадськості, що значним чином гальмує розвиток психологічних досліджень даного феномену. Оскільки саме жінки найчастіше стають жертвами домашнього насильства та зґвалтувань, у своїй боротьбі за гендерну рівність громадські активісти досить однозначно нівелюють саму ідею віктимної поведінки, наголошуючи на тому, що це начебто суттєво знімає провину з насильника та виправдовує його, що, на мою особисту думку, не є логічним. Зі свого практичного досвіду я досить часто спостерігала стійкі установки (які інколи навіть чітко усвідомлювалися) на

«самознищення» серед жінок, що знаходилися в співзалежних стосунках з нарко- та алкозалежними чоловіками та досить часто ставали жертвами домашнього насильства (як психологічного так і фізичного). Будучи фінансово незалежними та маючи змогу не знаходитися в так звані «кризові» періоди на одній території з потенційно небезпечною особою в стані наркотичного або алкогольного сп'яніння, а також маючи гіркий досвід фізичних знущань, - вони не могли навіть епізодично дистанціюватися від можливої небезпеки, а навіть й навпаки: розпочинали досить емоційно з'ясовувати стосунки, що традиційно та передбачувано для них самих завершувалося побиттям. Вийти з таких стосунків вони не могли роками, з одного боку – страждаючи, а з іншого – маючи в цьому глибинну психологічну потребу. Розуміння психологічних аспектів співзалежності, особливостей внутрішніх конфліктів (як «жертв», так й «агресорів»), мотивів (свідомих та несвідомих) допомогло б знайти відповідь на питання «Чому я обираю це для себе та що з цим робити?»[28]. Також цікавою була б, на мою думку, спроба розглянути співзалежну поведінку як одну із форм прояву аутоагресії, адже созалежні стосунки є досить екстремальними навіть у щоденному побуті, наприклад: стан постійного остраху та тривоги щодо вживання партнером наркотиків; нехтування використанням бар'єрних методів контрацепції знаючи, що сексуальний партнер наразі вживає ін'єкційні наркотики та є потенційно ВІЛ-інфікованим; спостерігаючи агресивну поведінку щодо себе не відбуваються спроби втекти; демонстрація суїцидальної поведінки через переживання тяжких стосунків, тощо.

Екстремальні види спорту. Спочатку екстремальними видами спорту називалися найбільш небезпечні для життя людини заняття, що були спрямовані на протиборство з природою: сніговими лавинами, океанськими хвилями і нескореними вершинами гір. Серед перших екстремальних спортсменів були альпіністи. Сьогодні найкрутіші екстремали катаються на сноубордах по скелястих льодовиках, вистрибуючи на них з вертольота (фрірайд); балансують на гігантських хвилях, використовуючи для

прискорення парашути (кайтінг), і виконують трюки на дошці у вільному падінні (скайсерфінг). Однак всі ці види спорту є досить дорогим задоволенням. Тому серед сучасної молоді все активніше поширюються освоєння кам'яних джунглів. Так з'явилися екстремальні заняття, як: «зацепінг» – подорож на поїздах із зовнішнього боку; паркур - швидкісне подолання міських перешкод (заборів, стін, стрибки через автомобілі), «руфрайдінг» – катання на дахах поїздів та автобусів, тощо.

Слово «екстрим» запозичене з англійської мови (extreme) і дослівно перекладається як «крайній», «граничний». Зазвичай екстремальними називають дії, пов'язані з небезпекою для людського життя. Однак психологія екстриму неоднозначна. Для багатьох вона полягає в отриманні гранично гострих відчуттів, балансуванні на межі життя і смерті, яке приносить ні з чим не порівнянне задоволення. Але в ряді випадків заняття екстримом є проявом аутоагресії, тобто активного бажання заподіяти собі шкоду – як фізичну, так і психічну. Найчастіше людина може навіть не усвідомлювати цей факт.

До саморуйнівної поведінки людину може штовхати завуальована депресія, яка накопичувалася роками, - саме таким чином людина може займатися самолікуванням. Найчастіше за зневірою ховається так званий «антивітальний» настрій, який є проявом прихованої депресії, а можливо й раннім етапом суїцидальної поведінки[26].

Неявні ознаки суїциду фахівці називають хронічними. До такого роду самогубців можуть відноситися не лише люди, які зловживають психоактивними речовинами або хворі, які відмовляються від лікування серйозної хвороби, а також любителі екстремальних видів спорту.

Однак екстрим не лікує депресію, а тільки погіршує психічний розлад. Така шокова терапія подібна до практики середньовічної психіатрії, коли хворого лякали скорпіонами і обливали крижаною водою.

Ще однією причиною екстремальних суїцидальних нахилів може бути громадська думка. Досить часто в інформаційному просторі навколо

суїцидальної тематики транслюють романтизований ореол. Для підлітків смерть може бути одним із варіантів протесту проти світу.

Людам з суїцидальними нахилами властиві імпульсивність в прийнятті рішень, перепади настрою – від зневіри до нестримного азарту, агресивність – як в діях, так і на словах. Також в групі ризику знаходяться люди, у яких в родині були спроби самогубства.

Звичайно ж, далеко не всі люди, що займаються екстремальними видами спорту, приховані самогубці. Але де межа? Норма і психічна патологія відокремлені один від одного мірою усвідомленого і виправданого ситуацією ризику. При оцінці психічного стану враховується мотивація людини. Чого вона хоче домогтися своєю поведінкою? Одна справа – це побудувати спортивну кар'єру. Зовсім інша – егоцентричний намір показати себе або бажання піти від проблем. Можлива й демонстративно-шантажна мотивація – тобто, бажання отримати користь зі співчуття глядачів. Наприклад, можна використати страх коханої дівчини як шлях до її серця.

Самопошкодження або *self-harm*. Самопошкодження – це навмисне пошкодження свого тіла через внутрішні причини, що не має на меті суїцидальних намірів. У 80% випадків селфхарм проявляється у вигляді травматизації шкіри – нанесенні порізів, проколів, тощо. Також зустрічаються обпалення, вживання токсичних речовин, нанесення собі ударів, видирання волосся, тощо. Найчастіше травмуються ті ділянки тіла, котрі легше приховати під одягом (руки, ноги, живіт). Вживання психоактивних речовин відносити до самопошкодження не зовсім коректно, адже в даному випадку травматизація відбувається неумисно, та є наслідком вживання наркотиків чи алкоголю. Серед людей, що практикують самопошкодження є досить високий ризик суїцидальної поведінки. Тривога та депресія – часті супутники селфхарму [14].

Самопошкодження часто зустрічається у людей, що страждають певними психічними розладами:

При obsесивно-компульсивному розладі – може бути проявом компульсії при трихотіломанії, як реакції на тривогу, або ж задля того, щоб «покарати» себе за певні дії та думки.

При синдромі дереалізації-депресоналізації, задля того, щоб відчутися себе та своє тіло «живим» в цій реальності.

При деяких пограничних особистісних розладах, що може нести демонстративний характер.

1.3 Індивідуальні особливості прояву аутоагресії в наркозалежних осіб

Коли мова йде про особливості прояву аутоагресивної поведінки у наркозалежних – в першу чергу вважаю доцільним акцентувати увагу на специфіці їх особистісної структури.

Наркозалежність – це один із видів адиктивної поведінки, коли в ролі адикту виступають наркотики (заборонені психоактивні речовини, що виробляються «кустарним» методом) і/або психотропні фармакологічні препарати [32].

Найчастіше в пастку наркозалежності потрапляють особистості адиктивні.

Адиктивність – це психологічна структура особистості, що характеризується втечею від природних емоцій та залежністю від деяких біологічно активних речовин або ж фіксації на певних видах діяльності.

Адиктивність за видами прояву буває хімічна (залежність від психоактивних речовин) та поведінкова (трудоголізм, лудоманія, залежність від спорту, шопінгу тощо). Розлади харчової поведінки займають проміжне місце.

Особистісними особливостями, що схиляють до адиктивної поведінки, є наступними:

- Знижена переносимість повсякденних складнощів життя, що поєднана з гарною переносимістю кризових ситуацій;
- Прихований комплекс неповноцінності, поєднаний із зовнішнім «фасадом» зверхності;
- Зовнішня соціабельність, разом із страхом перед стійкими емоційним контактами;
- Схильність до брехні;
- Схильність звинувачувати інших в своїх проблемах, знаючи, що насправді вони невинні;
- Схильність тікати від відповідальності за прийняття рішень;
- Стереотипність поведінки;
- Залежність;
- Тривожність;
- Ірраціональність в сфері міжособистісних відносин [40].

Суть адиктивної поведінки полягає в прагненні людини змінити свій психічний стан за допомогою прийому різних видів психоактивних речовин та фіксації уваги на певних видах діяльності. Процес вживання наркотичних речовин формує залежність, що поступово починає контролювати життя людини та знижує її мотивацію цій адикції протидіяти.

Адиктивна поведінка формується поступово та проходить кілька стадій. Початкова стадія тісно пов'язана з відчуттям гострої зміни психічного стану людини. Далі формується стійка послідовність постійного вживання психоактивних речовин – будь-який дискомфортний стан стає провокуючим стимулом. На останній стадії адикція повністю визначає поведінку залежної людини, руйнує її здоров'я, психіку, стосунки з оточуючими.

Тож, адиктивні особистості об'єднані спільною проблемою, котра накладає відбиток на спосіб життя, діяльність та відносини.

Істотним чинником, що також впливає на формування «наркотичної особистості», на думку багатьох авторів є наявність девіацій в преморбідній фазі, особливо відзначаються особистісні розлади: нарцисичний та

антисоціальний, та їх комбінація за діагностикою на американський манер: коли нарцис проявляє антисоціальні мотиви та є схильним до девіантної поведінки, порушення законів та правил, - тоді мова йде про психопата, як варіант поєднання нарцисичних та антисоціальних рис[33]. На пострадянському просторі термін «психопат» є утворенням від застарілої на сьогоднішній день назви особистісних розладів – «психопатії», тому можлива деяка термінологічна плутаниця. Також серед наркозалежних часто зустрічаються істероїдні особистості. Окрім особистісних, поширені також й афективні розлади, а особливо – біполярний афективний розлад. Досить часто в фазі депресії хворі можуть захоплюватися вживанням психостимуляторів задля «покращення стану».

Коли адикція вже знаходиться на етапі формування, відбуваються специфічні та характерні саме для наркозалежних порушення з боку психічної діяльності, що також суттєвим чином деформує особистість, впливаючи на свідомість залежного та його поведінку, в тому числі – аутоагресивну.

Формування залежності

Процес формування власне залежності від психоактивних речовин характеризується наступними синдромами:

1. Синдром зміненої реактивності.

Симптоми:

- Зникнення захисних знаків. Якщо розглядати цей симптом на прикладі опіатних наркоманів, то проявлятися він буде таким чином: якщо кілька перших ін'єкцій героїну будуть одразу провокувати сильну та часту нудоту та не будуть супроводжуватися відчуттям ейфорії, то вже після приблизно третьої ін'єкції ця захисна реакція організму зникає.
- Зміна форм вживання психоактивної речовини (далі – ПАР)[4].

Можна виділити наступні форми вживання ПАР:

1) Епізодичне вживання. Якщо мова йде, наприклад, про алкогольні напої, то наркологи не вважають цю форму патологічною. Вживання опіатів майже ніколи не носить епізодичний характер.

2) Псевдопричинне вживання. Ця форма характеризується тим, що людина починає вживати ПАР лише за певним приводом. Характер цих «причин» може бути різноманітним та може мати як позитивний (свято, отримання премії на роботі, тощо), так і негативний (конфлікти в родині та на роботі, втрата близької людини) зміст. Стосовно опіодів, то ця форма є більш характерною при вживанні таблетованої синтетики (наприклад, трамадолу), котра часто змішується з алкоголем.

3) Постійна форма вживання. Ця форма є особливо характерною для вживання опіатів. За цієї форми людина вживає наркотик незалежно від зовнішніх обставин. Саме для цієї форми вживання стає характерною клінічна депресія, яка з'являється на фоні порушення ендорфінового нейромедіаторного обміну.

4) Змішана форма.

➤ Зміна толерантності, яка характеризується зміною стійкості до переносимості психоактивної речовини та залежить від стадії власне самої залежності.

➤ Зміна картини наркотичного або алкогольного сп'яніння. Якщо на першій стадії залежності людина відчуває сильну ейфорію після вживання наркотику, то вже на третій стадії стан ейфорії є повністю відсутнім.

2. *Синдром залежності*

Всі вищеписані симптоми, в ході постійного прогресування призводять до формування власне синдрому залежності.

Синдром залежності умовно можна розділити на два типи: психічна і фізична залежність.

Психічна залежність виникає одразу після початку вживання наркотичних речовин та виражається в постійних думках про наркотик,

відчуттям пригнічення при відсутності психоактивної речовини, та навпаки – радісному настрої перед вживанням. Цей синдром не легко діагностувати, адже в більшості випадків наркозалежні люди мають установку на дисимуляцію.

Дисимуляція – це поведінка, протилежна симуляції: пов'язана з установкою на приховування, затушовування хвороби, її симптомів або окремих проявів. Частіше як симптом зустрічається при психічних розладах та наркоманії [11].

Психічний потяг до наркотику визначає настрій людини, її емоційний стан, погляд на життя. Наркозалежна людина на фоні формування феномену ейфорійної пам'яті починає неадекватно позитивно оцінювати все те, що пов'язано з наркотиками, та надто негативно сприймати те, що заважає продовжувати вживати. У неї з'являється стале відчуття, наче їй постійно чогось не вистачає. В духовному аспекті виникає емоційно насичена прив'язаність, котра знижує цінність минулих інтересів. Психічна залежність наче перебудовує життєві цінності та інтереси, відносини з іншими людьми, змінює соціальну орієнтацію особистості [20].

На пізніх стадіях залежності стан психічного комфорту – це не стільки відчуття задоволення та ейфорії, скільки спроби уникнути болісного та пригніченого стану

Часто психічна залежність описується в підручниках як стан психологічного дискомфорту через неможливість вживання психоактивної речовини. Проте, я вважаю це визначення не зовсім вдалим. Справа в тому, що під час прояву синдрому психічної залежності людина не надто глибоко усвідомлює та диференціює цей стан психологічного дискомфорту за відсутності наркотику. Психічна залежність по факту проявляється в постійній фоновій присутності нав'язливого потягу до вживання, як було описано вище. Тож, це більше схоже на відчуття невпевненості: чи варто вжити наркотик або не варто? Активація цього стану відбувається декілька разів на добу (залежить від того, яка психоактивна речовина вживалася) і

далеко не завжди людина може помітити цю активацію. Психічно здорова людина навряд чи зможе зрозуміти ці відчуття, проте можна навести таку аналогію. Уявіть собі, що ви зранку виходите з квартири та йдете на роботу. І от, ви стоїте на зупинці міського транспорту і раптом з'являється нав'язлива думка: а чи вимкнута праска? Так або ні? Можливо так... а можливо й ні! І ви наче пам'ятаєте, що вимикали її, проте ці нав'язливі думки ще не один раз за день будуть з'являтися у вашій голові. І кожного разу, думаючи про цю праску, ви будете відчувати тривогу. Цей приклад дещо схожий на той стан, у котрому опиняється людина, яка страждає від обсесивно-компульсивного розладу (безумовно, під час проявів ОКР симптоматика є більш вираженою та специфічною, проте загальна схема подібна). Отже, цей стан «можливо так, а можливо й ні» і характеризує нав'язливий потяг до вживання наркотичних речовин. А сказати собі «так» спокушає та сама ейфорійна пам'ять, яка довго ще буде про себе нагадувати. Тож, психічна залежність носить обсесивний характер.

Обсесія – це синдром, котрий являє собою стан, коли небажані та неусвідомлені думки, ідеї та уявлення періодично (тобто, в невизначені проміжки часу) з'являються в свідомості людини [41].

Людина фіксується на цих нав'язливих думках, вони здатні викликати сильний дистрес. Позбавитися або керувати обсесіями досить складно.

Фізична залежність – це наркоманічний синдром, що з'являється на певній стадії розвитку хвороби та включає в себе фізичний (компульсивний) потяг, здатність досягнення стану фізичного комфорту під час інтоксикації та абстинентний синдром.

Компульсія (від лат. *compello* - «примушую», англ. *compulsive* - «нав'язливий», «примусовий») – це синдром, що являє собою нав'язливу поведінку, яка виникає періодично, через довільні проміжки часу. Це дії, які, як людина відчуває, вона змушена виконувати [41].

Компульсивний потяг виражається в нездоланному прагненні вжити психоактивну речовину та досягає свого максимуму на рівні всіх інших

вітальних потягів (відчуття голоду, спраги, тощо). Сексуальний потяг на цьому етапі хвороби, як правило, вже практично відсутній. Компульсивний потяг здатний займати всю свідомість наркозалежного, він не тільки визначає емоційний фон людини, а й диктує тип поведінки, подавляючи мотиви та контроль, що заперечують цей потяг. За умовами виникнення компульсивний потяг буває трьох видів:

1. Компульсивний потяг, який виникає поза інтоксикацією, коли людина не вживає наркотик, тобто, знаходиться в ремісії. Не є першою ознакою абстиненції, бо: по-перше, може проявлятися на стадії хвороби, коли синдром відміни ще не сформований, а по-друге, компульсивний потяг може виникати навіть при тих нечастих формах наркоманії, при яких абстинентний синдром взагалі відсутній (наприклад, при вживанні ЛСД). При відсутності своєчасної допомоги, компульсивний потяг, що виникає поза періодом інтоксикації, може призвести до рецидиву хвороби або ж до вживання іншого виду психоактивної речовини. Особливістю компульсивного потягу є те, що чужерідна наркотизація здатна зменшити потяг, але ніколи не призведе до стану досягнення повного фізичного та психічного задоволення. Тож, враховуючи вищесказане, компульсивний потяг має дві основні особливості, що відрізняють його від obsесивного потягу:

- висока інтенсивність, яка досягає рівня вітального потягу, який здатний заповнювати собою майже весь зміст свідомості;
- специфічність, яка полягає в тому, що компульсивний потяг може бути нейтралізований лише за допомогою вживання тієї наркотичної речовини, котра спричинила його появу.

2. Компульсивний потяг, який входить в структуру абстинентного синдрому.

3. Компульсивний потяг, що виникає під час інтоксикації, та є характерним не для всіх видів наркоманії. Цей вид потягу виникає за таких видів наркотичного сп'яніння, для яких характерна та чи інша ступінь

замутнення свідомості та оглушення. В першу чергу це ті форми наркоманії, котрі розвиваються при зловживанні снодійними та психостимуляторами. З меншою частотою виникає при інтоксикації транквілізаторами і ніколи при опіоманії[5].

Здатність досягати стану фізичного комфорту при інтоксикації характеризується відсутністю поза наркотизацією відчуття фізичного благополуччя (відсутність психічного благополуччя, природньо, також присутня як прояв синдрому психічної залежності, котра вже сформована ще до моменту появи абстиненції). Для досягнення задовільного фізичного стану та дієздатності наркозалежній людині необхідно вжити певну індивідуальну дозу наркотичної речовини, котра не буде провокувати стану ейфорії, проте необхідна хоча б задля підтримання стану фізичного благополуччя.

Отже, підсумовуючи вищеописане, маємо наступне: адиктивна особистість, що є імпульсивною та схильною до наркотизації та алкоголізації, як способу втечі від реальності та знаходиться в стані клінічної (тобто, в першу чергу ендогенно спровокованої) депресії, з підвищеним рівнем тривоги та компульсивом. Компульсивну поведінку, на мій погляд, слід розглядати в даному випадку в ракурсі «захисного» механізму психіки – тобто, як природню реакцію людини на тривогу з метою зниження рівня її враженості та досягнення стану максимально можливого емоційного та фізичного комфорту. Фазу подолання стану абстиненції я свідомо не акцентую – об'єктивно оцінити психологічний стан наркозалежної людини можна лише на тому етапі, коли синдром відміни вже в минулому (хоча й на його фоні задля отримання доступу до наркотику людина може вдаватися до різних актів самопошкодження – але, переважно, з маніпулятивною метою). Очевидно, що даний набір станів та характеристик тісно корелює з підвищеним ризиком формування аутоагресії.

На етапі вживання ін'єкційних наркотиків людина може наносити собі глибокі порізи вздовж вен, на яких видно місця проколів (це так звані «дороги»), задля маскування синців. Це не є істинним селфхармом, хоча

якщо наркозалежного вже «піймали за руку» на вживанні наркотиків – він може з маніпулятивними цілями демонструвати пошкодження, роблячи акцент на складних життєвих обставинах, які йому важко пережити. Проте майже ніколи до цих обставин не буде відноситися вживання наркотику – цю тему, як правило, максимально приховують та знецінюють її тяжкість. Або ж зовсім за проблему не визнають[12].

Синдром відміни при опіоманії схожий на тяжкий грипоподібний стан, що супроводжується високою температурою, розладом шлунку, гіпергідрозом. Характерним є сильний шкірний свербіж – на тілі можна побачити подряпини, що є, насправді, слідами від розчісувань. Коли абстинентний синдром вже подоланий й людина перестає відчувати фізичний біль, вона в повній мірі починає відчувати на собі прояв тяжкої депресії, постійну фонову тривогу та компульсивний потяг.

Перші півроку аутоагресія без належної психологічної корекції та психотерапевтичної допомоги може мати досить тяжкі форми вираженості й доходити до суїциальної поведінки. На повне відновлення нейромедіаторного обміну в середньому необхідно близько двох років. Саме цей проміжок часу є найбільш уразливим. Досить часто залежні люди, знаходячись в стані ремісії, прагнуть «замінити» один свій улюблений вид наркотику на інший – активно прагнуть почати нові романтичні стосунки (хоча й в рекомендаціях зазвичай застерігають від пошуку партнерів в перший рік ремісії – це може стати сильним тригером «зриву»), з головою пірнути в різні релігійні та духовні рухи, стаючи при цьому фанатичною жертвою сектантського руху, або ж почати займатися екстремальними видами спорту, підмінюючи адреналіном ендорфіновий «вибух» в свідомості. Також часте захоплення залежних в ремісії – татуювання, котрі можуть в сукупності займати від 40-50% й більше площі шкіри. Все може починатися із символічного зображення, а надалі спинитися стає просто неможливо – задоволення викликає сам процес нанесення[9].

Через два-три роки психічний стан вирівнюється – депресія відступає, тривога стає все меншою, а компульсивний потяг до «кайфу» все слабшим. Стан зміненої свідомості починає поступово забуватися. Проте, якщо не віднайти конструктивне джерело щастя та отримання задоволення від життя, не навчитися адаптивним способам саморегуляції в стресових ситуаціях – алгоритм «самознищення» може знов нагадати про себе.

Висновок до першого розділу

Отже, за результатами аналізу основних теоретико-методологічних підходів до вивчення феномену аутоагресивної поведінки можна зробити наступні висновки:

1. Аутоагресивна поведінка на сьогоднішній день є досить маловивченим явищем в психології. Проведені останнім часом дослідження в цій області найчастіше, як правило, стосуються лише одного з проявів даної поведінки – суїциду. Про це говорить хоча б той факт, що до сих пір немає єдиного підходу до розуміння терміну «аутоагресивна поведінка» як у вітчизняній, так і зарубіжній психології.

2. Найбільш актуальними на сьогоднішній день є наступні підходи до вивчення феномену аутоагресії: психоаналітичний, екзистенційний та соціально-психологічний. Особливу увагу сучасні дослідники також приділяють біопсихосоціальній моделі, оскільки вона є максимально інтегративною. Це узагальнена модель (або підхід), фундаментом якої є твердження, що в розвитку майже будь-якого психічного (і не тільки психічного) розладу важливу роль грають як біологічні (генетичні, анатомічні, фізіологічні, біохімічні) порушення, так і психологічні та соціальні фактори.

3. Основними видами аутоагресивної поведінки можна назвати наступні: суїцидальна поведінка, розлади харчової поведінки, хімічна

залежність, аутична поведінка, фанатизм, віктимність, захоплення екстремальними видами спорту та самопошкодження.

4. При оцінці індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки серед наркозалежних необхідно акцентувати увагу на особливостях адиктивної особистісної структури, а також на тих деформаціях психіки, що є наслідком вже сформованої хімічної залежності. Люди, що страждають опіоманією, знаходяться в потенційній зоні ризику розвитку різних форм аутоагресивної поведінки, а особливо – суїцидальної. Це спричинено в першу чергу тим, що на фоні вживання опіатів майже завжди розвивається тяжка клінічна депресія, що спричинена порушеннями ендорфінового нейромедіаторного обміну.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

Актуальність. На сьогоднішній день більшість реабілітаційних центрів для наркозалежних широко використовують декілька видів програм психологічної реабілітації. Найпопулярніша з них – це програма «12 кроків». Дана програма боротьби із залежністю була написана у свій час самими наркозалежними та дійсно довела свою ефективність на практиці, особливо на фоні інших, менш ефективних програм.

Коли ж настає час поставити питання «Чому людина починає вживати наркотики?» спеціалісти в рамках даної програми починають детально описувати цілий ряд факторів, як-то: вплив виховання, близького оточення, друзів, загальна доступність психоактивних речовин, популяризація та романтизація вживання наркотиків в масовій культурі, тощо. І дійсно, всі ці фактори часто провокують початок вживання наркотиків, стаючи свого роду певним «каталізатором» хвороби.

Проте, значна кількість дослідників, котрі займалися вивченням коморбідності наркоманії з іншими психопатологіями, в ході своїх досліджень встановили, що наркотична залежність дійсно тісно корелює з

певними особистісними особливостями пацієнтів і саме вони часто стають рушійною силою початку наркотизації.

Із власного досвіду можу зазначити, що використання 12-крокової програми досить чітко працює на практиці: виконання описаного алгоритму дій та дотримання всіх рекомендацій під супроводом спеціалістів-психологів справді допоможе швидко та без «зривів» вийти в ремісію, а надалі відслідковувати свій стан, працювати із «тягою», тощо. Проте, в процесі самої реабілітації психологи найчастіше зустрічаються із проблемою того, що змотивувати залежного на початок проходження реабілітації та власне застосування на практиці ефективної програми із подолання залежності майже неможливо. На мою думку, це є однією із найбільших проблем при роботі із залежними. Саме тому, врахування індивідуально-особистісних факторів відіграє важливу роль в роботі з адикціями.

Друга проблема, із якою найчастіше на практиці зтикаються спеціалісти-адиктологи (а особливо, коли мова йде про клієнтів, що вживають тяжкі ін'єкційні наркотики) – це явні прояви аутоагресивної поведінки. Вони можуть проявлятися як у формі самопошкодження (зادля того, щоб «наказати» себе, впоратися із тривогою, або ж із демонстративно-маніпулятивними цілями) так і доходити до істинних суїцидальних спроб. Стан тяжкої клінічної депресії, огида до себе, усвідомлення тяжких наслідків вживання наркотиків у вигляді інфекційних захворювань (ВІЛ, гепатити С і В) та інших проблем зі здоров'ям (проблеми із психікою, серцево-судинною системою, навіть можливі ампутації кінцівок) слугують міцним фундаментом для розвитку суїцидальних нахилів.

Саме тому актуальність даного дослідження зумовлена тим, що своєчасна діагностика індивідуальних особливостей наркозалежних дозволить виробити системний та індивідуальний підхід до психологічної реабілітації. Особистісний фактор суттєво впливає на мотивацію до лікування, яка є основним фундаментом процесу одужання. А вчасна

діагностика аутоагресивної поведінки допоможе максимально мінімізувати ризик суїцидальної поведінки серед наркозалежних.

Предмет дослідження – індивідуальні особливості аутоагресивної поведінки.

Метою дослідження є виявлення індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб.

2.1 Організаційні та змістовні аспекти дослідження

Для експериментального вивчення індивідуальних особливостей хворих на опійну наркоманію було обрано дві методики: Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості (або Опитувальник Міні-Мульт), що являє собою скорочений варіант опитувальника ММРІ та 16-ти факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма А), що дозволяє з'ясувати особливості характеру, схильностей та інтересів особистості.

Для дослідження аутоагресивної поведінки наркозалежних було використано також дві методики: Опитувальник суїцидального ризику (модифікація Т.Н. Разуєвої) та Шкала безнадійності Бека. Остання методика цікава тим, що дозволяє дослідити вираженість негативного відношення до свого власного майбутнього, а тому має особливу цінність в якості непрямого індикатора суїцидального ризику у людей, що страждають депресією, а також тих, хто вже намагався робити суїцидальні спроби в минулому.

Вибірку дослідження склали 40 хворих на опійну наркоманію чоловіків віком від 25 до 42 років, які проходили стаціонарне лікування в закритому наркологічному відділенні центру психосоціальної реабілітації. Важливою умовою вибірки було перебування на реабілітації не менше трьох місяців. Це зумовлено тим, що пацієнти в перші кілька місяців реабілітації

дезадаптовані, знаходяться в стані депресії та емоційної нестабільності, що є характерним для стадії опійної постабстиненції. Мотивація на лікування відповідно є дуже низькою. Контактувати із персоналом та фахівцями на даному етапі реабілітації клієнти також не надто тяжіють. Приблизно через три місяці медичних та психотерапевтичних заходів фізичний та психологічний стан пацієнтів дещо стабілізується, вони стають більш критичними до свого стану та хвороби. Саме в цей період вони приймають вирішальне рішення щодо продовження або ж припинення лікування та проведення психологічної реабілітації.

Методики проводилися із перервою у часі в кілька днів. На кожен методик було відведено від 30 до 60 хвилин. Всім респондентам була надана інструкція щодо проходження тестування (на початку проведення кожної методики) та бланки з переліком тестових питань по кожній методиці. Всі стимульні матеріали (бланки з інструкцією до кожної методики та тестовими питаннями, а також ключі до інтерпретації) наведені у додатках.

2.2 Діагностика індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних

Для діагностики особистісних особливостей хворих на опійну наркоманію з різними видами установки на лікування було використано чотири методики:

1. Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості (або Опитувальник Міні-Мульт), що являє собою скорочений варіант опитувальника MMPI. Методику розробив Джеймс Кінканнон в 1968 році, російськомовна адаптація зроблена В. П. Зайцевим в 1981 році. Методика орієнтована на виявлення найбільш поширених ситуативних або стійких особистісних розладів. Опитувальник містить 71 питання та складається з 11 шкал, 3 з яких - оціночні, що вимірюють щирість випробовуваного, міру достовірності результатів тестування і величину

корекцій, що вносяться надмірною обережністю випробуваного. Інші 8 шкал є базовими і оцінюють властивості особистості за показниками:

Іпохондрії (Hs) – 1 шкала. «Близькість» випробуваного до астено-невротичного типу. Випробовувані з високими показниками за цією шкалою повільні, пасивні, приймають все на віру, повільно пристосовуються до обставин, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

Депресії (D) – 2 шкала. Високі бали за цією шкалою мають чутливі, сенситивні люди, схильні до тривоги, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високо моральні і обов'язкові, але не здатні приймати рішення самостійно, у них немає впевненості в собі, при найменших невдачах вони впадають у відчай.

Істерії (Hy) – 3 шкала. За цією шкалою виявляються особи, схильні до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються «відходом» в хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значніше, ніж насправді, бажання будь-що-будь звернути на себе увагу, спрага захоплення. Почуття таких людей поверхові, інтереси неглибокі.

Психопатії (Pd) – 4 шкала. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про соціальної дезадаптації. Такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами і цінностями. Настрій у них нестійке, вони уразливі, збудливі і чутливі. Можливий тимчасовий підйом по цій шкалі, викликаний якою-небудь причиною.

Паранойяльності (Pa) – 5 шкала. Основна риса людей з високими показниками за цією шкалою - схильність до формування «надцінних» ідей. Це особи односторонні, агресивні і злопам'ятні. Хто не згоден з ними, хто думає інакше, той, на їхню думку, чи дурна людина, або ворог. Свої погляди вони активно насаджують, тому мають часті контакти з оточуючими. Найменші власні удачі вони завжди переоцінюють.

Психастенії (Pt) – 6 шкала. Діагностує осіб з тривожно-недовірливим типом характеру, яким властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

Шизоїдності (Sc) – 7 шкала. Особам з високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі й прикрощі не викликають у них емоційного відгуку. Спільною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних стосунках.

Гіпоманії (Ma) – 8 шкала. Для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерно піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні і життєрадісні. Люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі і нестійкі, їм не вистачає витримки і наполегливості.

Інтерпретація показників враховує три шкали:

- Шкала брехні (L), що оцінює щирість випробуваного
- Шкала вірогідності (F), що виявляє недостовірні відповіді. Чим більше значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати.
- Шкала корекції (K) згладжує спотворення, що вносяться через надмірну обережність і контроль випробуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою говорять про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала (K) використовується для корекції базисних шкал.

2. 16 факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма А) дозволяє з'ясувати особливості характеру, схильностей і інтересів особистості. Опитувальник Кеттелла – це одна з найбільш відомих багатофакторних методик, створена в рамках об'єктивного експериментального підходу до дослідження особистості. Відповідно до теорії особистісних рис Кеттелла, особистість описується як така, що складається зі стабільних, стійких, взаємопов'язаних елементів, що визначають її внутрішню сутність і поведінку. Відмінності в поведінці людей

пояснюється відмінностями в вираженості особистісних рис. Тест містить 187 питань, на які пропонується відповісти обстежуваним. Перелік факторів наведений нижче.

Фактор А

-Шизотимія (прихований, відокремлений, критичний, непохитний, нетовариський, замкнутий, байдужий, відстоює свої ідеї, відчужений, точний, об'єктивний, недовірливий, скептичний, холодний (жорсткий), сердитий, похмурий).

+ Афектотимія (сердечний, добрий, товариський, відкритий, природний, невимушений, добродушний, безтурботний, готовий до співдружності, вважає за краще приєднуватися, уважний до людей, м'якосердий, недбалий, довірливий, йде на поводу, легко пристосовується, веселий).

Фактор В

-Низький інтелект (незібраний, конкретність і ригідність мислення, емоційна дезорганізація мислення, низькі розумові здібності, не може вирішувати абстрактні завдання)

+ Високий інтелект (зібраний, кмітливий, спостерігається абстрактність мислення, високі загальні розумові здібності, проникливий, швидко схоплює, інтелектуально пристосовується, існує певний зв'язок з рівнем вербальної культури та ерудицією).

Фактор С

-Слабкість я (слабкість, емоційна нестійкість, знаходиться під впливом почуттів, мінливий, легко засмучується, при розладах втрачає рівновагу духу, мінливий у відносинах і нестійкий в інтересах, неспокійний, ухиляється від громадськості, має тенденцію поступатися, відмовляється від роботи, не вступає в суперечки в проблематичних ситуаціях, невротичні симптоми, іпохондрія, стомлюваність).

+ Сила я (сила, емоційна стійкість, витриманість, спокійний, флегматичний, тверезо дивиться на речі, працездатний, реалістично

налаштований, емоційно зрілий, має постійні інтереси, спокійний, реально оцінює обстановку, управляє ситуацією, уникає труднощів, може мати місце емоційна ригідність і нечутливість).

Фактор E

-Конформність (м'який, лагідний слухняний, послужливий, люб'язний, залежний, сором'язливий, поступливий, бере провину на себе, покірливий, пасивний, покірний, який підпорядковується, тактовний, дипломатичний, експресивний, скромний, легко виводиться з рівноваги авторитетним керівництвом і владою).

+ Домінантність (домінування, владність, непоступливий, самовпевнений, напористий, агресивний, впертий, конфліктний, норавливий, нестійкий, незалежний, грубий, ворожий, похмурий, бунтар, неслухняний, непохитний, вимагає захоплення).

Фактор F

-Стриманість (заклопотаний, спокійний, мовчазний, серйозний, розсудливий, розважливий, з самоаналізом, турботливий, замислений, нетовариський, повільний, обережний, схильний ускладнювати, песимістичний в сприйнятті дійсності, турбується про майбутнє, чекає невдач, оточуючим здається нудним, млявим, манірним).

+ Експресивність (безтурботний, захоплений, неуважний, недбалий, безтурботний, життєрадісний, веселий, імпульсивний, рухливий, енергійний, балакучий, відвертий, експресивний, живий, моторний, відзначається значимість соціальних контактів, щирий у відносинах, емоційний, динамічний в спілкуванні, часто стає лідером, ентузіаст, вірить в удачу).

Фактор G

- Низьке супер-его (схильність віддавати перевагу почуттям, незгоден із загальноприйнятими моральними нормами і стандартами, непостійний, гнучкий, мінливий, викликає недовіру, потурає своїм бажанням, недбалий, ледачий, незалежний, ігнорує обов'язки, схильний до впливу випадку та

обставин, безпринципність, безвідповідальність, неорганізованість, можливо антисоціальна поведінка).

+ Високе супер-еговисока нормативність, сильний характер, сумлінну, наполегливу, мораліст, статечний, врівноважений, відповідальний, наполегливий, стійкий, рішучий, гідний довіри, емоційно дисциплінований, зібраний, совісний, має почуття обов'язку, дотримується моральні стандарти і правила, наполегливість в досягненні мети, точність, ділова спрямованість

Фактор Н

-Тректія (сором'язливий, невпевнений в собі, стриманий, боязливий, дратівливий, чітко дотримується правил, швидко реагує на небезпеку, делікатний, уважний до інших, швидко реагує на небезпеку, гнівливий, емоційно сухий).

+ Пармія(смівливість, рішучість, авантюризм, схильність до ризику, комунікабельність, цікавість до протилежної статі, чутливий, добродушний, емоційний, артистичний, імпульсивний, не розуміє небезпеки).

Фактор І

- Харрія (низька чутливість, суворість, не вірить в ілюзії, розсудливість, реалістичність суджень, практичність, деяка жорстокість, несентиментальний, очікує малого від життя, мужній, самовпевнений, бере на себе відповідальність, суворий (до цинізму), черствий у відносинах, незначні артистичні нахили, діє практично і логічно, постійний, не звертає уваги на фізичні нездужання

+ Премсія (м'якосердя, ніжність, залежність, чутливість, прагнення до заступництва, невгамовний, метушливий, неспокійний, очікує уваги від оточуючих, нав'язливий, ненадійний, шукає допомоги та симпатії, здатний до емпатії і розуміння, добрий, терпимий до себе і оточуючих, витончений, манірний, пихатий, схильний до романтизму, артистичний, вітряний, інтуїтивний, жіночний, фантазує в бесіді й наодинці з собою, мінливий, іпохондрик, турбується про стан свого здоров'я, художність сприйняття світу).

Фактор L

- Алаксія (довірливий, відвертий, має почуття власної незначущості, погоджується з умовами, внутрішня розслабленість, скаржиться на зміни, легко забуває труднощі, розуміє, прощає, терпимий, лагідний, доброзичливий по відношенню до інших, недбало ставиться до зауважень, поступливий, легко знаходить спільну мову з людьми, добре працює в колективі)

+ Протенсія (підозрілість, ревнивість, «захист» й внутрішнє напруження, заздрісний, велика зарозумілість, догматичність, підозрілість, спрямовує свою увагу на невдачі, тиран, вимагає від оточуючих нести відповідальність за помилки, дратівливий, його інтереси звернені на самого себе, обережний в своїх вчинках, егоцентричний).

Фактор M

- Праксернія (практичний, твердий, мало уяви, приземленість прагнень, швидко вирішує практичні питання, зайнятий своїми інтересами, прозаїчний, уникає всього незвичайного, слідує загальноприйнятим нормам, надійний в практичному судженні, чесний, сумлінний, неспокійний, властива деяка обмеженість, надто уважний до дрібниць, керується об'єктивною реальністю).

+ Аутія (мрійливість, ідеалістичність, багата уява, богемність, неухважність, поглинений своїми ідеями, цікавиться мистецтвом і основними віруваннями, захоплений внутрішніми ілюзіями, високий творчий потенціал, примхливий, легко відступає від здорового глузду, невірноважений, легко приходить у захват).

Фактор N

-Прямолінійність (наївність, простакуватість, прямий, відвертий, природний, безпосередній, нетактовне в зверненні, має неконкретний розум, товариський, нестриманий емоційно, прості смаки, відсутність проникливості, недосвідчений в аналізі мотивувань, задовольняється наявним, сліпо вірить в людську сутність).

+ Дипломатичність (проникливість, хитрість, досвідчений, розважливий, розумний, вишуканий, вміє поводитися в суспільстві, має точний розум, емоційно витриманий, штучний, естетично витончений, проникливий по відношенню до оточуючих, честолюбний, буває ненадійний, обережний, «зрізає кути»).

Фактор О

-Гіпертімія (безпечність, самовпевненість, безтурботність, благодушність, холоднокровність, веселий, життєрадісний, спокійний, нечутливий до схвалення або осуду оточуючих, безтурботний, енергійний, небоязливий, бездумний).

+ Гіпотімія (почуття провини, сповнений тривоги і передчуттів, непевненість в собі, ранимий, стурбований, депресивний, пригнічений, легко плаче, самотній, знаходиться під впливом настрою, вразливий, сильне почуття обов'язку, чутливий до реакцій оточуючих, скрупульозний, метушливий, іпохондрик, симптоми страху, занурений в похмурі роздуми).

Фактор Q1

-Консерватизм (поважний, має усталені погляди та ідеї, приймає тільки випробуване часом, із сумнівом ставиться до нових ідей, терпимий до традиційних труднощів, схильний до моралізаторства).

+ Радикалізм (експериментатор, аналітик, ліберал, вільнодумний, терпимий до незручностей, критично налаштований, добра поінформованість, не довіряє авторитетам, на віру нічого не приймає, характеризується наявністю інтелектуальних інтересів).

Фактор Q2

-Залежність від групи (соціабельність, несамотійність, послідовність, потребує групової підтримки, приймає рішення разом з іншими, слідкує за громадською думкою, орієнтується на соціальне схвалення, безініціативний).

+ Самодостатність (незалежність від групи, самотійність, винахідливість, самотійно приймає рішення, не потребує підтримки інших людей).

Фактор Q3

- Низьке самоставлення (погано контрольований, недбалий, неточний, слідує своїм спонуканням, не рахується з громадськими правилами, неуважний й неделікатний, недисциплінований, внутрішня конфліктність уявлень про себе).

+ Високе самоставлення (самолюбство, самоконтроль, точний, вольовий, може підпорядкувати собі, діє за усвідомленим планом, ефективний лідер, приймає соціальні норми, контролює свої емоції й поведінку, доводить справу до кінця, цілеспрямований).

Фактор Q4

- Низька его-напруга (розслаблений, спокійний, млявий, апатичний, стриманий, нефрустрований, низька мотивація, лінощі, зайва задоволеність, незворушність).

+ Висока его-напруга (зібраний, енергійний, збуджений, дратівливий, підвищена мотивація, незважаючи на стомлюваність активний, слабе почуття порядку, дратівливий).

«Шкала безнадійності» Бека – це шкала, що вимірює вираженість негативного ставлення щодо свого суб'єктивного майбутнього. Шкала була розроблена А. Беком та групою його помічників в Центрі Когнітивної Терапії Медичної школи Університету Пенсільванії в США. В основі теоретичної бази лежить когнітивна теорія психічних процесів, в тому числі – розуміння депресії, яка є наслідком когнітивних помилок. При розробці даної шкали автори дотримувались концепції, згідно з якою «безнадійність» розглядається як система когнітивних схем, загальною ознакою для яких є негативне сприйняття очікувань відносно свого майбутнього. Для осіб, що мають високі показники безнадії є характерними наступні установки:

- «В моєму житті все йде не так»;
- «Я ніколи нічого не досягну»;
- «Мої найгірші проблеми ніколи не будуть вирішеними», тощо.

Такий опис поняття «безнадійності» відповідає третьому компоненту тріади когнітивної моделі депресії Бека, за якою депресивний стан визначають як негативний образ себе, негативний образ свого функціонування в теперішньому часі та в майбутньому.

Шкала складається з 20 стверджень, а при відповіді на них респондент вказує чи погоджується він з наданими твердженнями, чи ні (у відповідності до запропонованих варіантів відповідей). При інтерпретації твердженням приписуються відповідні значення у балах, що дорівнює числовому значенню відповіді у бланку. Ряд пунктів підраховується у зворотному напрямку. Далі підраховується один загальний бал.

Особливу цінність дана шкала має в рамках діагностики непрямого індикатора суїцидального ризику в осіб, що страждають депресією та в осіб, що вже скоювали спроби самовбивства.

«Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Разуваєвої призначений для експрес-діагностики суїцидального ризику та виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів задля попередження спроб самогубства. Налічує 29 тверджень та два варіанта відповіді («погоджуюсь»/«не погоджуюсь»). Інтерпретація показників відбувається за дев'ятьма субшкальними концептами:

1. Демонстративність. Бажання привернути увагу оточуючих до своїх нещастя, домогтися співчуття і розуміння. Зі сторони часто може виглядати як «шантаж», «істероїдність», проте частіше така демонстративна суїцидальна поведінка відчувається зсередини як «крик про допомогу». Найбільш небезпечним є поєднання з емоційною ригідністю, «коли діалог зі світом» може зайти надто далеко.

2. Афективність. Домінування емоцій над інтелектом в оцінці ситуації. Готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. В крайньому варіанті – афективна блокада інтелекту.

3. Унікальність. Сприйняття себе, ситуації, і власного життя в цілому як явища виняткового, несхожого на інші, що може передбачати такі виняткові

варіанти вирішення проблем як суїцид. Тісно пов'язана з недостатнім умінням використовувати свій і чужий життєвий досвід.

4. Неспроможність. Негативна концепція власної особистості. Уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, «вимкнення зі світу». Дана субшкала може бути пов'язана з уявленнями про власну фізичну, інтелектуальну, моральну або іншу неспроможність. Формула зовнішнього монологу – «Я поганий».

5. Соціальний песимізм. Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу як ворожого, що не відповідає уявленням про нормальні для людини відносини з оточуючими.

6. Злам культурних бар'єрів. Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять її в якійсь мірі привабливою. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури й кіно. В крайньому варіанті – інверсія цінності смерті і життя. За відсутності виражених піків по інших шкалах це може говорити тільки про «екзистенцію смерті».

7. Максималізм. Інфантильний максималізм ціннісних установок. Поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах.

8. Часова перспектива. Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильної заглибленості в травмуючу ситуацію та трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок в майбутньому.

9. Антисуїцидальний фактор. Навіть при високій вираженості всіх інших факторів він знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. Уявлення про неестетичність самогубства, боязнь болю й фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи.

2.3 Аналіз результатів діагностики індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних

Після проведення всіх чотирьох вищеописаних методик був здійснений підрахунок балів та інтерпретація результатів досліджень. Всі дані для наочності також будуть наведені у таблицях.

На основі інтерпретації отриманих балів за методикою «Скороченого багатофакторного опитувальника для дослідження особистості» можна зробити наступні висновки:

1. Шкала іпохондрії має високий рівень вираженості у 75% опитаних респондентів. Вона характеризує схильність до соціальної пасивності, повільну адаптацію до нових умов діяльності і нового колективу, а також погане самовладання в ході міжособистісних конфліктів. Респонденти з високими балами по цій шкалі відчують постійну стурбованість щодо стану свого здоров'я, часто скаржаться на свій фізичний стан, сприймають деякі свої звичні відчуття як ненормальні. Це пов'язано з тим, що після завершення фази абстиненції та початку відносної стабілізації психічного стану критика щодо наслідків своїх вчинків починає стрімко зростати. Пацієнти починають відчувати сильну тривогу стосовно можливої наявності у них тих чи інших інфекційних хвороб – це яскраво виражається не тільки наявністю певних тілесних відчуттів, а й раптовою вибагливістю до порядку та чистоти, дотримання правил гігієни, тощо. Певним каталізатором цього стану стає сумісне проживання з тими наркозалежними, які вже знають свій діагноз (хворі на ВІЛ/СНІД, гепатит С, тощо).

2. Також є значно вираженою шкала депресії (87.5%), що є природньо характерним для хворих на опійну наркоманію. Ця шкала говорить про тенденцію до постійно зниженого настрою, невпевненість в своїх силах, тривогу, підвищене почуття провини, ослаблення вольового контролю, підвищену чутливість і вразливість. У людей з високими показниками по цій шкалі низька стійкість до психічних і фізичних навантажень, вони нездатні

швидко приймати самостійні рішення. При невдачах відмічається схильність впадати у відчай. Це є характерним для слабкого типу вищої нервової діяльності.

Перші півроку депресивний стан хворих на опійну наркоманію є досить тяжким – це тісно пов'язано з порушенням обміну ендорфінів, що значно впливає на настрій. Хворі відчувають сильну апатію та постійне відчуття пригніченості, їм важко мотивувати себе щодо будь-якої діяльності. Відчуття провини перед близькими людьми починає наростати, саме тому підтримка рідних на етапі постабстиненції є дуже важливою.

3. Високі показники шкали психопатії спостерігаються у 77.5% опитаних. Вони характеризують схильність до ігнорування соціальних норм (адже мотив досягнення власних бажань майже не контролюється здоровим глуздом та моральними принципами), імпульсивності, інколи навіть агресивності. Потреба та здатність формувати тісні міжособистісні стосунки є досить обмеженою. Рівень емпатії є також досить низьким. Ці фактори провокують помітну дисгармонію в особистісних позиціях та поведінці, що призводить до дезадаптації щодо широкого діапазону соціальних ситуацій. Саме цей тип особистості опиняється у зоні ризику в аспекті прояву девіантної поведінки.

4. Логічно корелюють з високою шкалою депресії високі показники за шкалою гіпоманії (90%). Вони свідчать про низьку самооцінку, пригнічений емоційний фон та низький рівень працездатності. Концентрація уваги є також низькою, хворим часто буває важко зосередитись на виконанні певних завдань (особливо – інтелектуальних), мотивація до діяльності є також досить низькою. Характерна дратівливість та певна замкнутість у спілкуванні (особливо, коли мова йде про глибокі, особисті теми).

Таблиця 2.2.1.

Розподіл показників шкал за методикою «Скорочений багатofакторний опитувальник для дослідження особистості»

Шкали	Високий рівень (кількість чол./%)	Середній рівень (кількість чол./%)	Низький рівень (кількість чол./%)
Іпохондрії (Hs)	30 (75%)	7 (17,5%)	3 (7.5%)
Депресії (D)	35 (87.5%)	3 (7.5%)	2 (5%)
Істерії (Hy)	10 (25%)	20 (50%)	10 (25%)
Психопатії (Pd)	31 (77.5%)	5 (12.5%)	4 (10%)
Паранойяльності (Pa)	11 (27.5%)	15 (37.5%)	14 (35%)
Психастенії (Pt)	0 (0%)	1 (2.5%)	39 (97.5%)
Шизоїдності (Sc)	8 (20%)	12 (30%)	20 (50%)
Гіпоманії (Ma)	36 (90%)	2 (5%)	2 (5%)

Підраховані бали методики «16 факторного особистісного опитувальника Р. Б. Кеттелла» можна інтерпретувати наступним чином:

1. Низькі показники Фактору С разом з високими показниками Фактору І говорять про те, що більшість респондентів сприймає все те, що з ними відбувається перш за все емоційно, тобто емоційна чутливість висока. Емоції виникають швидко, за будь-яким, навіть несуттєвим приводом. Спектр емоційних переживань є різноманітним – від радості до страху, тривоги та депресії. Саме почуття стають основним регулятором поведінки та стосунків з іншими людьми.

2. Поєднання факторів Н і Fвдображає схильність до ризикованої поведінки. Низькі значення фактору Fзустрічаються у тих, хто має схильність драматизувати події, ускладнювати те, що наразі відбувається. Настрій часто є низьким. Життєві перспективи сприймаються досить негативно, впевненість в собі слабо виражена. Проте в той же час, можемо спостерігати досить високі показники Фактору Н, що характеризує схильність до ризикових ситуацій. Може ризикувати як здоров'ям, так і матеріальним благополуччям, незалежно від наслідків.

3. Поєднання низьких показників за шкалами Факторів Е та Q2свідчать про низький лідерський потенціал особистості – людина не намагається

зайняти домінуючу позицію у групі, а навпаки: проявляє ознаки конформної поведінки. Виражена схильність до уникнення ситуацій, що вимагають особистої відповідальності за прийняті рішення та певна напруга, коли настає необхідність самостійно вирішувати проблеми на своєму життєвому шляху.

4. Виражені показники по Фактору М свідчать про певну мрійливість та ідеалістичність. Особистість схильна до ілюзій та досить легко може відступати від здорового глузду. Характерні певна неврівноваженість та неухважність, а також високий творчий потенціал.

5. Фактори G та Q3 мають низький рівень вираженості у більшості респондентів. Для них є характерним відступати від своєї цілі, як тільки починають з'являтися зовнішні або внутрішні перепони. Діють часто неорганізовано, складно планують свій час. Поведінка в основному регулюється особистісними бажаннями та потребами «тут і зараз», а тому не завжди вписується в традиційні рамки. До моральних норм відношення досить вільне.

6. Високі показники за шкалою Фактору О характеризують сильну тривожність у більшості опитаних. Незадоволені собою, тяжко переживають можливі невдачі та шкодують про свої минулі вчинки. Сильне відчуття провини є причиною труднощів у відносинах з іншими. Болісно реагують на критику в свою адресу. І навпаки: похвалу та компліменти приймають з недовірою. Проблеми на шляху до своїх цілей вважають непереборними, схильні до фіксації на неприємних подіях, що перешкоджає пошукам виходу з проблемних ситуацій.

Таблиця 2.2.2.

Розподіл показників шкал за методикою «16 факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма А)»

Шкали	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Фактор А	17 (42.5%)	12 (30%)	11 (27.5%)
Фактор В	19 (47.5%)	12 (30%)	9 (22.5%)
Фактор С	32 (80%)	7 (17.5%)	1 (2.5%)

Фактор E	29 (72.5%)	6 (15%)	5 (12.5%)
Фактор F	27 (67.5%)	10 (25%)	3 (7.5%)
Фактор G	30 (75%)	7 (17.5%)	3 (7.5%)
Фактор H	3 (7.5%)	8 (20%)	29 (72.5%)
Фактор I	4 (10%)	6 (15%)	30 (75%)
Фактор L	13 (32.5%)	15 (37.5%)	12 (30%)
Фактор M	2 (5%)	10 (25%)	28 (70%)
Фактор N	12 (30%)	12 (30%)	16 (40%)
Фактор O	3 (7.5%)	4 (10%)	33 (82.5%)
Фактор Q1	10 (25%)	14 (35%)	16 (40%)
Фактор Q2	31 (77.5%)	3 (7.5%)	6 (15%)
Фактор Q3	29 (72.5%)	7 (17.5%)	6 (15%)
Фактор Q4	12 (30%)	17 (42.5%)	11 (27.5%)

Результати за «Опитувальником суїцидального ризику» в модифікації Разуваєвої мають наступний вигляд: у 70% опитаних респондентів має високий рівень шкала демонстративності, що говорить про бажання привернути увагу оточуючих до своїх проблем, отримати співчуття. Не варто сходу оцінювати цей аспект з точки зору маніпуляції – адже часто високі показники за цією шкалою суб'єктивно відчуються як «крик про допомогу».

Низький рівень унікальності (у 72.5% опитаних) характеризує ситуацію, коли людина не відчуває своєї особистісної цінності у цьому світі.

Також можемо спостерігати високі показники неспроможності та соціального песимізму, що характеризує негативну концепцію власного «Я» (62.5%) та оточуючого світу (77.5%).

У 77.5% опитаних високі показники за шкалою максималізму – певний локальний конфлікт має проекцію на всі сфери життя та не може бути компенсований через емоційну фіксацію на проблемі.

Про неможливість конструктивного планування свого майбутнього говорять й високі показники часової перспективи (90%).

Таблиця 2.2.3.

Розподіл показників шкал за методикою «Опитувальник суїцидального ризику»

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Демонстративність	2 (5%)	10 (25%)	28 (70%)
Афективність	9 (22.5%)	21 (52.5%)	10 (25%)
Унікальність	29 (72.5%)	7 (17.5%)	4 (10%)
Неспроможність	7 (17.5)	8 (20%)	25 (62.5%)
Соціальний песимізм	1 (2.5%)	8 (20%)	31 (77.5%)
Руйнування культурних бар'єрів	26 (65%)	10 (25%)	4 (10%)
Максималізм	3 (7.5%)	6 (15%)	31 (77.5%)
Часова перспектива	2 (5%)	2 (5%)	36 (90%)
Антисуїцидальний фактор	26 (65%)	10 (25%)	4 (10%)

За «Шкалою безнадійності» Бека підраховується один загальний бал, що характеризує вираженість негативного ставлення суб'єкта до власного майбутнього. Майже половина респондентів (47.5%) мають тяжкий та помірний (32.5%) рівень безнадії, що говорить про необхідність психологічного супроводу.

Таблиця 2.2.4.

Розподіл показників шкал за методикою «Шкала безнадійності»

Рівень безнадійності	Кількість респондентів
0-3 бали (безнадійність не виявлена)	0 (0%)
4-8 балів (легка)	8 (20%)
9-14 балів (помірна)	13 (32.5%)
15-20 (тяжка)	19 (47.5%)

Висновок до другого розділу

Отже, для діагностики індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб було використано чотири методики: «Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості» (або Опитувальник Міні-Мульт); «16-факторний особистісний опитувальник» Р. Б. Кеттелла (форма А); «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.Н. Разуваєвої; «Шкала безнадійності» Бека.

Вибірку дослідження склали 40 хворих на опійну наркоманію чоловіків віком від 25 до 42 років, які проходили стаціонарне лікування в закритому наркологічному відділенні центру психосоціальної реабілітації.

На основі інтерпретації отриманих балів за методикою «Скороченого багатофакторного опитувальника для дослідження особистості» найбільшу вираженість серед опитаних отримали шкали іпохондрії (75%), депресії (87.5%) та психопатії (77.5%).

Підраховані бали методики «16-факторного особистісного опитувальника Р. Б. Кеттелла» можна інтерпретувати наступним чином: низькі показники Фактору С разом з високими показниками Фактору І говорять про те, що більшість респондентів сприймає все те, що з ними відбувається перш за все емоційно.

Поєднання вираженості факторів Н і F відображає схильність до ризикованої поведінки. В той же час, низькі значення фактору F зустрічаються у тих, хто має схильність драматизувати події, ускладнювати те, що наразі відбувається. Настрій часто є низьким. Поєднання невисоких показників за шкалами Факторів Е та Q2 свідчать про низький лідерський потенціал особистості. Виражені показники по Фактору М свідчать про певну мрійливість та ідеалістичність, тобто схильність до ескапізму. Високі показники за шкалою Фактору О характеризують сильну тривожність у більшості опитаних.

Результати за «Опитувальником суїцидального ризику» в модифікації Разуваєвої мають наступний вигляд: у 70% опитаних респондентів має високий рівень шкала демонстративності, що говорить про бажання привернути увагу оточуючих до своїх проблем, отримати співчуття. Низький рівень унікальності (у 72.5% опитаних) характеризує ситуацію, коли людина не відчуває своєї особистісної цінності у цьому світі. Також можемо спостерігати високі показники неспроможності та соціального песимізму, що характеризує негативну концепцію власного «Я» (62.5%) та оточуючого світу (77.5%).

У 77.5% опитаних високі показники за шкалою максималізму – певний локальний конфлікт має проекцію на всі сфери життя та не може бути компенсований через емоційну фіксацію на проблемі.

За «Шкалою безнадійності» Бека підраховується один загальний бал, що характеризує вираженість негативного ставлення суб'єкта до власного майбутнього. Майже половина респондентів (47.5%) мають тяжкий та

помірний (32.5%) рівень безнадії, що говорить про необхідність психологічного супроводу.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

3.1 Розробка та впровадження психокорекційної програми аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб

Метою розробки психокорекційної програми є підвищення рівня соціально-психологічної адаптації та зменшення ризику аутоагресивної поведінки в осіб, що хворі на опійну наркоманію.

Завдання програми психокорекції суїцидальних форм аутоагресивної поведінки полягають у наступному:

- Розширити зони самосвідомості та підвищити рівень самоприйняття;

- Вирівняти негативний емоційний стан;
- Активізувати внутрішні психологічні ресурси;
- Робота з сімейними дезадаптивними установками;
- Напрацювання навиків саморегуляції в стресових ситуаціях.

Програма розрахована на 5 занять. Форма проведення – групова, приблизна тривалість – 2.5 години в залежності від емоційного стану і активності групи. Робота проводилася в рамках клієнт-центрованого підходу з використанням технік релаксації і візуалізації, арт-терапії та тілесно-орієнтованої терапії.

Важливим фундаментом при проведенні даної програми було гуманістичне ставлення до пацієнтів з повагою до їх волі, а також емпатичного розуміння, заохочення щирості й відкритості в натуральному вираженні почуттів.

Кожне заняття складається з трьох блоків. Перший блок включає в себе створення мотивації до майбутньої роботи, створення атмосфери безумовного прийняття і схвалення, збудження психічної активності учасників групи через проговорення свого емоційного стану, з яким вони починають заняття. На цьому етапі можлива робота із особистісним запитом.

Другий блок складається з вправ і технік, спрямованих на поліпшення емоційного стану, актуалізацію внутрішніх ресурсів, навчання навичкам спілкування, усвідомлення витоків проблеми, розвиток саморозуміння і самоприйняття, підвищення соціально-психологічної адаптації в кризових ситуаціях.

Третій блок спрямований на зняття психоемоційного напруження за допомогою технік релаксації і візуалізації.

Таким чином, профілактика суїцидальної поведінки можлива при комплексному системному підході виявлення і корекції факторів суїцидального ризику.

Стислий виклад психокорекційної програми представлений нижче.

Таблиця 3.3.1

Психокорекційна програма аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб

Но мер заняття	Опис та характеристика проведеної психокорекційної роботи
1	Проведення ознайомчого групового заняття в реабілітаційному центрі для наркозалежних. Робота з таблицею почуттів «Я відчуваю...». Розбір особистісного запиту. Встановлення емоційного контакту між групою та ведучою. Проведення асоціативного тесту Фрейда «Відношення до життя» у форматі інтерактиву.
2	Групове заняття на тему: «Тригери зриву». Робота з тривожними станами та компульсивом. Техніки емоційної саморегуляції в кризовому стані та зняття афективної фіксації на проблемах. Тілесно-орієнтована техніка «Ребефінг» (за Л. Орром)
3	Проведення групової арт-терапії. Малюнок на тематику «Залежне та тверезе Я». Формування установок щодо

	сприйняття власного майбутнього.
4	Групове заняття на тему: «Самооцінка та самоцінність». Комплекс технік візуалізації (за психологом А.Річардсоном)
5	Проведення групового інформаційного заняття для созалежних родичів на тему: «Суїцид: розпізнати та попередити». Характеристика індивідуальних особливостей наркозалежних осіб та специфіки форм прояву аутоагресії при наркоманії.

3.2 Оцінка ефективності впливу психокорекційної програми аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб

На етапі констатувального експерименту за допомогою двох психодіагностичних методик для дослідження аутоагресивної поведінки були встановлені наступні показники:

1. За методикою «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Разуваєвої привертала увагу шкали «Демонстративність» «Неспроможність», «Соціальний песимізм», «Максималізм» та «Часова перспектива». Показники за ними свідчили про значний ризик розвитку аутоагресивної поведінки у значної частини респондентів та необхідність психокорективної роботи. Саме на ці шкали надалі акцентуємо увагу.

2. «Шкала безнадійності» Бека характеризує вираженість негативного ставлення суб'єкта до власного майбутнього. Майже половина респондентів мають тяжкий та помірний рівень безнадії, що також говорить про необхідність психологічного втручання.

Після проведення психокорекційної програми знову були застосовані описані вище методики, задля проведення контрольного зрізу та фіксації можливих динамічних зрушень показників. Для наочності всі статистичні дані зображені в порівняльних таблицях нижче:

Таблиця 3.2.1

Порівняльні дані показників до та після впровадження
психокорекційної програми за методикою «Опитувальник суїцидального
ризик»

Субшкальний діагностичний концепт	Показники до впровадження психокорекційної програми			Показники після впровадження психокорекційної програми		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Демонстративність	2(5%)	10(25%)	28(70%)	11(25.7%)	19(47.5%)	10(25%)
Неспроможність	7(17.5)	8 (20%)	25(62.5%)	22(55%)	9(22.5%)	9(22.5%)
Соціальний песимізм	1(2.5%)	8(20%)	31(77.5%)	29(72.5%)	6(15%)	5(12%)
Максималізм	3(7.5%)	6(15%)	31(77.5%)	32(80%)	5(12%)	3(7.5%)
Часова перспектива	2(5%)	2(5%)	36(90%)	30(75%)	7(17.5%)	3(7.5%)
Антисуїцидальний фактор	26(65%)	10(25%)	4(10%)	8(20%)	12(30%)	20(50%)

Таблиця 3.2.2

Порівняльні дані показників до та після впровадження
психокорекційної програми за методикою «Шкала безнадійності»

Рівень безнадійності	Показники до впровадження психокорекційної програми (кількість респондентів)	Показники після впровадження психокорекційної програми (кількість респондентів)
Безнадійність не виявлена	0 (0%)	5 (12.5%)
Легка	8 (20%)	33 (82.5%)
Помірна	13 (32.5%)	2 (5%)

Тяжка	19 (47.5%)	0 (0%)
-------	------------	--------

Перевірити статистичну значимість отриманих даних можемо за допомогою математичних методів обробки даних, використовуючи t-критерій Стьюдента для зв'язаних вибірок. Він дозволяє перевірити гіпотезу про те, що середні значення двох генеральних сукупностей, що порівнюються, відрізняються одна від одної. Допуск залежності означає, що ознака виміряна на одній й тій самій вибірці двічі, тобто, до впливу й після нього. Перевіряються наступні статистичні гіпотези:

- H_0 : середнє значення дослідженої ознаки в першій вибірці дорівнює середньому значенню дослідженої ознаки в другій вибірці;
- H_1 : середнє значення дослідженої ознаки в першій вибірці більше/менше середнього значення дослідженої ознаки в другій вибірці;

Всі розрахунки здійснювалися за допомогою програми SPSS22. Показники респондентів констатувального експерименту умовно позначені як «Група А», а показники після впровадження психокорекційної методики – «Група В» відповідно.

1. За методикою «Опитувальник суїцидального ризику» розрахунки проводилися окремо по кожній шкалі:

Таблиця 3.2.3

Критичні значення для $N=40$ за шкалою «Демонстративність»

N	p	
	0.05	0.01
40	2,02	2,70

$$t_{\text{емп}} = 1,78$$

Відповідь: приймається H_0 , статистично значимі відмінності не знайдені.

Таблиця 3.2.4

Критичні значення для $N=40$ за шкалою «Неспроможність»

N	p
---	---

	0.05	0.01
40	2,02	2,70

$$t_{\text{емп}} = 3,61$$

Відповідь: H_0 відкидається, приймається H_1 – статистично значимі відмінності знайдені.

Таблиця 3.2.5

Критичні значення для $N=40$ за шкалою «Соціальний песимізм»

N	p	
	0.05	0.01
40	2,02	2,70

$$t_{\text{емп}} = 4,19$$

Відповідь: H_0 відкидається, приймається H_1 – статистично значимі відмінності знайдені.

Таблиця 3.2.6

Критичні значення для $N=40$ за шкалою «Максималізм»

N	p	
	0.05	0.01
40	2,02	2,70

$$t_{\text{емп}} = 3,85$$

Відповідь: H_0 відкидається, приймається H_1 – статистично значимі відмінності знайдені.

Таблиця 3.2.7

Критичні значення для $N=40$ за шкалою «Часова перспектива»

N	p	
	0.05	0.01
40	2,02	2,70

$$t_{\text{емп}} = 4,01$$

Відповідь: H_0 відкидається, приймається H_1 – статистично значимі відмінності знайдені.

Таблиця 3.2.8

Критичні значення для $N=40$ за шкалою «Антисуїцидальний фактор»

N	p
---	---

	0.05	0.01
40	2,02	2,70

$$t_{\text{емп}} = 5,96$$

Відповідь: H_0 відкидається, приймається H_1 – статистично значимі відмінності знайдені.

2. За «Шкалою безнадійності» вираховується єдиний бал:

Таблиця 3.2.9

Критичні значення для $N=40$

N	p	
	0.05	0.01
40	2,02	2,70

$$t_{\text{емп}} = 7,06$$

Відповідь: H_0 відкидається, приймається H_1 – статистично значимі відмінності знайдені.

Отже, статистично значимі відмінності були знайдені за обома методиками, окрім шкали «Демонстративність» (за методикою «Опитувальник суїцидального ризику»). Статистично значимі відмінності не були знайдені скоріш за все через те, що її прояви даної шкали можуть тісно корелювати із певними особистісними особливостями наркозалежних, які є відносно сталими та нелегко піддаються психокорекції.

На основі отриманих даних можна зробити висновок про статистично та математично обґрунтовану ефективність розробленої психокорекційної програми.

3.3 Практичні рекомендації корекційним та клінічним психологам щодо своєчасного виявлення та корекції аутоагресивної поведінки

Цілі і мотиви суїцидальної поведінки вельми різноманітні. Зазвичай, вони пов'язані як зі спробою вплинути на соціальне оточення (родичі, партнери, медичні працівники і т.д.), так і з ідеями смерті або позбавлення

від страждання, страху та інших важких переживань. У більшості випадків важко однозначно визначити, чи є дана аутоагресивна поведінка «маніпуляцією» або «істинним» прагненням до смерті. Тому необхідно уважно ставитися до будь-яких суїцидальних висловлювань і спроб. Частіше за інших зустрічаються такі мотиви суїцидальної поведінки:

✓ «Крик про допомогу», заклик (як правило, це і є суїцидальна спроба) –щоб звернути увагу оточуючих на свій стан і знайти допомогу.

✓ Протест, помста – провокується почуттям «образи», «несправедливості». Суїцидальні дії (спроба або суїцид) викликають почуття провини у близької людини в ситуації конфлікту.

✓ Уникнення страждання – провокується неприйнятною для людини зміною життєвої ситуації (розлучення, борги, кримінальне покарання та ін.). За різним ступенем усвідомленості суїцидальний акт може використовуватися як засіб маніпуляції іншими. При цьому ступінь його небезпеки для людини може залишатися досить високою.

✓ Покарання себе – провокується фізичними або психологічними стражданнями. Смерть або самопошкодження представляється як спосіб їх перервати. Провокується надмірним почуттям провини.

✓ Возз'єднання – мотив, що виходить із фантазії про возз'єднання з коханою людиною після смерті. Такі уявлення можуть ставати актуальними при переживанні тяжкої втрати.

Причини суїцидальної поведінки різноманітні. Їх неможливо звести лише до психічного розладу або кризової ситуації, яку переживає людина. Існують фактори ризику, присутність яких збільшує ймовірність аутодеструкції.

Ознаки суїцидального ризику

I. Наявність суїцидальних намірів:

✓ Фантазії і думки про смерть, самоушкодження, самогубство.

✓ Ознаки «прощання»: роздача боргів, подарунків, написання заповіту, «прощальних» листів.

✓ Суїцидальні погрози. Нерідко висловлювання носять прямий характер («Я накладу на себе руки»), але частіше суїцидальні тенденції проявляються в непрямих загрозах.

✓ Суїцидальні спроби раніше. Чим більше кількість і вище тяжкість парасуїцидів, тим вище ймовірність подальшої суїцидальної поведінки.

✓ Планування суїциду. Чим чіткіше людина представляє час, місце і спосіб суїцидальних дій, тим вище ймовірність реалізації суїциду.

✓ Наявність ресурсу до суїциду. Наявність певних предметів, медикаментів у великих кількостях, отрутохімікатів, вогнепальної зброї, тощо. Ризик збільшується при наявності прямого доступу до цих ресурсів.

II. Наявність депресії, тривоги та інших психопатологічних симптомів

III. Наявність стресової ситуації

IV. Якість соціальної підтримки

Наявність підтримки з боку найближчого оточення (рідних, друзів, товаришів по службі, соціальних служб) може сприяти запобіганню самогубства. Відсутність підтримки (проживання в самоті, замкнутий спосіб життя або наявність ворожого оточення) значно підсилює ризик суїциду.

V. Бажання приймати допомогу

Співпраця людини з тими, хто надає їй допомогу, значно збільшує шанси на успішний результат в критичній ситуації. Емоційна закритість, приховування суїцидальних намірів, небажання приймати допомогу є ознаками несприятливого прогнозу.

Психологічні особливості людини в кризовому стані

Характерне обмежене сприйняття ситуації – події сприймаються в «чорно-білих» тонах, за принципом «все або нічого». Людина не здатна побачити додаткові можливості виходу з критичної ситуації, окрім суїцидальної.

Безнадія і безпорадність – людина сприймає свій стан і ситуацію, як життєвий тупик. Вона не бачить перспектив виходу з кризи, не здатна уявити своє майбутнє. Вважає страждання нескінченними. Заперечує можливість поліпшення стану і впевнена, що «ніхто не хоче або не в змозі» їй допомогти.

Імпульсивність – ця риса може простежуватися в поведінці людини і в докризовий період. У кризі людина може діяти, не обдумуючи наслідки. Часто може вдаватися до актів самоушкодження.

Прослідковується двоїсте ставлення до суїциду – більшість людей не сприймають суїцидальну дію однозначно як «відхід з життя». Людям властиво сумніватися, вони часто відчують коливання «за» і «проти» певних вчинків. Людина коливається між бажанням «залишитися живим і змінити ситуацію» і «бажанням померти або заподіяти собі біль». Ці коливання зазвичай проявляються в поведінці і можуть бути використані оточуючими, як посилення тенденції до життя.

Вплив на інших й прагнення до смерті – в цьому аспекті суїцидальна поведінка спочатку також має дві грані: з одного боку вона має відношення до ідеї смерті або саморуйнування, з іншого боку, несвідомо спрямована на привернення уваги і на зміну поведінки оточуючих. У більшості суїцидальних актів є обидва елементи. Така поведінка викликає в оточуючих страх і роздратування, вони схильні змінити свою поведінку та ставлення до людини, щоб запобігти суїциду. Але сам спосіб маніпуляції іншими за допомогою самоушкодження є ознакою психологічного неблагополуччя. Суїцид сильно впливає на оточуючих, викликаючи суперечливі почуття: гнів, страх, провину, сором.

Принципи бесіди

- Нагальність. Вказівка на суїцидальний ризик говорить про те, що бесіда з такою людиною не може бути «відкладена».
- Бесіду слід проводити ізольовано, тому що в присутності інших співрозмовник може не розкрити своїх переживань.
- Спокійне, «приймаюче» ставлення. Важливо показати (словами, мімікою, жестами), що Ви приймаєте будь-які скарги співрозмовника, проявляєте повагу до його думок і цінностей, розумієте його почуття.
- Активне слухання. Важливо дати людині можливість висловити почуття про свої переживання. На початку бесіди досить простих питань про самопочуття, скаргах. Необхідно бути терплячим і не квапити співрозмовника, адаптуватися до його темпу ведення бесіди.
- Уникнення моральних оцінок. Необхідно уникати морального осуду і звинувачень. В іншому випадку контакт не буде продуктивним.
- Нейтральність до психопатології. Яким би не був стан співрозмовника, рекомендується пам'ятати, що будь-які симптоми є лише частиною переживань і особливостей людини. Не стигмітизуйте його як «психічно хворого».
- Щирість і уникнення нездійснених обіцянок. Рекомендується уникати обману або двозначних зауважень, які можуть бути невірно витлумачені. Співрозмовника потрібно проінформувати, що відомості про суїцидальні наміри будуть передані лікарю-психіатру або іншим фахівцям. Необхідно визначити межі своїх можливостей, того, що Ви можете і що не можете зробити для нього.
- Неодноразове прояснення інформації та опрацювання суїцидальних думок. Під час розмови деякі теми вимагають неодноразового прояснення, перш за все, тема суїцидальних думок і намірів. Питання про це повинні задаватися кілька разів по ходу бесіди

в різних формулюваннях. Чим більше людина говорить в бесіді про свої почуття і суїцидальні наміри, тим більша ймовірність того, що вони знизять свою «гостроту», і вона стане здатною міркувати більш позитивно.

- Запропонувати співрозмовнику план допомоги. Потрібно проінформувати про подальші дії фахівців (медиків, психологів), пояснити, що ефективна допомога не може бути надана тільки шляхом одноразової бесіди. Варто пояснити необхідність лікарського огляду, консультацій інших фахівців. Дуже важливо це робити так, щоб у людини не склалося враження, що від неї хочуть «позбутися», що її бояться.

Дотримання даних принципів спілкування сприяє формуванню довірчого контакту і дає можливість говорити про негативні почуття.

Чого слід уникати під час бесіди

- Переривати розповідь співрозмовника.
- Показувати, що Ви «шоковані», проявляти занадто сильні емоції.
- Виявляти заступницьке ставлення (розмовляти з позиції «старшої» або всезнаючої людини).
- Допускати неясність у висловлюваннях.
- Стимулювати на більш «серйозні» суїцидальні дії.
- Давати обіцянки про те, що Ви збережете «в таємниці» суїцидальні задуми.

Організація допомоги при виявленні ризику суїциду

При виявленні у людини ознак суїцидального ризику необхідно:

1. Забезпечити негайне спостереження за нею.
2. Продовжувати та підтримувати розмову.
3. Повідомити іншим фахівцям про можливу суїцидальну загрозу.
4. Негайно повідомити керівника свого підрозділу про можливий ризик суїцидальних дій.

5. Спробувати вилучити засоби, які можуть бути застосовані з метою самоушкодження (медикаменти, гострі предмети, мотузки, ремінці та ін.).

6. Забезпечити контроль над доступністю засобів суїциду (відкриті вікна, гострі предмети, медикаменти та ін.).

7. Налагодити контакт з родичами або іншими емоційно значущими особами, попередньо взявши згоду на це у клієнта.

Висновок до третього розділу

1. За результатами констатувального експерименту було розроблено психокорекційну програму, що розрахована на 5 занять. Форма проведення –

групова, приблизна тривалість – 2.5 години в залежності від емоційного стану і активності групи. Робота проводилася в рамках клієнт-центрованого підходу з використанням технік релаксації і візуалізації, арт-терапії та тілесно-орієнтованої терапії. Кожне заняття складається з трьох блоків. Перший блок включає в себе створення мотивації до майбутньої роботи, створення атмосфери безумовного прийняття і схвалення, збудження психічної активності учасників групи через проговорення свого емоційного стану, з яким вони починають заняття. Другий блок складається з вправ і технік, спрямованих на поліпшення емоційного стану, актуалізацію внутрішніх ресурсів, навчання навичкам спілкування, усвідомлення витоків проблеми, розвиток саморозуміння і самоприйняття, підвищення соціально-психологічної адаптації в кризових ситуаціях. Третій блок спрямований на зняття психоемоційного напруження за допомогою технік релаксації і візуалізації. Таким чином, профілактика суїцидальної поведінки можлива при комплексному системному підході виявлення і корекції факторів суїцидального ризику.

2. Оцінка ефективності впливу психокорекційної програми аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб проводилася за допомогою методів математичної статистики та математичного моделювання за t-критерієм Стьюдента. Аналіз отриманих даних показав, що за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.Н. Разуваєвої статистично значимі динамічні зрушення можемо спостерігати за шкалами «Неспроможність», «Соціальний песимізм», «Максималізм», «Часова перспектива» та «Антисуїцидальний фактор», що говорить про ефективність впровадженої психокорекційної програми. Лише за шкалою «Демонстративність» не було знайдено статистично значимих відмінностей – скоріш за все, її прояви можуть тісно корелювати із певними особистісними особливостями наркозалежних, які є відносно сталими та нелегко піддаються психокорекції. За показниками «Шкали безнадійності» Бека також були

встановлені статистично значимі відмінності після апробації психокорекційної програми.

3. На основі проведених досліджень були розроблені практичні рекомендації студентам-психологам щодо своєчасного виявлення та корекції аутоагресивної поведінки. Були описані ознаки суїцидального ризику, психологічні особливості людини в кризовому стані, принципи бесіди з клієнтом, що має прояви аутоагресивної поведінки та ключові аспекти організації допомоги при виявленні ризику суїцидальної поведінки.

ВИСНОВКИ

1. Отже, в даному дослідженні було здійснено теоретичний аналіз проблеми індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки та актуалізовано сутність поняття «аутоагресивна поведінка наркозалежних осіб» та особливості її прояву. За результатами аналізу основних теоретико-методологічних підходів до вивчення феномену аутоагресивної поведінки було зроблено висновок, що аутоагресивна поведінка на сьогоднішній день є досить маловивченим явищем в психології. Проведені останнім часом дослідження в цій області найчастіше, як правило, стосуються лише одного з проявів даної поведінки – суїциду. Найбільш актуальними на сьогоднішній день є наступні підходи до вивчення феномену аутоагресії: психоаналітичний, екзистенційний та соціально-психологічний. Особливу увагу сучасні дослідники також приділяють біопсихосоціальній моделі, оскільки вона є максимально інтегративною. Основними видами аутоагресивної поведінки можна назвати наступні: суїцидальна поведінка, розлади харчової поведінки, хімічна залежність, аутична поведінка, фанатизм, віктимність, захоплення екстремальними видами спорту та самопошкодження. При оцінці індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки серед наркозалежних необхідно акцентувати увагу на особливостях адиктивної особистісної структури, а також на тих деформаціях психіки, що є наслідком вже сформованої хімічної залежності. Люди, що страждають опіоманією, знаходяться в потенційній зоні ризику розвитку різних форм аутоагресивної поведінки, а особливо – суїцидальної.

2. Для діагностики індивідуальних особливостей аутоагресивної поведінки наркозалежних осіб було підбрано наступний комплекс психодіагностичних методик задля проведення констатувального експерименту: «Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості» (або Опитувальник Міні-Мульт); «16-факторний особистісний опитувальник» Р. Б. Кеттелла (форма А); «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.Н. Разуваєвої; «Шкала безнадійності» Бека. На основі інтерпретації отриманих балів за методикою «Скороченого

багатофакторного опитувальника для дослідження особистості» найбільшу вираженість серед опитаних отримали шкали іпохондрії (75%), депресії (87.5%) та психопатії (77.5%).

Підраховані бали методики «16-факторного особистісного опитувальника Р. Б. Кеттелла» можна інтерпретувати наступним чином: низькі показники Фактору С разом з високими показниками Фактору І говорять про те, що більшість респондентів сприймає все те, що з ними відбувається перш за все емоційно. Поєднання вираженості факторів Н і F відображає схильність до ризикованої поведінки. В той же час, низькі значення фактору F зустрічаються у тих, хто має схильність драматизувати події, ускладнювати те, що наразі відбувається. Настрій часто є низьким. Поєднання невисоких показників за шкалами Факторів Е та Q2 свідчать про низький лідерський потенціал особистості. Виражені показники по Фактору М свідчать про певну мрійливість та ідеалістичність, тобто схильність до ескапізму. Високі показники за шкалою Фактору О характеризують сильну тривожність у більшості опитаних.

Результати за «Опитувальником суїцидального ризику» в модифікації Разуваєвої мають наступний вигляд: у 70% опитаних респондентів має високий рівень шкала демонстративності, що говорить про бажання привернути увагу оточуючих до своїх проблем, отримати співчуття. Низький рівень унікальності (у 72.5% опитаних) характеризує ситуацію, коли людина не відчуває своєї особистісної цінності у цьому світі. Також можемо спостерігати високі показники неспроможності та соціального песимізму, що характеризує негативну концепцію власного «Я» (62.5%) та оточуючого світу (77.5%). У 77.5% опитаних високі показники за шкалою максималізму – певний локальний конфлікт має проєкцію на всі сфери життя та не може бути компенсований через емоційну фіксацію на проблемі.

За «Шкалою безнадійності» Бека підраховується один загальний бал, що характеризує вираженість негативного ставлення суб'єкта до власного майбутнього. Майже половина респондентів (47.5%) мають тяжкий та

помірний (32.5%) рівень безнадії, що говорить про необхідність психологічного супроводу.

3. На основі інтерпретації та аналізу результатів проведених методик було розроблено психокорекційну програму та проведено її апробацію. Програма розрахована на 5 занять. Форма проведення – групова, приблизна тривалість – 2.5 години. Робота проводилася в рамках клієнт-центрованого підходу з використанням технік релаксації і візуалізації, арт-терапії та тілесно-орієнтованої терапії. Кожне заняття складається з трьох блоків. Перший блок включає в себе створення мотивації до майбутньої роботи, створення атмосфери безумовного прийняття і схвалення, збудження психічної активності учасників групи через проговорення свого емоційного стану, з яким вони починають заняття. Другий блок складається з вправ і технік, спрямованих на поліпшення емоційного стану, актуалізацію внутрішніх ресурсів, навчання навичкам спілкування, усвідомлення витоків проблеми, розвиток саморозуміння і самоприйняття, підвищення соціально-психологічної адаптації в кризових ситуаціях. Третій блок спрямований на зняття психоемоційного напруження за допомогою технік релаксації і візуалізації. Таким чином, профілактика суїцидальної поведінки можлива при комплексному системному підході виявлення і корекції факторів суїцидального ризику.

4. Експериментальна перевірка ефективності впливу запропонованої психокорекційної програми, що має на меті зниження рівня аутоагресивної поведінки серед наркозалежних осіб, проводилася за допомогою методів математичної статистики та математичного моделювання за t-критерієм Стьюдента. Аналіз отриманих даних показав, що за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.Н. Разуваєвої статистично значимі динамічні зрушення можемо спостерігати за шкалами «Неспроможність», «Соціальний песимізм», «Максималізм», «Часова перспектива» та «Антисуїцидальний фактор», що говорить про ефективність впровадженої психокорекційної програми. Лише за шкалою

«Демонстративність» не було знайдено статистично значимих відмінностей – скоріш за все, її прояви можуть тісно корелювати із певними особистісними особливостями наркозалежних, які є відносно сталими та нелегко піддаються психокорекції. За показниками «Шкали безнадійності» Бека також були встановлені статистично значимі відмінності після апробації психокорекційної програми. На основі проведених досліджень були розроблені практичні рекомендації практичним, корекційним та клінічним психологам щодо своєчасного виявлення та корекції аутоагресивної поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александрівський Ю.А. Психіатрія на рубежі століть // Ю.А. Александрівський. Російський психіатричний журнал. 2000. М1. с.4-6.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суїцидального поведіння: Методич. рекомендації. М., 1980.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профілактика суїцидального поведіння: Методич. рекомендації. М., 1980.
4. Анохіна І.П., Біологічні механізми залежності від психоактивних речовин // Питання наркології. 1995. №2. С.27-31.
5. Анохіна І.П., Іванець М.М., Дробишева В.Я. Основні досягнення в області наркології, токсикоманії, алкоголізму // І.П.Анохіна, М.М. Іванець, В.Я. Дробишева. Вісник Російської Академії медичних наук. 1998. №7. С.29-32.
6. Бадіка С.В. Клінічний патоморфоз опійного абстинентного синдрому // Питання наркології. 1990. №2. С.23-25.
7. Бертрам Г. Катцунг. Базисная и клиническая фармакология. В 2 т. — М. —СПб, 1998. — Т. 1, 26 с.
8. Белік Г.В., Погосян О.Г. Абстиненція / голова ред. ради та автор передмови В. П. Черних ; Нац. фармац. ун-т України. — 2-ге вид., переробл. і доповн. — Київ : МОРІОН, 2010. — 32 с.
9. Благов Л.Н. Про проблеми реабілітації хворих з опіоїдною залежністю // Л.Н. Благов, Н.Г. Найдьонова, І.Б. Власова, І.М. Найдьонова. Наркологія. 2004. - №4. - С.38-41.
10. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. / Под ред. канд. мед. наук С. Н. Бокова. В 2-х томах. Т. 2. — Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. — 448 с.
11. Бохан Н.А. Рання профілактика і реабілітація хворих опійної наркоманією. / Н.А. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинський. РГКП «Республіканський науково-практичний Центр медико-соціальних проблем наркоманії», Павлодар, 2005. 287 с.

12. Бохан Н.А. Основні напрямки психотерапії в комплексній реабілітації хворих на наркоманію // Н.А. Бохан, А.І. Мандялина, Мазурова А. Медико-фармацевтичний журнал "Консиліум", Новосибірськ, 2000.-№4 (14) .- С.42-45.

13. Валентік Ю.В. Терапевтичні спільноти - основа найбільш успішних програм реабілітації хворих на наркоманію. / Ю.В. Валентік. Профілактика та реабілітація в наркології. № 1, 2002. - С. 23-30.

14. Васильєва О.С. Осознание смысла жизни как средство профилактики 1. суицидального поведения подростков// Журн. практ. психолога. -2000. -№ 10/11. -С. 103-107.

15. Волкова А.Н. Психолого-педагогическая поддержка детей суицидентов//Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. -1998, №2. С. 36-43.

16. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР; сост.: А.Г. Амбурова, В.А. Тихоненко. -М., 1980. 48

17. Карвасарский Б.Д. Психотерапия [Электронный ресурс] / Б.Д. Карвасарский, Н.Г. Незнанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.

18. Кондратьев М. Ю., В. А. Ильин. /Азбука социального психолога-практика : справочно-энциклопедическое издание - Москва : Per Se, 2007. - 463 с.

19. Короленко Ц.П., Дмитрієва Н.В. Психосоціальна аддіктологія. Новосибірськ, Вид-во «Олсіб», 2001 - 251 с.

20. Леонова Л.Г., Короленко Ц.П., Бочкарьова Н.Л. Вплив соціуму на формування адиктивних механізмів // Сибірський вісник психіатрії та наркології. 1999. - № 2-3. - С. 113-115.

21. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе = Psychoanalytic diagnosis:

Understanding personality structure in the clinical process. — М.: Класс, 1998. — 480 с)

22. МКБ-10, «F50. Расстройства приёма пищи».

23. Общая психология: слов. / под ред. А. В. Петровского. - М.: Per Se; СПб. : Речь, 2005. - 250 с.; - (Психологический лексикон: энцикл. слов. в 6 т.)

24. Пилягина Г. Я., Чумак С. А. Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения // Суицидология.— 2014.— № 2(15).— Т.5. — С.3 — 20.

25. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учеб. пособие. М.: Флинта: МПСИ, 2016

26. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. 2013. Т. 4. № 2 (11). С. 7-25.

27. Реан, Артур Александрович. Психология личности в трудах зарубежных психологов. Хрестоматия. — 1-е издание. — Санкт-Петербург, 2001. — 320 с.

28. Ривман Д. В. Виктимологические факторы и профилактика преступлений. Л., 1975. С. 9.

29.Розанов В.А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития № 1(75) I - II 2010 г. :Наукові дискусії)

30. Ромек В.Г. В.А. Конторович, Е.И. Крукович, Психологическая помощь в кризисных ситуациях, СПб., Речь, 2004г.

31. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия [Электронный ресурс] / Старшенбаум Г. В. - М. : Когито-Центр, 2005.

32. Стрілець І.В. Клініка наркоманії: основні синдроми і клінічні форми // Психіатрія і псіхофармакотерапія.-1999 N3.-С. 16-17.
33. Судаков К.В. Біологічні мотивації як основа наркотичної залежності і алкогольного потягу // Питання наркології.-1990 Вип.3, -С.3-14.
34. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах [Электронный ресурс] / сост. А.Н.Моховиков - М.: Когито-Центр, 2001.
35. Франкл В. Человек в поисках смысла :сборник,/В.Франкл; под общ. ред. Л.Я. Гозмана, Д.А. Леонтьева; пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
36. Хиллман Дж. Самоубийство и душа [Электронный ресурс] / Хиллман Дж. Пер. с англ. - М. : Когито-Центр, 2004. - (Юнгианская психология).
37. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12. № 3. С. 97-104.
38. Чирко В.В. Перебіг та наслідки наркоманії за даними віддаленого катамнез // Журнал неврології і психіатрії, -1998.-N.6-С. 19-22.
39. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств// Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М: Когито-Центр, 2001. С. 353-359.
40. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Шустов Д. И. - М. : Когито-Центр, 2004.
41. Яворская С.А. Коркина В. М., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. — Изд. 2-е, переработанное. — Москва: Медицина, 1968. — 448 с.

42. Sheldon, William H. The Varieties of Temperament (A Psychology of Constitutional Differences) Harper & Brothers, 1942

ДОДАТКИ

Додаток А

**Опитувальник Міні-мулт (скорочений багатофакторний
опитувальник для дослідження особистості - СБОО)**

ОПИС

Методика дозволяє оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей, рівень адаптації особистості до соціального оточення.

Методика в основному розрахована на обстеження дорослих осіб (від 16 до 80 років, з освітою не нижче 6-7 класу середньої школи), з збереженим інтелектом.

Опитувальник Міні-мульти являє собою скорочений варіант ММРІ, містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 - оцінні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють ширість досліджуваного, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Решта 8 шкал є базисними й оцінюють властивості особистості.

Час проведення опитування не обмежується. При цьому СБОО досить економічний: середній час обстеження займає близько 15 хв, а обробка отриманих даних - всього 5-6 хв.

Інструкція: «Напишіть своє прізвище та інші відомості про себе на бланку відповідей.

Нижче слідує твердження, що стосуються стану Вашого здоров'я і Вашого характеру. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Не витрачайте часу на роздуми. Найбільш природне те рішення, яке першим приходить в голову.

Якщо твердження по відношенню до Вас вірно, то поставте, будь ласка, косий хрестик у лівому квадраті поруч з відповідним номером Бланка відповідей (цей квадратик розташований в колонці, позначеній буквою "в").

Якщо твердження по відношенню до Вас невірно, то поставте хрестик у лівому квадраті, розташованому праворуч від відповідного номера на Бланку відповідей (колонка позначена буквою "н").

Усі відповіді повинні бути внесені в доданий Бланк відповідей.»

ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА

1. У Вас хороший апетит?
2. Вранці Ви зазвичай відчуваєте, що виспалися і відпочили.
3. У вашому повсякденному житті маса цікавого.
4. Ви працюєте з великою напругою.
5. Часом Вас приходять в голову такі нехороші думки, що про них краще не розповідати.
6. У Вас дуже рідко буває запор.
7. Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.
8. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
9. Часом Вас турбує нудота і позиви на блювоту.
10. У вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
11. Іноді Вам хочеться вилятися.
12. Щотижня Вам сняться кошмари.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З Вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.

15. Ви досягли б в житті набагато більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.
16. У дитинстві Ви один час скоювали крадіжки.
17. Бувало, що по кілька днів, тижнів або цілих місяців Ви нічим не могли зайнятися, тому що важко було змусити себе включитися в роботу.
18. У Вас переривчастий і неспокійний сон.
19. Коли Ви знаходитесь серед людей, Вам чуються дивні речі.
20. Більшість знаючих Вас людей не вважають Вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше Вашого.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більш, ніж Ви.
23. Дуже багато перебільшують свої нещастя, щоб домогтися співчуття і допомоги.
24. Іноді ви гнівайтесь.
25. Вам безумовно не вистачає впевненості в собі.
26. У вас часто бувають посмикування в м'язах.
27. У Вас часто буває почуття, ніби Ви зробили щось неправильно або негарне.
28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
29. Деякі так люблять командувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони праві.
30. Ви вважаєте, що проти Вас щось замишляють.
31. Більшість людей здатне домагатися вигоди не зовсім чесним шляхом.
32. Вас часто турбує шлунок.
33. Часто ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були в поганому настрої і роздратовані.
34. Часом Ваші думки текли так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.
35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.
36. Часом Ви впевнені у власній непотрібності.
37. В останні роки Ваше самопочуття було в основному хорошим.
38. У Вас бували періоди, під час яких Ви щось робили і потім не могли пригадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не відчували себе краще, ніж тепер.
41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.
42. З пам'яттю у Вас все благополучно.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою Ви тільки що познайомилися.
44. Велику частину часу Ви відчуваєте загальну слабкість.
45. У Вас рідко болить голова.

46. Іноді Вам бувало важко зберегти рівновагу при ходьбі.
47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрасти Ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що робили вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте, що Ви занадто сором'язливі.
51. Ви майже завжди про що-небудь тривожитесь.
52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.
53. Іноді Ви трохи брешете.
54. Часом Ви відчуваєте, що Вам незвичайно легко приймати рішення.
55. У Вас буває сильне серцебиття і Ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальні, але відхідливі.
57. У Вас бувають періоди такого занепокоєння, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени сім'ї часто чіпляються до Вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людини, якій не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншого.
61. Іноді Ви сповнені енергії.
62. За останній час у Вас погіршився зір.
63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У Вашому житті були випадки (можливо, тільки один), коли Ви відчували, що на Вас діє гіпноз.
65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи в суспільстві, Ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.
68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.
69. Часом Ваша голова працює як би повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтесь в людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

ОБРОБКА

До методики додається спеціальний бланк, де на одній стороні фіксуються відповіді досліджуваного. Якщо досліджуваний згоден з твердженням, то в клітці з номером питання він ставить знак «+» («так», «вірно»), якщо не згоден - знак «-» («ні», «невірно»). На зворотному боці бланка експериментатор будує профіль особистості досліджуваного з урахуванням значення шкали корекції, додаючи до сирих балів відповідне значення шкали корекції. Таблиця цих значень наведена на бланку.

БЛАНК ТЕСТУ

Прізвище І.Б. _____ Вік _____ Стать _____

Освіта _____ Дата _____

(Поруч з номером при відповіді «вірно» закресліть квадратик «В», при відповіді «невірно» - квадратик «Н»).

<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	L
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 61	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 62	<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 64	<input type="checkbox"/>	K
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 66	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 68	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 69	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 70	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 71	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Значення *шкали K* додається до базисних шкалами № 1, 4, 7, 8, 9.

До сирим балам значення *шкали K* додають за наступною схемою

Шкала $Hs = Hs + (0.5 * K)$;

Шкала $Pd = Pd + (0.4 * K)$;

Шкала $Pt = Pt + K$;

Шкала $Sc = Sc + K$;

Шкала $Ma = Ma + (0.2 * K)$;

Наприклад: якщо за *шкалою K* отримано 9 балів, то до значення шкали № 1, виходячи з таблиці, додають 5 балів, до значення шкали № 4 - 4 бали, до значень шкал № 7 та № 8 по 9 балів, до значення шкали № 9 - 2 бали.

Після отримання остаточних значень будують профіль

Оціночні шкали:

1. Шкала брехні (L).

2. Шкала вірогідності (F).

3. Шкала корекції (К).

Базисні шкали:

1. Іпохондрії (Hs).
2. Депресії (D).
3. Істерії (Hy).
4. Психопатії (Pd).
6. Паранойяльності (Pa).
7. Психастенія (Pt).
8. Шизоїдний (Se).
9. Гіпоманія (Ma).

Опитування рекомендується проводити індивідуально або в групі, за наявності у кожного досліджуваного тексту опитувальника і бланка для відповідей, у присутності експериментатора, якому досліджувані можуть задавати питання.

Ключ

Шкали	Відповіді	№ питання
<i>L</i>	Н	5, 11, 24, 47, 53
<i>F</i>	Н	22, 24, 61
	В	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
<i>K</i>	Н	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61,

		65,67,69,70
1 (Hs)	H	1, 2, 6, 37, 45
	B	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
2 (D)	H	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 65, 71
	B	9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44
3 (Hy)	H	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	B	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4 (Pd)	H	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	B	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
6 (Pa)	H	28,29,31,67
	B	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
7 (Pt)	H	2, 3, 42
	B	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
8 (Se)	H	3, 42
	B	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
9 (Ma)	H	43
	B	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Для швидкого додавання до сирих балів відповідаючих значень шкали корекції можна скористатися таблицею коефіцієнтів корекції

Таблиця коефіцієнтів корекції

K	0,5K	0,4K	0,2K
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3

12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0

Як користуватися шкалою корекції

1. Необхідно подивитися скільки балів за *шкалою корекції К* отримав респондент.

2. Знаходимо цей бал в стовпчику *К*.

3. У рядку, навпаки знайденого балу, буде вказано, скільки балів необхідно додати до сирих балів респондента за відповідними шкалами.

Приклад

За *шкалою корекції К* респондент отримав 6 балів. Знаходимо 6 балів в стовпчику *К*. Дивимося, що написано у відповідному рядку:

- до сирих балів за 7 і 8 шкалами потрібно додати 6 балів;
- до сирих балів за 1 шкалою потрібно додати 3 бали;
- до сирих балів за 4 шкалою потрібно додати 2 бали;
- до сирих балів за 9 шкалою потрібно додати 1 бал.

Наведений вище бланк зручний для експрес-аналізу первинних даних. Однак для отримання більш точного профілю з урахуванням статі необхідно використовувати наступну таблицю:

Стать	Чоловіки		Жінки	
	М	δ	М	δ
Вік	40,5	15,85	39,3	14,89
L	1,48	1,23	1,51	1,19
F	3,1	2,3	2,64	1,71
К	7,68	3,42	7,72	2,64

1	7,24	3	8,47	2,92
2	7,02	2,68	7,96	3
3	9,73	2,91	11,53	3,38
4	10,39	2,13	9,76	1,9
6	4,03	1,74	4,77	2
7	13,57	2,51	14,48	2,27
8	13,68	2,83	13,52	2,8
9	6,23	1,55	6,35	1,91

Переклад сирих балів (після додавання відповідних значень по *Шкалі Корекції*) як і в тесті ММРІ виробляють за такою формулою:

$$T = 50 + \frac{10(X - M)}{\delta}$$

де X - сирий бал, а M і δ - значення взяті з таблиці.

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Високими оцінками по всіх шкалах, після побудови профілю особистості, є оцінки, що перевищують 70. Низькими оцінками вважаються оцінки нижче 40.

16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма А)

Інструкція: Вам пропонується дати відповідь на ряд запитань опитувальника, метою якого є визначення особливостей Вашого характеру, нахилів та інтересів. Не існує запитань, на які можна дати "правильну" або "неправильну" відповіді, тому що вони відображають лише особливості, притаманні різним людям. Якщо ж Ви бажаєте отримати рекомендації, що правильно відображали б особливості проявів Вашого характеру у різних ситуаціях, намагайтеся відповідати більш точно та правдиво. Коли відповідаєте на запитання, Ви можете вибрати один із трьох запропонованих варіантів відповідей. Номер відповіді на бланку повинен відповідати номеру запитання. Пам'ятайте: -питання надто короткі, щоб містити в собі усі необхідні подробиці, уявляйте типові ситуації, не замислюйтесь над деталями; -не втрачайте багато часу на роздуми, давайте першу відповідь, що спадає Вам на думку; -намагайтеся за хвилину дати відповіді на декілька запитань, тоді Ви завершите роботу приблизно за 35хвилин; -намагайтеся уникати "невизначених" відповідей, окрім тих випадків, коли визначено відповісти дійсно неможливо (але не більше однієї "невизначеної" відповіді на 5-6 запитань); -відповіді давайте на всі запитання підряд, не пропускаючи жодного; -не намагайтеся своїми відповідями справити приємне враження. Вільно висловлюйте власну думку.

ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА

1. Я добре зрозумів інструкцію до цього опитувальника:
а -так,

- б -не впевнений,
в -ні.
2. Я готовий щиро відповісти на запитання:
а -так,
б -не впевнений,
в -ні.
3. Я хотів би мати дачу:
а -у людному дачному селищі,
б -надав би перевагу чомусь середньому,
в -усамітно в лісі.
4. Я можу знайти у собі достатньо сил, щоби справитися з життєвими труднощами:
а -завжди,
б -зазвичай,
в -рідко.
5. Коли я бачу диких звірів, мені стає трохи ніяково, навіть якщо вони надійно замкнені у клітках:
а -так,
б -не впевнений,
в -ні.
6. Я утримуюсь від критики людей та їх поглядів:
а -зазвичай,
б -іноді,
в -ні.
7. У мене є такі якості, за якими я маю перевагу над іншими людьми:
а -так,
б -важко відповісти,
в -ні.
8. Я люблю заздалегідь планувати свої справи та діяти згідно з прийнятим планом:
а -так,
б -важко відповісти,
в -ні.
9. Якби я побачив двох сусідських дітей, які б'ються:
а -надав би їм можливість самим з'ясувати свої стосунки,
б -не знаю, що зробив би,
в -спробував би розібратись у їхній суперечці.
10. На зборах та у компаніях:
а -легко виходжу вперед,
б -вірно щось середнє,
в -я тримаюсь осторонь.
11. Як на мене, цікавіше бути:
а -інженером-конструктором,
б -не знаю чому віддати перевагу,

в -драматургом.

12. Мені легко підкорятися наказам, навіть якщо вони видаються мені не зовсім розумними:

а -так, я розумію, що без цього не буде порядку,

б -щось середнє,

в -ні, мені важко, навіть коли знаю, що потрібно.

13. Зазвичай я спокійно ставлюся до самовдоволених людей, навіть якщо вони вихваляються або іншим чином показують, якої високої думки про себе:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

14. Коли я розглядаю хмари на небі:

а -я думаю про погоду,

б -не знаю, що відповісти,

в -я бачу в них різні образи.

15. Я вважаю, що найнуднішу щоденну роботу завжди треба доводити до кінця, навіть якщо видається, що у цьому немає необхідності:

а -згідний,

б -не впевнений,

в -не згідний.

16. Я хотів би взятися за роботу:

а -де можна працювати багато, навіть із ризиком невдачі (втрати в грошах),

б -не знаю,

в -з твердим, середнім за розмірами окладом.

17. Людина, яка здатна не показувати свої почуття оточенню, видається мені:

а -виверткою,

б -важко сказати,

в -вихованою.

18. Зрідка у мене виникає почуття раптового страху або невизначеного хвилювання, сам не знаю, від чого:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

19. Коли мене несправедливо критикують за те, у чому я не винен:

а -ніякого почуття вини у мене не виникає,

б -вірно щось середнє,

в -я все ж таки почуваюся трохи винним.

20. На роботі у мене буває більше труднощів із людьми, які:

а -відмовляються застосовувати сучасні методи роботи,

б -не знаю, що вибрати,

в -намагаються щось змінити в роботі, яка й так іде нормально.

21. Коли я приймаю рішення, то керуюся більше:
а -серцем,
б -щось середнє,
в -розумом.
22. Люди були би щасливими, якби вони більше часу проводили у товаристві своїх друзів:
а -так,
б -вірно щось середнє,
в -ні.
23. Коли я складаю плани на майбутнє, я часто розраховую на те, що мені пощастить:
а -так,
б -важко відповісти,
в -ні.
24. Коли я розмовляю, то схильний:
а -висловлювати свої думки зразу, як тільки вони приходять в голову,
б -вірно щось середнє,
в -спочатку добре зібратися з думками.
25. Навіть якщо я чимось дуже розгніваний, я заспокоююсь досить швидко:
а -так,
б -вірно щось середнє,
в -ні.
26. За однакового робочого дня та зарплатні, я хотів би працювати:
а -столяром або кухарем,
б -не знаю, що вибрати,
в -офіціантом у гарному ресторані.
27. У мене було:
а -дуже мало виборних посад,
б -декілька,
в -багато виборних посад.
28. "Лопата" так відноситься до "копати", як "ніж" до:
а -гострий,
б -різати,
в -точити.
29. Іноді якась нав'язлива думка не дає мені заснути:
а -вірно,
б -не впевнений,
в -невірно.
30. У своєму житті я, як правило, досягаю тієї мети, яку ставлю перед собою:
а -так, вірно,
б -не впевнений,
в -невірно.

31. Застарілий закон потрібно змінювати:
а -тільки після детального обговорення,
б -вірно щось середнє,
в -негайно.
32. Мені стає ніяково, коли хтось вимагає від мене швидких дій, які певним чином впливають на інших людей:
а -так,
б -дещо середнє,
в -ні.
33. Більшість знайомих вважає мене веселим співрозмовником:
а -так,
б -не впевнений,
в -ні.
34. Коли я бачу неприємних, неохайних людей:
а -це мене не хвилює,
б -щось середнє,
в -вони викликають у мене неприязнь і відразу.
35. Я трохи розгублююся, якщо несподівано опиняюся у центрі уваги:
а -так,
б -щось середнє,
в -ні.
36. Я завжди радий приєднатися до великої компанії, наприклад, зустрітися з друзями, піти на танці, взяти участь у цікавих заходах:
а -так,
б -щось середнє,
в -ні.
37. У школі я надавав перевагу:
а -урокам музики (співів),
б -важко відповісти,
в -заняттям у майстернях, ручній праці.
38. Якщо мене призначають відповідальним за щось, я вимагаю, щобимої розпорядження чітко виконувались, бо інакше відмовляюся від доручення:
а -так,
б -іноді,
в -ні.
39. З деяких питань я займаю непохитну позицію:
а -завжди,
б -іноді,
в -ні.
40. Мені цікаві люди, які багато в чому зі мною не погоджуються, з якими можна зав'язати дискусію:
а -так,
б -важко сказати,

в -ні.

41. Якщо у новій компанії хтось багато і голосно сміється, це говорить про те, що він:

а -людина життєрадісна,

б -важко сказати,

в -не вміє себе стримувати.

42. Я надав би перевагу спілкуванню з людьми ввічливими, аніж із прямолінійними:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

43. Коли мене критикують на людях, це мене вкрай пригнічує:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

44. Якщо мене викликає до себе начальник, то я:

а -користуюся нагодою попросити те, що мені потрібно,

б -щось середнє,

в -непокоюся, що зробив щось не так.

45. Я ніяковію, якщо моя думка щодо прочитаної книги, переглянутого фільму розійшлась із загальновизнаною:

а -так,

б -важко сказати,

в -ні.

46. Перш, ніж висловити свою думку:

а -я намагаюся дізнатися думку інших,

б -важко сказати,

в -я не чекаю нагоди.

47. Коли я навчався у старших класах, то брав участь у спортивному житті школи:

а -досить часто,

б -час від часу,

в -рідко.

48. Я підтримую вдома гарний порядок і майже завжди знаю, що де лежить:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

49. Коли я думаю про те, що має відбутися протягом дня, я нерідко відчуваю неспокій:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

50. Іноді я сумніваюсь, чи дійсно люди, з якими я спілкувався, цікавляться тим, що я говорю:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

51. Якби мені довелося вибирати, я хотів би бути:

а -лісничим,

б -важко вибрати,

в -вчителем старших класів.

52. До дня народження, до свят:

а -я люблю робити подарунки,

б -важко відповісти,

в -гадаю, що придбання подарунків -дещо неприємний обов'язок.

53. "Стомлений" так відноситься до "робота", як "гордий" до:

а -посмішка,

б -успіх,

в -щасливий.

54. Яке з наведених слів не підходить до двох останніх:

а -свічка,

б -місяць,

в -лампа.

55. Мої друзі:

а -мене не підводили,

б -зрідка,

в -підводили досить часто.

56. Я роблю людям різкі критичні зауваження, якщо мені здається, що вони на це заслуговують:

а -зазвичай,

б -іноді,

в -ніколи.

57. Коли я засмучений, я будь-що намагаюся приховувати свої почуття від інших:

а -так,

б -скоріше щось середнє,

в -ні.

58. Я хотів би ходити у кіно або інші місця розваг:

а -частіше, ніж один раз на тиждень,

б -раз на тиждень (як більшість),

в -рідше одного разу на тиждень (рідше, ніж більшість).

59. Я вважаю, що особиста свобода у поведінці більш важлива, ніж гарні манери та дотримання правил етикету:

а -так,

б -не впевнений,

в -ні.

60. У присутності людей більш поважних, ніж я (старших за мене, або з великим досвідом чи вищих застатусом), я схильний триматися скромно:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

61. Мені важко розповісти щось великій групі людей або виступати перед великою аудиторією:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

62. Я добре орієнтуюся на незнайомій місцевості, легко можу сказати, де північ, південь, схід і захід:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

63. Якщо хтось розгнівався би на мене:

а -я спробував би його заспокоїти,

б -не знаю, що зробив би,

в -це викликало б у мене роздратування.

64. Якщо з людиною говорити відверто, на чистоту, вона ніколи не образиться, навіть якщо не все почуте буде їй приємно:

а -вірно,

б -важко сказати,

в -не вірно.

65. У наш час потрібно:

а -більше дисциплінованих, сумлінних людей,

б -щось середнє,

в -більше витончених романтиків, ентузіастів.

66. Іноді я говорю стороннім речі, які видаються мені важливими, навіть якщо вони мене про це не запитують:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

67. Я вважаю, що невимушеність у поведінці важливіша за дотримання правил гарного тону:

а -правильно,

б -не впевнений,

в -ні.

68. Буває так, що я уникаю зустрічей із кимось, бо почувуюся боржником, який не виконує обіцянок:

а -дуже рідко,

б -буває,

в -досить часто.

69. Іноді мені говорять, що мій голос і вигляд часто виказують моє хвилювання:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

70. Коли я був підлітком і моя думка не збігалася з батьківською, я зазвичай:

а -залишався при власній думці,

б -середнє між "а" і "в",

в -поступався, визнаючи їх авторитет.

71. Я хотів би працювати в окремій кімнаті, а не разом із колегами:

а -так,

б -не впевнений,

в -ні.

72. Я волів би жити тихо, так, як мені самому подобається, аніж бути предметом захоплення завдяки моїм успіхам:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

73. У багатьох відношеннях я вважаю себе достатньо зрілою людиною: а -вірно, б -не впевнений, в -ні.

74. Критика у тому вигляді, в якому її здійснюють люди, скоріше вибиває мене з колії, ніж допомагає:

а -часто,

б -зрідка,

в -ніколи.

75. Я завжди в змозі контролювати прояви своїх почуттів:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

76. Мене дратують люди, які "літають у хмарах":

а -сильно,

б -посередньо,

в -майже не дратують.

77. "Здивування" так відноситься до "незвичайний", як "страх" до:

а -сміливий,

б -неспокійний,

в -жахливий.

78. Який із наведених дробів не підходить до двох інших:

а -3/7,

б -3/9,

в -3/11.

79. Мені здається, що багато людей не помічають або уникають мене, хоч я і не розумію, чому:

- а -так,
- б -не впевнений,
- в -ні.

80. Люди ставляться до мене менш доброзичливо, ніж я того заслуговую своїм добрим до них ставленням:

- а -дуже часто,
- б -іноді,
- в -ніколи.

81. Коли мені дістається роль керівника:

- а -я ніяковію та розгублююся,
- б -вірні щось середнє,
- в -я відчуваю піднесення.

82. Я маю, безумовно, менше друзів, аніж більшість людей:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

83. Я люблю бувати там, де гучно та весело:

- а -так,
- б -не знаю,
- в -ні.

84. Люди називають мене легковажним, хоча і вважають приємною людиною:

- а -так,
- б -не впевнений,
- в -ні.

85. У звичайних ситуаціях у товаристві я відчуваю хвилювання, тільки не таке, яке відчуває актор перед виходом на сцену:

- а -досить часто,
- б -зрідка,
- в -навіть чи коли.

86. Коли я перебуваю серед невеликої групи людей, я задовольняюся тим, що тримаюся осторонь і частіше надаю можливість говорити іншим:

- а -так,
- б -не впевнений,
- в -ні.

87. Мені більше подобається читати:

- а -реалістичні описи гострих воєнних та політичних конфліктів,
- б -не знаю, що вибрати,
- в -роман, що збуджує уяву, почуття.

88. Коли намагаються мною керувати, я навмисне роблю все навпаки:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

89. Якщо керівництво або члени сім'ї у чомусь докоряють мені, то це, як правило, заслужено:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

90. Мені не подобається манера деяких людей "втупитися" та безцеремонно дивитись на людину в магазині або на вулиці:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

91. Під час спільної подорожі:

а -я можу так захопитися спілкуванням зі співрозмовником, що перестану помічати, куди та як ми їдемо,

- б -важко відповісти,
- в -я завжди слідкую за тим, куди ми їдемо.

92. У жартах про смерть немає нічого поганого чи такоого, що суперечить доброму смаку:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

93. Якщо мої знайомі погано поводяться зі мною і не приховують своєї неприязні:

- а -це ніскільки мене не пригнічує,
- б -щось середнє,
- в -я занепадаю духом.

94. Я почуваюся ніяково, коли мені говорять компліменти або хвалять:

- а -вірно,
- б -щось середнє,
- в -ні.

95. Людина не має права виходити з колективу, якщо колектив проти цього:

- а -так,
- б -важко сказати,
- в -ні.

96. Мені легше вирішувати складне питання чи проблему:

- а -якщо я обговорюю їх з іншими,
- б -щось середнє,
- в -якщо я обдумую їх насамоті.

97. Я із задоволенням беру участь у громадському житті, в роботі різних комісій:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

98. Коли я виконую якусь роботу, я не заспокоюся, доки не будуть враховані навіть найнезначніші деталі:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

99. Іноді зовсім незначні перешкоди дуже сильно дратують мене:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

100. Я сплю міцно, ніколи не розмовляю уві сні:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

101. Якби я працював у сфері обслуговування, мені було б цікаво:

а -спілкуватись із замовниками, клієнтами,

б -щось середнє,

в -вести рахунки та іншу документацію.

102. "Розмір" так відноситься до "довжини", як "нечесний" до:

а -тюрма,

б -порушення,

в -злочин.

103. "АБ" так відноситься до "ГВ", як "СР" до:

а -ПО,

б -ОП.

в -ТУ.

104. Коли я потрапляю у компанію людей, чії норми поведінки дозволяють використання нецензурних слів, я розгублююся:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

105. Коли я слухаю музику, а поруч голосно розмовляють:

а -це мені не заважає, я можу зосередитись,

б -щось середнє,

в -це псує мені задоволення та дратує мене.

106. Думаю, що про мене буде правильніше сказати, що я:

а -ввічливий та спокійний,

б -щось середнє,

в -енергійний та наполегливий.

107. Я вважаю, що:

а -жити треба за принципом "зробив діло –гуляй сміло",

б -дещо середнє між "а" і "в",

в -жити треба весело, не надто турбуючись про завтрашній день.

108. Краще бути обережним та вичікувати, ніж радіти наперед, у глибині душі смакуючи успіх:

- а -згоден,
- б -щось середнє,
- в -не згоден.

109. Якщо я замислююся про можливі труднощі у своїй роботі:

- а -я намагаюся заздалегідь скласти план, як їх подолати,
- б -щось середнє,
- в -думаю, що справлюся з ними, коли вони з'являться.

110. Я легко при звичаююся у будь-якому оточенні:

- а -так,
- б -не впевнений,
- в -ні.

111. Коли потрібно трохи дипломатії та вміння у чомусь людей переконати, зазвичай звертаються до мене:

- а -так,
- б -вірно щось середнє,
- в -ні.

112. Мені було б цікавіше:

- а -консультувати молодих людей, допомагати їм у виборі роботи,
- б -важко відповісти,
- в -працювати інженером-економістом.

113. Якщо я абсолютно впевнений, що людина чинить несправедливо або егоїстично, я заявляю їй про це, навіть якщо це загрожує мені деякими неприємностями:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

114. Коли люди поводять себе безглуздо:

- а -я спокійно думаю, що на помилках вчаться,
- б -не впевнений,
- в -я починаю хвилюватись і намагаюся втрутитись.

115. Я часто так задумуюсь над якоюсь новою ідеєю, що стаю розсіяним:

- а -навіть чи,
- б -можливо,
- в -вірно.

116. Якщо мені доводиться довго сидіти на зборах, не розмовляючи та без руху, я ніколи не відчуваю потреби малювати чисоватися на стільці:

- а -згоден,
- б -не впевнений,
- в -не згоден.

117. Якщо моїм задумам заважають тільки люди, а не об'єктивні обставини, я дію відповідно із задумами:

- а -так,

б -не впевнений,
в -ні.

118. Передчуття, щона мене очікує якесь покарання, навіть якщо я не зробив нічого поганого, виникає у мене:

а -часто,
б -іноді,
в -рідко.

119. Якщо я знаю, що не виконаю своїх обіцянок з поважних об'єктивних причин:

а -я можу спокійно розповісти про ці причини,
б -не знаю, що відповісти,

в -я все одно сильно непокоюсь, оскільки про мене можуть думати, що я винен.

120.Я вважаю, що в інтересах справи людейна виборних посадах слід змінювати:

а -регулярно,
б -важко відповісти,
в -залежно від авторитету.

121.При однаковій зарплатні я хотів би:

а -брати індивідуальну роботу додому,
б -важко щось вибрати,
в -працювати в установі, на підприємстві.

122.Працюючи над чимось, я надав би перевагу зробити це:

а -у колективі,
б -не знаю, що вибрав би,
в -самостійно.

123.Бувають періоди, коли важко втриматися від почуття жалю до самого себе:

а -часто,
б -іноді,
в -ніколи.

124.Люди дуже часто виводять мене з себе:

а -так,
б -щось середнє,
в -ні.

125.Я завжди можу без особливих труднощів позбутися старих звичок і більше до них не повертатись:

а -так,
б -щось середнє,
в -ні.

126.Урочистість та статечність обов'язково маютьбути супутниками будь-якого церемоніалу:

а -так.
б -не впевнений,

в -ні.

127. "Краще" так відноситься до "найгірше", як "повільне" до:

а -швидке,

б -найкраще,

в -найшвидше.

128.Яке з наступних сполучень знаків повинно продовжити цей ряд -XOOOOXHOOOXXX:

а -OXXX,

б -OOXX,

в -XOOO.

129.Коли настає час для здійснення того, що я заздалегідь планував та очікував, я інколи почуваю себе не в змозі це зробити:

а -згоден,

б -щось середнє,

в -не згоден.

130. Зазвичай я можу зосереджено працювати, не звертаючи уваги на те, що люди навколо дуже шумлять:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

131. Я говорю про свої бажання та плани:

а -рідко, тільки коли запитують,

б -щось середнє,

в -досить часто, інакше про них забудуть.

132. Я проводжу багато часу, обговорюючи з друзями ті приємні події, які ми разом пережили колись:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

133.Я отримую задоволення від ризикованих вчинків, які я роблю тільки заради потіхи:

а -так,

б -вірно щось середнє,

в -ні.

134.Мене дратує вигляд неприбраного помешкання:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

135.Я вважаю себе дуже товариською (відкритою) людиною:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

136.У спілкуванні з людьми:

а -я не намагаюся стримувати почуття,

б -щось середнє,
в -я приховую свої почуття.

137.Я люблю музику:

а -легку, жваву, холоднувату,

б -щось середнє,

в -емоційно насичену та сентиментальну.

138. Мене більше захоплює краса вірша, ніж краса та досконалість зброї:

а -так,

б -не впевнений,

в -ні.

139.Якщо моє вдале зауваження залишилося непоміченим:

а -я не повторюю його,

б -важко відповісти,

в -повторюю своє зауваження знову.

140.Мені хотілось би вести роботу серед неповнолітніх правопорушників, яких звільнено на поруки:

а –так,

б -щось середнє,

в -ні.

141. Для мене дуже важливо:

а -зберегти добрі стосунки з людьми,

б -дещо середнє,

в -вільно висловлювати свої почуття.

142. У туристичній подорожі я волів би дотримуватися програми, складеної спеціалістами, а не планувати свій маршрут самостійно:

а -так,

б -не впевнений,

в -ні.

143. Люди дуже часто жартують із такою легковажною недбалістю, що ображають мене:

а -часто,

б -щось середнє,

в -рідко.

144. Мені не складно придумати, як віддячити комусь:

а -вірно,

б -не знаю,

в -ні.

145.Коли необхідно швидко прийняти відповідальне рішення, я відчуваю труднощі через те, що не можу зібратися з думками:

а -так,

б -не знаю,

в –ні.

146. Я волію планувати свої справи сам, без стороннього втручання та чужих порад:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

147. Іноді на мої вчинки впливає те, що я комусь заздрю:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

148. Мені легко примусити себе класти речі на свої місця, навіть коли я дуже поспішаю:

- а -так,
- б -важко відповісти,
- в -ні.

149. Я починаю нервувати, коли замислююся про все, що на мене очікує:

- а -так,
- б -ні,
- в -іноді.

150. Якщо я беру участь у якійсь грі, а присутні голосно висловлюють свої міркування, мене це виводить з рівноваги:

- а -згоден,
- б -не впевнений,
- в -не згоден.

151. Мені здається, що цікавіше бути:

- а -художником,
- б -не знаю, що вибрати,
- в -директором театру або студії.

152. Яке із наступних слів не підходить до двох інших:

- а -якийсь,
- б -декілька, в -більша частина.

153. "Полум'я" так відноситься до "спеки", як "троянда" до:

- а -шип,
- б -червоні пелюстки,
- в -запах.

154. У мене часто бувають такі хвилюючі сни, що я прокидаюся:

- а -часто,
- б -зрідка,
- в -практично ніколи.

155. Навіть якщо дехто проти успіху якогось починання, я завжди вважаю, що варто ризикувати:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

156. Мені подобаються ситуації, коли я мимоволі опиняюсь у ролі керівника, тому що краще за інших знаю, що повинен зробити колектив:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

157. Я хотів би одягатися скромно, так, як усі, а не яскраво та оригінально:

а -згоден,

б -щось середнє,

в -ні.

158. Вечір, який проведено за улюбленим заняттям, приваблює мене більше, ніж жвава вечірка:

а -згоден,

б -щось середнє,

в -ні.

159. Деколи я нехтую добрими порадами людей, хоч і знаю, що не повинен був би цього робити:

а -зрідка,

б -навіть чи коли,

в -ніколи.

160. Коли я приймаю рішення, вважаю обов'язковим враховувати основні норми поведінки "що таке добре і що таке погано":

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

161. Мені не подобається, коли люди дивляться, як я працюю:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

162. Якщо у колективі не прийнято засуджувати людей за помилки:

а -я не буду осуджувати,

б -важко відповісти,

в -я все одно буду "стояти" за вимогливість.

163. У школі я надавав перевагу (надаю перевагу):

а -українській мові,

б -важко відповісти,

в -математиці.

164. Іноді я засмучувався через те, що люди говорили про мене погано поза очі без усяких на те причин:

а -так,

б -важко відповісти,

в -ні.

165. Розмови про щоденні турботи:

а -важливіші за абстрактні розмірковування,

б -не знаю, що відповісти,

в -дратують мене своєю приземленістю та прозаїчністю.

166. Деякі речі викликають у мене такий гнів, що я намагаюся взагалі про них не говорити:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

167. У вихованні важливіше:

а -оточити дитину теплом та турботою,

б -щось середнє,

в -виробити у дитини бажані навички та погляди.

168. Люди вважають мене спокійною, рівноваженою людиною, яка залишається незворушною за будь-яких обставин:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

169. Люди, старші за мене, частіше бувають праві, бо у них більше досвіду:

а -так,

б -не знаю,

в -ні.

170. Я буду непокоїтись, якщо хтось подумає, ніби я ухиляюся від правил, які є прийнятими у колі наших знайомих:

а -дуже,

б -посередньо,

в -ні.

171. Я краще засвоюю матеріал:

а -коли читаю добре написану книгу,

б -дещо середнє,

в -коли беру участь у колективному обговоренні.

172. Я часто відхиляюся від наміченого плану, коли втрачаю інтерес до процесу його виконання:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

173. Перш, ніж висловити свою думку, я намагаюся зрозуміти, наскільки я врахував усі деталі питання:

а -так,

б -не знаю,

в -ні.

174. Іноді дрібниці нестерпно діють мені на нерви, хоча я і розумію, що це пусте:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

175. Я часто говорю під впливом моменту таке, про що пізніше доводиться жалкувати:

а -згоден,

б -не впевнений,

в -не згоден.

176. Якби мене попросили організувати збір грошей на подарунок комусь або взяти участь в організації ювілейних урочистостей:

а -я погодився б,

б -не знаю, що зробив би,

в -сказав би, що дуже зайнятий.

177. Яке із наступних слів не підходить до двох інших:

а -широкий,

б -зигзагоподібний,

в -прямий.

178. "Швидко" так відноситься до "ніколи", як "близько" до:

а -ніде,

б -далеко,

в -геть.

179. Якщо я зробив якийсь промах у товаристві, я досить швидко про це забуваю:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

180. Моє оточення знає, що у мене багато різних ідей і я майже завжди можу запропонувати якесь вирішення проблеми:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

181. Я хотів би мати роботу:

а -з визначеним і постійним заробітком,

б -вірно дещо середнє,

в -із вищим заробітком, який би залежав від моїх зусиль.

182. Мене вважають дуже запальною людиною:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

183. Мені подобається робота різноманітна, пов'язана із частими змінами та поїздками, навіть якщо вона трохи небезпечна:

а -так,

б -щось середнє,

в -ні.

184. Я людина дуже пунктуальна і завжди наполягаю на тому, щоб усе виконувалось якомога точніше:

- а -згоден,
- б -щось середнє,
- в -не згоден.

185. Мені приносить задоволення робота, яка потребує добросовісного ставлення, точних навичок і вмінь:

- а -так,
- б -щось середнє,
- в -ні.

186. Я належу до енергійних людей, які завжди чимось зайняті:

- а -так,
- б -не впевнений,
- в -ні.

187. Я добросовісно відповів на всі запитання і жодного не пропустив:

- а -так,
- б -не впевнений,
- в -ні.

ОБРОБКА ДАНИХ

Обробка отриманих даних проводиться за допомогою "ключа". Співпадання відповідей досліджуваного з "ключем" оцінюється у два бали для відповідей "а" та "в", співпадання відповіді "б" -в один бал. Сума балів у кожній виділеній групі запитань дає в результаті значення для фактору. Винятком є фактор "В" – тутспівпадання відповіді з "ключем" завжди дає 1 бал.

Факт ори	а = 2	б = 1	в = 2
А	3, 52, 101, 126,	3,26,27,51,52,76,101,126,151,176	26,27,51,76,151

	176		
B	Всі відповіді поодному балу 152,177, 178	28,53,54,78,103,128	77,102,127,153
C	4,30,55,104,105,130,179	4,5,29,30,55,79,80,104,105,129,130,154,179	5,29,79,80,129,154
E	7,56,131,155,156,180,181	6,7,31,32,56,57,81,106,131,155,156,180,181	6,31,57,32,81,106
F	33,58,83,132,133,182,183	8,33,58,82,83,107,108,132,133,157,158,182,183	8,82,107,108,157,158
G	109,134,160,184,185	9,34,59,84,109,134,159,160,184,185	9,34,59,84,159
H	10,36,110,111,135,136,186	10,35,36,60,61,85,86,110,111,135,136,161,186	35,60,61,85,86,161
I	12,37,112,138,163	11,12,37,62,87,112,137,138,162,163	11,62,87,137,162
L	38,88,113,114,164	13,38,63,64,88,89,113,114,139,164	13,63,64,89,139
M	39,40,65,91,115,116,140	14,15,39,40,65,90,91,115,116,140,141,165,166	14,15,90,141,165,166
N	17,42,117,142,167	16,17,41,42,66,67,92,117,142,167	16,41,66,67,92
O	18,43,69,94,118,119,143	18,19,43,44,68,69,93,94,118,119,143,144,168,	19,44,68,93,144,168
Q1	20,46,70,145,169	20,21,45,46,70,95,120,145,169,170	21,45,95,120,170
Q2	47,71,72,146,171	22,47,71,72,96,97,121,122,146,171	22,96,97,121,122
Q3	48,73,98,148,173	23,24,48,73,98,123,147,148,172,173	23,24,123,147,172
Q4	49,50,74,99,124,149,174	25,49,50,74,75,99,100,124,125,149,150,174,175	25,75,100,125,150,175

Переведення «сирих» балів у стени. Стени розподіляються за біполярною шкалою з крайніми значеннями в 1 та 10 балів. Відповідно, першій половині шкали (від 1 до 5.5) надається знак "-". Другій половині (від 5.5 до 10) - знак "+". Із показників, отриманих за всіма факторами, будується так званий "профіль особистості".

При інтерпретації приділяється увага, в першу чергу, найбільш низьким та найбільш високим значенням факторів у профілі, особливо тим показникам, які знаходяться у межах від 1 до 3 стени та від 8 до 10 стени.

Аналізується також сукупність факторів у їх взаємозв'язках за такими блоками:

=> Інтелектуальні особливості:

ф.В - загальний рівень інтелекту, здатність до навчання;

ф.М -рівень розвитку уяви.

ф.Q1-сприйняття нового, аналітичність мислення.

=> Емоційно-вольові особливості:

ф.С -емоційна стійкість (сила "Я");

ф.G-рівень морального контролю, відповідальність, організованість;

ф.I -чутливість;

ф.O -тривожність.

ф.Q3-самоконтроль;

ф. Q4-фрустрованість.

Фактори O та Q4-складають блок тривожності.

=> Комунікативні властивості та особливості міжособистісної взаємодії:

ф.А -товариськість, уважне ставлення до людей;

ф.Е -домінантність та сила нервової системи;

ф.Ф-експансивність, динамізм спілкування;

ф.Н -активність у соціальних контактах (сміливість);

ф. L-ставлення до людей;

ф.N-дипломатичність;

ф.Q2-конфліктність та залежність від групи.

«Шкала безнадійності» Бека

На кожне з нижчеперелічених питань, ви можете відповісти «ВІРНО» або «НЕВІРНО», за що отримаєте відповідну кількість балів.

1. Я чекаю майбутнього з надією та ентузіазмом;
2. Мені пора здатися, тому що я нічого не можу змінити на краще;
3. Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди;
4. Я не можу уявити, на що буде схоже моє життя через 10 років;
5. В мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися;
6. У майбутньому я сподіваюся домогтися успіху в тому, що мені найбільше подобається;
7. Майбутнє представляється мені в темряві;
8. Я сподіваюся отримати в житті більше благ, ніж середньостатистична людина;

9. У моєму житті немає нічого світлого, як і причин сподіватися, що незабаром воно з'явиться;
10. Мій минулий досвід добре підготував мене до майбутнього;
11. Все, що я бачу попереду, - скоріше, неприємності, ніж радості;
12. Я не сподіваюся досягти того, чого дійсно хочу;
13. Коли я дивлюся в майбутнє, то сподіваюся бути щасливішим, ніж зараз;
14. Справи йдуть не так, як мені хочеться;
15. Я вірю в своє майбутнє;
16. Я ніколи не досягаю того, чого хочу. Тому вважаю, що хотіти чогось - нерозумно;
17. Малоімовірно, що в майбутньому я отримаю реальне задоволення;
18. Майбутнє представляється мені розпливчастим і невизначеним;
19. У майбутньому на мене чекає більше хороших днів, ніж поганих;
20. Марно намагатися отримати те, чого я хочу, тому що, ймовірно, я цього не доб'юся.

Інтерпретація

Твердженнями приписується значення в балах, рівне числовому значенню відповіді у бланку відповідей. Ряд пунктів підраховується в зворотних значеннях:

Варіант відповіді	Пряме твердження	Зворотнє твердження
Зовсім невірно	1 бал	4 бали
Скоріш невірно	2 бали	3 бали
Скоріш вірно	3 бали	2 бали
Дуже вірно	4 бали	1 бал

Підрахунок сирих балів

За шкалою підраховується один загальний бал, при цьому ряд питань інтерпретується в «прямому», а ряд - в «зворотному» напрямках.

Пряме твердження	Зворотнє твердження
Безнадійність 2, 4, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20	1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19.

Інтерпретація результатів

0-3 бали - безнадія не виявлена;

4-8 балів - безнадія легка;

9-14 балів - безнадія помірною;

15-20 балів - безнадія важка.

Опитувальник суїцидального ризику (модифікація Т.Н. Разуваєвої)

Мета: експрес-діагностика суїцидальної ризику; виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних спроб самогубства.

Інструкція: Я буду зачитувати твердження, а Ви в бланку для відповідей ставити в разі згоди з твердженням "+", в разі незгоди з твердженням "-".

1. Ви все відчуваєте гостріше, ніж більшість людей.
2. Вас часто долають похмурі думки.
3. Тепер Ви вже не сподіваєтеся досягти бажаного положення в житті.
4. У разі невдачі Вам важко почати нову справу.
5. Вам безумовно не щастить у житті.
6. Вчитися Вам стало важче, ніж раніше.
7. Більшість людей задоволені життям більше, ніж Ви.
8. Ви вважаєте, що смерть є спокутою гріхів.
9. Тільки зріла людина може прийняти рішення піти з життя.
10. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
11. Зазвичай Ви обережні з людьми, які відносяться до Вас дружелюбнее, ніж Ви очікували.
12. Ви вважаєте себе приреченою людиною.
13. Мало хто щиро намагається допомогти іншим, якщо це пов'язано з незручностями.
14. У Вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
15. Людина, яка вводить інших в спокусу, залишаючи без нагляду цінне майно, винна приблизно так само, скільки й та, хто це майно викрадає.
16. У Вашому житті не було таких невдач, коли здавалося, що все скінчено.
17. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
18. Ви вважаєте, що завжди потрібно вчасно поставити крапку.

19. У Вашому житті є люди, прихильність до яких може дуже вплинути на Ваші рішення і навіть змінити їх.

20. Коли Вас ображають, Ви прагнете будь-що-будь довести кривдникові, що він вчинив несправедливо.

21. Часто Ви так переживаєте, що це заважає Вам говорити.

22. Вам часто здається, що обставини, в яких Ви опинилися, відрізняються особливою несправедливістю.

23. Іноді Вам здається, що Ви раптом зробили щось погане або навіть гірше.

24. Майбутнє представляється Вам досить безпросвітним.

25. Більшість людей здатні добиватися вигоди не зовсім чесним шляхом.

26. Майбутнє занадто розпливчате, щоб будувати серйозні плани.

27. Мало кому в житті довелося випробувати те, що пережили недавно Ви.

28. Ви схильні так гостро переживати неприємності, що не можете викинути думки про це з голови.

29. Часто Ви дієте необдуманно, підкоряючись першому пориву.

Опрацювання результатів

По кожному субшкальному діагностичному концепту підраховується сума позитивних відповідей. Отриманий бал зрівнюється в значеннях з урахуванням індексу (див. Таблицю №1). Робиться висновок про рівень сформованості суїцидальних намірів і конкретних факторах суїцидального ризику.

Таблиця №1

Субшкальний діагностичний коефіцієнт	Номери тверджень	Індекс
Демонстративність	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Афективність	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Унікальність	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Неспроможність	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Соціальний песимізм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Злам культурних бар'єрів	8, 9, 18	2, 3
Максималізм	4, 16	3, 2
Часова перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуїцидальний фактор	19, 21	3, 2

Зміст субшкальних діагностичних концептів

1. Демонстративність. Бажання привернути увагу оточуючих до своїх нещастя, домогтися співчуття і розуміння. Може оцінюватися зі сторони часом як "шантаж", "істероїдність", проте часто демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини як "крик про допомогу". Найбільш суїцидонебезпечними є поєднання з емоційної регідністю, коли "діалог зі світом" може зайти надто далеко.

2. Афективність. Домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації. Готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. В крайньому варіанті - афективна блокада інтелекту.

3. Унікальність. Сприйняття себе, ситуації, і, можливо, власного життя в цілому як явища виняткового, не схожого на інші, а отже такого, що передбачає виняткові варіанти виходу, зокрема, суїцид. Тісно пов'язана з феноменом "непроникності" для досвіду, тобто з недостатнім умінням використовувати свій і чужий життєвий досвід.

4. Неспроможність. Негативна концепція власної особистості. Роздуми про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібності, "вимкнення" зі світу. Дана Субшкала може бути пов'язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та іншу неспроможність. Формула зовнішнього монологу - "Я поганий".

5. Соціальний песимізм. Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу як ворожого, який не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини відносини з оточуючими.

6. Злам культурних бар'єрів. Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять її в якійсь мірі привабливою. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури і кіно. В крайньому варіанті - інверсія цінності смерті і життя. За відсутності виражених піків по інших шкалах це може говорити тільки про "екзистенцію смерті". Одна з можливих внутрішніх причин культу смерті - доведена до патологічного максималізму смислового установка на самодіяльність: "Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування".

7. Максималізм. Інфантильний максималізм ціннісних установок. Поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах.

8. Тимчасова перспектива. Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильної заглибленості в справжню ситуацію, трансформацією почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок в майбутньому.

9. Антисуїцидальний фактор. Навіть при високій вираженості всіх інших факторів є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку.

Це боязнь болю і фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи.

Зведені результати дослідження

Розподіл показників шкал за методикою «Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості»

Шкали	Високий рівень (кількість чол./%)	Середній рівень (кількість чол./%)	Низький рівень (кількість чол./%)
Іпохондрії (Hs)	30 (75%)	7 (17,5%)	3 (7.5%)
Депресії (D)	35 (87.5%)	3 (7.5%)	2 (5%)
Істерії (Hy)	10 (25%)	20 (50%)	10 (25%)
Психопатії (Pd)	31 (77.5%)	5 (12.5%)	4 (10%)
Паранойяльності (Pa)	11 (27.5%)	15 (37.5%)	14 (35%)
Психастенії (Pt)	0 (0%)	1 (2.5%)	39 (97.5%)
Шизоїдності (Sc)	8 (20%)	12 (30%)	20 (50%)
Гіпоманії (Ma)	36 (90%)	2 (5%)	2 (5%)

Розподіл показників шкал за методикою «16 факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма А)»

Шкали	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Фактор А	17 (42.5%)	12 (30%)	11 (27.5%)
Фактор В	19 (47.5%)	12 (30%)	9 (22.5%)
Фактор С	32 (80%)	7 (17.5%)	1 (2.5%)
Фактор Е	29 (72.5%)	6 (15%)	5 (12.5%)
Фактор F	27 (67.5%)	10 (25%)	3 (7.5%)
Фактор G	30 (75%)	7 (17.5%)	3 (7.5%)
Фактор Н	3 (7.5%)	8 (20%)	29 (72.5%)
Фактор І	4 (10%)	6 (15%)	30 (75%)
Фактор L	13 (32.5%)	15 (37.5%)	12 (30%)
Фактор М	2 (5%)	10 (25%)	28 (70%)
Фактор N	12 (30%)	12 (30%)	16 (40%)
Фактор О	3 (7.5%)	4 (10%)	33 (82.5%)
Фактор Q1	10 (25%)	14 (35%)	16 (40%)
Фактор Q2	31 (77.5%)	3 (7.5%)	6 (15%)
Фактор Q3	29 (72.5%)	7 (17.5%)	6 (15%)
Фактор Q4	12 (30%)	17 (42.5%)	11 (27.5%)

Порівняльні дані показників до та після впровадження
психокорекційної програми за методикою «Опитувальник суїцидального
ризиків»

Субшкальний діагностичний концепт	Показники до впровадження психокорекційної програми			Показники після впровадження психокорекційної програми		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Демонстративність	2(5%)	10(25%)	28(70%)	11(25.7%)	19(47.5%)	10(25%)
Неспроможність	7(17.5)	8 (20%)	25(62.5%)	22(55%)	9(22.5%)	9(22.5%)
Соціальний песимізм	1(2.5%)	8(20%)	31(77.5%)	29(72.5%)	6(15%)	5(12%)
Максималізм	3(7.5%)	6(15%)	31(77.5%)	32(80%)	5(12%)	3(7.5%)
Часова перспектива	2(5%)	2(5%)	36(90%)	30(75%)	7(17.5%)	3(7.5%)
Антисуїцидальний фактор	26(65%)	10(25%)	4(10%)	8(20%)	12(30%)	20(50%)

Порівняльні дані показників до та після впровадження
психокорекційної програми за методикою «Шкала безнадійності»

Рівень безнадійності	Показники до впровадження психокорекційної програми (кількість респондентів)	Показники після впровадження психокорекційної програми (кількість респондентів)
Безнадійність не виявлена	0 (0%)	5 (12.5%)
Легка	8 (20%)	33 (82.5%)
Помірна	13 (32.5%)	2 (5%)
Тяжка	19 (47.5%)	0 (0%)

**Психокорекційна програма аутоагресивної поведінки
наркозалежних осіб**

Заняття 1. Проведення ознайомчого групового заняття в реабілітаційному центрі для наркозалежних. Робота з таблицею почуттів «Я відчуваю...». Розбір особистісного запиту. Встановлення емоційного контакту між групою та ведучою. Проведення асоціативного тесту Фрейда «Відношення до життя» у форматі інтерактиву.

Інструкція до тесту: беріть аркуш паперу, ручку, відключайте логіку, включайте уяву та просто записуйте відповіді на питання. Довго не думати, писати коротко і чітко.

1. Ви стоїте на березі і вдивляється в море. Що ви відчуваєте?
2. Ви йдете по лісі і опускаєте погляд, дивіться на землю. Що ви бачите? Запишіть, які почуття у вас виникають.
3. Ви спостерігаєте за чайками, літаючими в небі у вас над головою. Що ви відчуваєте
4. Ви спостерігаєте за бігаючими, резвящимися кінями. Які емоції ви відчуваєте?
5. Ви стоїте посеред пустелі, і перед вами - стіна, кінця якої не видно в обидва боки. Здається, вона нескінченна ... У стіні - невелика дірочка, крізь яку видно оазис. Що ви будете робити?
6. Блукаючи по пустелі, ви знаходите глечик, до країв наповнений водою. Які ваші дії?
7. Ви загубилися в лісі, вже настала ніч, а ви все блукаєте. Раптом ви бачите будинок, у вікнах горить світло. Що будете робити?
8. Ви загубилися в густому тумані, вам нічого не видно. Перша річ, яку ви захочете зробити?

Записали відповіді? А тепер давайте дізнаємося, що вони означали.

Це ваше ставлення до життя, очікування від неї і бажання.

1. Це ваше ставлення до життя в цілому, ваші цілі і бажання
2. Це ваші почуття по відношенню до вашим близьким.
3. Ваше ставлення до чоловіків.
4. Ваше ставлення до жінок.
5. Це те, як ви вирішуєте більшість проблем.
6. Таким чином ви вибираєте вашого партнера.
7. Ваше ставлення до шлюбу і створення сім'ї.
8. Ваше ставлення до смерті.

Заняття 2. Групове заняття на тему: «Тригери зриву». Робота з тривожними станами та компульсивом. Техніки емоційної саморегуляції в кризовому стані та зняття афективної фіксації на проблемах. Тілесно-орієнтована техніка «Ребефінг» (за Л. Орром). Інструкція до техніки:

Крок перший. Сядьте або ляжте в тихому місці, де немає відволікаючих чинників. Можете поставити якусь спокійну музику у фоновому режимі, яка допоможе увійти у глибокий розслаблений стан.

Крок другий. Дихайте глибоко і починайте відраховувати від 50 до 1. Коли ви робите це, потрібно поступово розслабляти кожен м'яз свого тіла з голови до ніг.

Крок третій. Як тільки ви повністю розслабитесь, спрямовуйте свою увагу до особистого притулку. Там ви знайдете все, що змушує вас відчувати себе спокійно, безтурботно і щасливо.

Як тільки ви опинитесь в цьому місці, можете направити візуалізацію в декількох напрямках. Для початку можете просто насолоджуватися миром і гармонією моменту. Або використовувати це місце для підтвердження своїх цілей, цінностей і пріоритетів. Можливо, там чекає людина, яка є для вас авторитетом? Поговоріть з нею про свої проблеми й обговоріть рішення.

Заняття 3.Проведення групової арт-терапії. Малюнок на тематику «Залежне та тверезе Я». Формування установок щодо сприйняття власного майбутнього.

Заняття 4. Групове заняття на тему: «Самооцінка та самоцінність». Комплекс технік візуалізації (за психологом А.Річардсоном)

Інструкція до техніки «Підвищення самооцінки»:

Вступне слово. Незалежно від того, чи відчуваєте ви недолік впевненості або ж страждаєте від низької самооцінки, можете використовувати візуалізацію як інструмент для того, щоб відчувати себе краще в цих двох аспектах.

Виконуємо техніку через три кроки.

Крок перший. Закрийте очі і уявіть, що ви стоїте у великій порожній кімнаті.

Крок другий. Один за іншим візуалізуйте людей, які заходять в цю кімнату. Вони підходять до вас і або вітають й роблять компліменти, або визнають вашу роботу та зусилля.

Крок третій. Коли кімната повна людей, візуалізуйте себе, розповідаючи всім про свої досягнення. Обов'язково дякуйте їм за підтримку і цінний зворотний зв'язок.

Зрозуміло, ви можете змінити цей метод візуалізації, «запускаючи» в кімнату відомих людей або наставників. Також можете представляти людей, які виступають з промовами про те, наскільки вони цінують вас.

Підвищення впевненості в собі і самооцінки – процес дуже повільний, проте при достатній наполегливості можна скоротити кількість часу. Тренуйтеся від 10 до 20 хвилин кожен день і поступово почнете відчувати, що у вас є сили для того, щоб змінити себе і своє життя.

Заняття 5.Проведення групового інформаційного заняття для созалежних родичів на тему: «Суїцид: розпізнати та попередити». Характеристика індивідуальних особливостей наркозалежних осіб та специфіки форм прояву аутоагресії при наркоманії.

Інформаційний блок:

Цілі і мотиви суїцидальної поведінки вельми різноманітні. Зазвичай, вони пов'язані як зі спробою вплинути на соціальне оточення (родичі, партнери, медичні працівники і т.д.), так і з ідеями смерті або позбавлення від страждання, страху та інших важких переживань. У більшості випадків важко однозначно визначити, чи є дана аутоагресивна поведінка «маніпуляцією» або «істинним» прагненням до смерті. Тому необхідно уважно ставитися до будь-яких суїцидальних висловлювань і спроб. Частіше за інших зустрічаються такі мотиви суїцидальної поведінки:

- «Крик про допомогу», заклик (як правило, це і є суїцидальна спроба) – щоб звернути увагу оточуючих на свій стан і знайти допомогу.
- Протест, помста – провокується почуттям «образи», «несправедливості». Суїцидальні дії (спроба або суїцид) викликають почуття провини у близької людини в ситуації конфлікту.
- Уникнення страждання – провокується неприйнятною для людини зміною життєвої ситуації (розлучення, борги, кримінальне покарання та ін.). За різним ступенем усвідомленості суїцидальний акт може використовуватися як засіб маніпуляції іншими. При цьому ступінь його небезпеки для людини може залишатися досить високою.
- Покарання себе – провокується фізичними або психологічними стражданнями. Смерть або самопошкодження представляється як спосіб їх перервати. Провокується надмірним почуттям провини.
- Возз'єднання – мотив, що виходить із фантазії про возз'єднання з коханою людиною після смерті. Такі уявлення можуть ставати актуальними при переживанні тяжкої втрати.

Причини суїцидальної поведінки різноманітні. Їх неможливо звести лише до психічного розладу або кризової ситуації, яку переживає людина. Існують фактори ризику, присутність яких збільшує ймовірність аутодеструкції.

Ознаки суїцидального ризику

I. Наявність суїцидальних намірів:

- Фантазії і думки про смерть, самоушкодження, самогубство.
- Ознаки «прощання»: роздача боргів, подарунків, написання заповіту, «прощальних» листів.
- Суїцидальні погрози. Нерідко висловлювання носять прямий характер («Я накладу на себе руки»), але частіше суїцидальні тенденції проявляються в непрямих загрозах.
- Суїцидальні спроби раніше. Чим більше кількість і вище тяжкість парасуїцидів, тим вище ймовірність подальшої суїцидальної поведінки.

- Планування суїциду. Чим чіткіше людина представляє час, місце і спосіб суїцидальних дій, тим вище ймовірність реалізації суїциду.
- Наявність ресурсу до суїциду. Наявність певних предметів, медикаментів у великих кількостях, отрутохімікатів, вогнепальної зброї, тощо. Ризик збільшується при наявності прямого доступу до цих ресурсів.

II. Наявність депресії, тривоги та інших психопатологічних симптомів

III. Наявність стресової ситуації

IV. Якість соціальної підтримки

Наявність підтримки з боку найближчого оточення (рідних, друзів, товаришів по службі, соціальних служб) може сприяти запобіганню самогубства. Відсутність підтримки (проживання в самоті, замкнутий спосіб життя або наявність ворожого оточення) значно підсилює ризик суїциду.

V. Бажання приймати допомогу

Співпраця людини з тими, хто надає їй допомогу, значно збільшує шанси на успішний результат в критичній ситуації. Емоційна закритість, приховування суїцидальних намірів, небажання приймати допомогу є ознаками несприятливого прогнозу.

Психологічні особливості людини в кризовому стані

Характерне обмежене сприйняття ситуації – події сприймаються в «чорно-білих» тонах, за принципом «все або нічого». Людина не здатна побачити додаткові можливості виходу з критичної ситуації, окрім суїцидальної.

Безнадія і безпорадність – людина сприймає свій стан і ситуацію, як життєвий тупик. Вона не бачить перспектив виходу з кризи, не здатна уявити своє майбутнє. Вважає страждання нескінченними. Заперечує можливість поліпшення стану і впевнена, що «ніхто не хоче або не в змозі» їй допомогти.

Імпульсивність – ця риса може простежуватися в поведінці людини і в докризовий період. У кризі людина може діяти, не обдумуючи наслідки. Часто може вдаватися до актів самоушкодження.

Прослідковується двоїсте ставлення до суїциду – більшість людей не сприймають суїцидальну дію однозначно як «відхід з життя». Людям властиво сумніватися, вони часто відчують коливання «за» і «проти» певних вчинків. Людина коливається між бажанням «залишитися живим і змінити ситуацію» і «бажанням померти або заподіяти собі біль». Ці коливання зазвичай проявляються в поведінці і можуть бути використані оточуючими, як посилення тенденції до життя.

Вплив на інших й прагнення до смерті – в цьому аспекті суїцидальна поведінка спочатку також має дві грані: з одного боку вона має відношення до ідеї смерті або саморуйнування, з іншого боку, несвідомо спрямована на привернення уваги і на зміну поведінки оточуючих. У більшості суїцидальних актів є обидва елементи. Така поведінка викликає в оточуючих страх і роздратування, вони схильні змінити свою поведінку та ставлення до

людини, щоб запобігти суїциду. Але сам спосіб маніпуляції іншими за допомогою самоушкодження є ознакою психологічного неблагополуччя. Суїцид сильно впливає на оточуючих, викликаючи суперечливі почуття: гнів, страх, провину, сором.