

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У НАРКОЛОГІЧНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДАХ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПОЇДІВ ТА НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН.....	3
1.1 Проблема залежності та виникнення адитивної поведінки людини, види залежності.....	3
1.2 Основні підходи до психологічної реабілітації осіб залежних від опоїдів та наркотичних речовин.....	6
1.3 Теоретичні основи подолання залежності засобами психологічної реабілітації.....	Error! Bookmark not defined.
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У НАРКОЛОГІЧНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДАХ .	8
2.1 Особливості проведення психологічної реабілітації у наркологічних реабілітаційних закладах	8
2.2 Аналіз методології психологічної реабілітації залежних осіб в наркологічних реабілітаційних закладах	8
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНОЇ МОЛОДІ.....	9
3.1 Організація та інструментарій дослідження.....	9
3.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження	Error! Bookmark not defined.
3.3 Рекомендації удосконалення реабілітації наркозалежної молоді в умовах наркологічних реабілітаційних закладів.....	Error! Bookmark not defined.
ВИСНОВКИ.....	16
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	Error! Bookmark not defined.
ДОДАТКИ	Error! Bookmark not defined.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Складні соціально-економічні умови та одночасне наростання кризи у різних сферах: психічному, соціальному та матеріальному середовищі життєдіяльності людини, виклики, пов'язані з пандемією COVID-19 та неоголошеною війною викликали серйозні зміни в психологічному стані та світогляді багатьох сучасних людей. Вони залучаються до шкідливих звичок, які згодом призводять до нав'язливого потягу, що може перетворюватися в манію, певного типу поведінкової моделі, форми адиктивної поведінки.

Об'єктом дослідження визначено процес реабілітації осіб залежних від опоїдів та наркотичних речовин.

Предметом дослідження обрано психологічні засади реабілітації осіб залежних від опоїдів та наркотичних речовин.

Мета дослідження: виявлення особливостей та дослідження необхідних умов психологічної реабілітації осіб залежних від опоїдів та наркотичних речовин у наркологічних реабілітаційних закладах.

Для досягнення мети дослідження поставлені наступні **завдання:**

1. Дослідити проблему залежності та виникнення адиктивної поведінки людини, виявити види залежності.
2. Проаналізувати основні підходи до психологічної реабілітації осіб залежних від опоїдів та наркотичних речовин
3. Науково обґрунтувати теоретичні основи подолання залежності засобами психологічної реабілітації.
4. Дослідити особливості проведення психологічної реабілітації у наркологічних реабілітаційних закладах.
5. Розробити рекомендації удосконалення реабілітації наркозалежної молоді в умовах наркологічних реабілітаційних закладів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПОЇДІВ ТА НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

1.1 Проблема залежності та виникнення адитивної поведінки людини, види залежності

В останні роки адиктивна поведінка стає об'єктом уваги психологів, лікарів, соціологів, правоохоронців, широкої громадськості, і, розглядаючи та оцінюючи це явище з різних сторін, вони шукали найефективніші засоби його профілактики та соціального контролю. Профілактика та реабілітація осіб, залежних від наркотиків та опоїдів неможлива без урахування психологічних механізмів адитивного процесу. Соціокультурні умови сучасної цивілізації вимагають від людини чималих можливостей і, певною мірою, мистецтва виживання та адаптації, щоб бути психічно здоровим і не обтяжуватися різними видами залежності.

Схильність до залежності є особистим новоутворенням, тобто готовністю до різних видів залежності. *Особистісні тенденції до адиктивної поведінки:*

1. Відсутність мотивації досягнення, відмова розглядати себе як об'єкт діяльності, перевага мотивації уникнення.
2. Неповнота прогностичної функції.
3. Низький рівень розвитку самосвідомості та відсутність навичок ретроспективи.
4. Слабкий розвиток самодисципліни та самоконтролю.
5. Перевага екстернального локусу контролю.
6. Низький рівень самооцінки (включаючи відкидання образу «Я», що може бути приховане захисними діями, які демонструють підвищення самооцінки).
7. Емоційна нестійкість.
8. Переваги пасивних форм психологічного захисту.

9. Схильність реагувати на фрустраційні ситуації, такі як «фіксація самозахисту», викликане невпевненістю в собі (людина намагається захистити своє «Я», що може означати наявність слабкої та вразливої особистості).
10. Неузгодженість самооцінки та рівня домагань. Це проявляється в нелогічних і непослідовних діях, пов'язаних з подоланням життєвих перешкод (поєднання підвищеного рівня домагань і зниження самооцінки).
11. Схильність уникати реальності в стресових ситуаціях (висока потреба змінити стан свідомості як засіб розв'язання проблем) [24, с. 166].

За класифікацією О. Змановської залежність має наступні форми [42, с. 10] (рис. 1.1):

хімічна залежність

- куріння, наркоманія, токсикоманія, залежність від ліків, алкоголізм

порушення харчової поведінки

- переїдання, голодування, відмова від їжі

залежність від азартних ігор – гемблінг

- комп'ютерна залежність, азартні ігри

сексуальна залежність

- зоофілія, фетишизм, трансвестизм, ексгібіціонізм, вуаєризм, садомазохізм

релігійна деструктивна поведінка

- релігійний фанатизм, причетність до сект

Рис. 1.1. Класифікація видів залежностей

Соціальні фактори:

- нестабільність суспільства, доступність психоактивних речовин; відсутність позитивних соціальних та культурних традицій; контрастність рівнів життя; інтенсивність та щільність міграції.

Соціально-психологічні фактори

- високий рівень колективної та масової тривоги; несприятливе мікросоціальне середовище розвитку; неправильне сімейне виховання, педагогічна занедбаність; приналежність юнака до асоціальної групи; романтизація адиктивної поведінки у масовій свідомості; відсутність привабливих для підлітків та юнаків центрів дозвілля; ослаблення міжпоколінних зв'язків.

Індивідуально-психологічні фактори

- вікові особливості, незрілість особистісної ідентифікації; відхилення у психічному розвитку та функціонуванні вищої нервової діяльності; особистісна схильність до адиктивної поведінки; ситуаційно-особистісні поведінкові реакції; конституційні акцентуовані особливості, у тому числі декомпенсація акцентуацій характеру; прояви психічних розладів; слабкість або недостатність здатності до внутрішнього діалогу; низька переносність психологічних стресів; висока потреба у зміні стану свідомості як засобу розв'язання внутрішніх суперечностей та конфліктів; нервово-психічні відхилення, які найчастіше зустрічаються у підлітковому та юнацькому віці в осіб, схильних до адиктивної поведінки, слід розуміти: розумову відсталість, емоційно-вольові відхилення, органічна поразка мозку.

Біологічні фактори

- природа та «агресивність» психоактивної речовини; індивідуальна толерантність до психоактивної речовини; порушення процесів детоксикації в організмі, що змінюють системи мотивацій та контролю за перебігом захворювання.

Роль сім'ї як фактор виникнення адиктивної поведінки

- Сім'я багато в чому визначає, особливо у неповнолітніх, динаміку зловживання алкоголем чи наркотиками. Несприятливе мікросередовище для формування особистості дитини створюють не лише нещасливі чи неповні сім'ї, де батьки (або один з них) п'ють, ведуть аморальний спосіб життя, а також конфліктні сім'ї, де дитина постійно бачить сварки, скандали, бійки, сім'ї зі спотвореним вихованням своїх дітей, коли спотворюється увага та емоційне ставлення до дітей (ступінь душевного контакту з дитиною, ніжність та лагідність у поводженні з нею) [24, с. 297-298].

Рис. 1.2. Фактори ризику набуття молоддю адиктивної поведінки

1.2 Основні підходи до психологічної реабілітації осіб залежних від опіодів та наркотичних речовин

Усвідомленню проблем, що включають ризики виникнення залежності, необхідності уваги до проблем здоров'я, здорового способу життя пересічної людини значною мірою сприяє наступна реальність сучасного світового суспільства: глобальна екологічна криза, погіршення екологічних умов життя, енергетична криза, проблеми, пов'язані з антисанітарними умовами праці та повсякденного життя.

Найбільш серйозною з перерахованих є проблема наркоманії нашого молодого покоління. Це забезпечує потребу в ґрунтовних дослідженнях методів реабілітації алкогольної, наркотичної та тютюнової залежності в Україні, що передбачено в тому числі Європейською декларацією та Європейським планом дій щодо охорони психічного здоров'я, який Україна впровадила у дію у 2005 році. На державному рівні це також було закріплено пізніше розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» [37].

На сьогодні чинною залишається Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року [36], затверджена урядом України у 2013 році, однак у травні 2021 року для громадського обговорення опубліковано розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року» [27].

На думку науковців у напрямку оздоровлення суспільства та конкретної людини (Г. Апанасенко, Л. Попов), не потрібно шукати міру здоров'я у співвідношенні патології до норми, а потрібно шукати здатність індивіда виконувати біологічні та соціальні функції. Досконалість цих функцій у людини можна схарактеризувати кількісним включенням запасів енергії, пластичних та регуляторних допоміжних функцій Підтверджуючи цю думку, І. Мисула зазначає: «*Стан здоров'я* будь-якої людської популяції (суспільне здоров'я) визначають чотири фундаментальні процеси: відтворення здоров'я,

його формування, споживання, відновлення. Вони зумовлені біологічними, соціально-економічними, соціально психологічними факторами і є тією основою, на якій можна будувати систему керування здоров'ям: формувати, зберігати, зміцнювати його» [26, с. 7-8] (рис. 1.4).

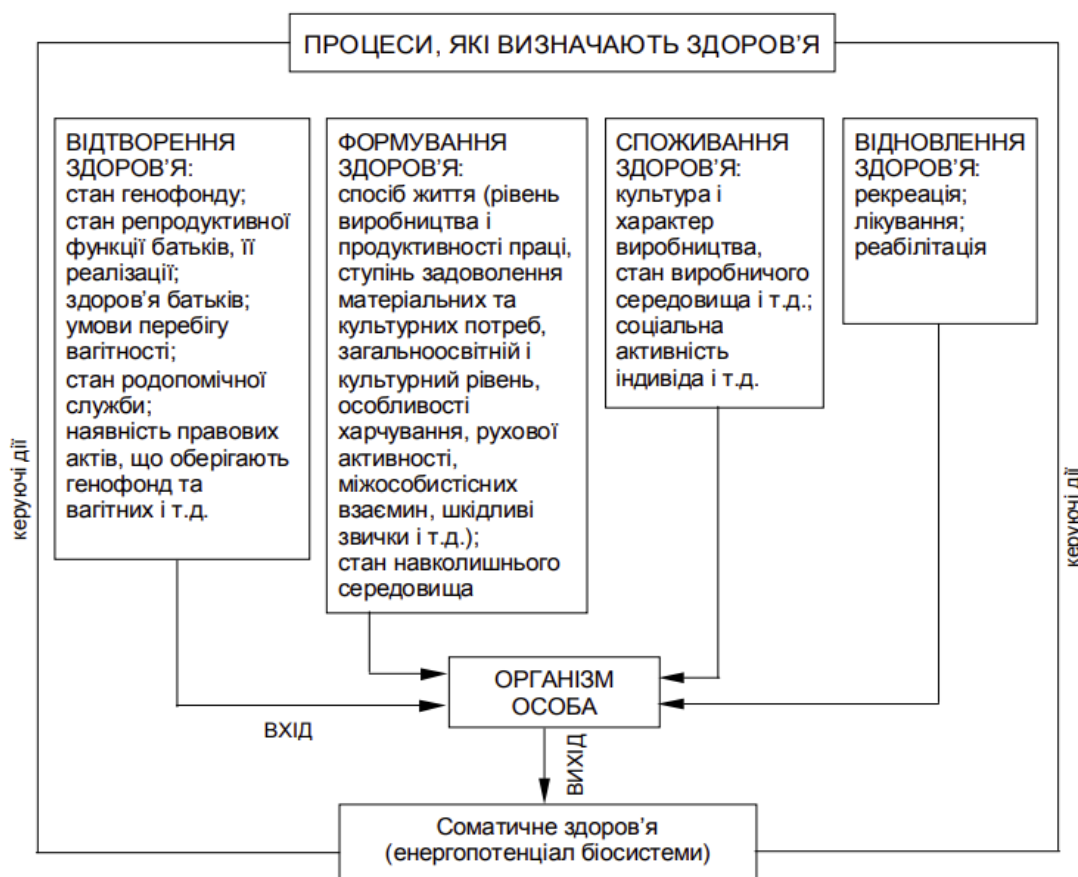


Рис.1.4. Схема керування здоров'ям людини

Водночас *відновлення здоров'я* передбачає усунення небажаних установок, невпевненості у своїх силах, тривоги щодо погіршення ситуації та можливого рецидиву хвороби внаслідок пережитого. Завданням психологічної реабілітації є подолання наслідків хвороби у тих, хто страждає неврологічними чи психічними захворюваннями, страждає хронічними захворюваннями або потребує психологічної корекції у разі зміни життєвих стереотипів. Мета – розробити ефективний спосіб відновлення особистості після соціальної дезадаптації внаслідок тривалого лікування, соціальної ізоляції, стихійних лих тощо [26].

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У НАРКОЛОГІЧНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДАХ

2.1 Особливості проведення психологічної реабілітації у наркологічних реабілітаційних закладах

Сьогодні всі програми медико-психологічної та соціальної реабілітації з лікування наркозалежних осіб затверджені у 1998 році залучені до тимчасових стандартів діагностично-лікувального процесу стаціонарного лікування в Україні та надання медичної допомоги дорослому населенню. Ці стандарти включають різні методи детоксикації, альтернативні методи лікування та програми психологічної реабілітації (наприклад, «12 кроків») [4, с.15–17].

Водночас українські лікарі мають доступ до методичних матеріалів інших організацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Спеціальне агентство ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Національний інститут вивчення наркозалежності (США), яким розроблено загальні принципи (критерії), якими повинні керуватися фахівці, що працюють над проблемою залежності. Ці уявлення можуть певною мірою відрізнитися від українських стандартів лікування наркозалежних [23, с. 97].

2.2 Аналіз методології психологічної реабілітації залежних осіб в наркологічних реабілітаційних закладах

На державному рівні пріоритетними напрямками соціального вдосконалення є фізкультура, спорт, туризм та громадська діяльність. Проте практика показала, що популяризація спорту та здорового способу життя є далеко не основним критерієм підвищення рівня здоров'я населення. Суспільні кризові явища стають каталізаторами психічного, фізичного та морального занепаду, алкоголізму та наркоманії, що підвищує захворюваність і смертність населення, збільшує показник розлучень тощо. Тенденція до омолодження алкоголізму та наркоманії в останні десятиліття зумовила необхідність

створення препаратів, спрямованих навіть вже на підлітків та дітей. Незважаючи на численні наукові та освітні розробки і пропозиції, з кожним роком стан справ в цій сфері погіршується та спонукає шукати нові підходи до вирішення цих проблем.

У короткотермінових терапевтичних ситуаціях *нейролінгвістичне програмування (НЛП)* успішно використовується, щоб допомогти пацієнтам відносно швидко опанувати своїм психічним та емоційним станом. Специфіка визначеної роботи полягає у наступному [50, с. 298]:

- найбільша увага має бути зосереджена на ресурсах пацієнтах та на залученні родини до розв'язання основних питань з метою подолання проблеми залежності;
- партнерські відносини щодо розподілу відповідальності за результати психологічної роботи;
- психологічна робота з опорою на досвід та інтуїцію консультанта;
- технічна суб'єктивність та гнучкість;
- особливо уважне ставлення до симптомів, невербальних проявів;
- обмеження залежної особи від звичайних для нього контактів за допомогою та за підтримки родичів, або повна ізоляція від соціальних груп, які провокують прояв негативних шкідливих звичок.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНОЇ МОЛОДІ

3.1 Організація та інструментарій дослідження

Доволі часто реакції особистості на різноманітні життєві явища визначають, чи стануть вони кризовими, чи спровокують різноманітні кризові стани та є критичними, залучаючи в ці процеси інші рівні психологічної сфери людини. Отже, у здорової людини криза проходить декілька стадій, пов'язана з явищами стресу, конфлікту та фрустрації, пошуком та завжди закінчується

стабільним періодом знайдення потрібного рішення. Психологічні особливості наркозалежних осіб характеризуються певними ознаками, які науковці пов'язують з поглядами та побудовою моделі життя, парадигмою життєтворчості, особистісними якостями та системою цінностей визначаються наявністю в житті наркозалежних системної внутрішньої кризи, пов'язаної з їх станом підсиленої кризовими ситуаціями у зовнішньому середовищі існування.

Відповідно до мети емпіричного дослідження було вирішено наступні питання:

1. Організація емпіричного дослідження, визначення схильності до адиктивної поведінки, виявлення рівня тривожних розладів у залежних осіб та особливостей адаптації наркозалежних осіб до реальних умов повсякденного життя.

2. Виконати кількісний та якісний аналіз результатів емпіричних досліджень.

3. Зробити відповідні висновки щодо результатів діагностики наркозалежних осіб юнацького віку.

Емпіричне дослідження ефективності психологічної реабілітації наркозалежної молоді було побудовано за логікою наступних етапів:

1. На першому організаційному етапі досліджено наукову літературу з питань психологічної реабілітації наркозалежних осіб та подолання кризових явищ, пов'язаних зі станом наркозалежних, конкретизовано науковий апарат, підтверджено актуальність теми дослідження, визначено мету емпіричного дослідження. На цьому ж етапі було визначено базу дослідження та вибірку досліджуваних.

При обробці емпіричного матеріалу критерії оцінки рівня слід адаптувати до результатів методу дослідження, були визначені якісні характеристики показників досліджуваних та використана схема рівнів показників за окремою методикою (таблиця 3.1 та таблиця 3.2).

Таблиця 3.1

Рівні показників за методикою №1 та методикою №2

Рівні показників	Кількість відповідей за методикою №1	Характеристика	За методикою №2		Характеристика
			за кожним пунктом	загально	
I рівень (високий)	15-20	Самосвідомість (рефлексія) на високому рівні	3-4	25 та вище	Розлади виражені
II рівень (середній)	9-14	Самосвідомість (рефлексія) на середньому визначеному рівні	1-2	18-24	Розлади виражені недостатньо чітко
III рівень (низький)	2-8	Самосвідомість досліджуваного має низький рівень	0	0-17	Чітко виражені розлади відсутні
IV рівень (дуже низький)	0-1	Дуже низькі рівні самосвідомості (рефлексії)			

Таблиця 3.2

Рівні показників за методикою №3

	За методикою №3 СПА	Рівні (балів за окремою шкалою)		
		Низький	Зона невизначеності	Високий
1	Адаптивність	< 68	68-136	> 136
2	Дезадаптивність	< 68	68-136	> 136
3	Прийняття себе	< 22	22-42	> 42
4	Неприйняття себе	< 14	14-28	> 28
5	Прийняття інших	< 12	12-24	> 24
6	Неприйняття інших	< 14	14-28	> 28

7	Емоційний комфорт	< 14	14-28	> 28
8	Емоційний дискомфорт	< 14	14-28	> 28
9	Домінування	< 6	6-12	> 12

База дослідження. У дослідженні брали участь 40 наркозалежних осіб віком від 18 до 35 років. Basis дослідження було визначено XXXXXX. Кожному досліджуваному була передана інструкція по заповненню бланків опитувальника: «Заповнюючи бланки опитувальника, не пропускайте жодного пункту опитувальника. Просимо в тексті опитувальника нічого не писати і не наголошувати. Для виправлення перекресліть непотрібну цифру та напишіть праворуч нову відповідь». Опитування анонімне, кожному бланку досліджуваних присвоєний порядковий номер.

2. На другому діагностичному етапі були обрані та проведені психологічні тести для визначення вихідних даних з наркозалежною молоддю. Підбір діагностичних засобів здійснювався з урахуванням предмета емпіричного дослідження, показників валідності та надійності кожного методу та придатності їх використання у визначеній віковій дослідницькій групі. Програма психологічного тестування включає наступні методики:

Методика №1 Методика Куна – Макпартленда для визначення схильності до адиктивної поведінки [55; 67].

Метод Куна-МакПартленда для визначення схильності до адиктивної поведінки традиційно використовується в психодіагностичних підходах як ефективний варіант нестандартизованої самооцінки для емпіричного вивчення особливостей ідентифікації та самосприйняття в контексті судження про схильність до адиктивної поведінки. Методика проводиться як не стандартизований самоопис з відкритою формою та (з деякими змінами) низкою відповідей досліджуваних, які формулюють самі. Цей метод був

запропонований М. Куном і Т. Макпартлендом у 1954 році з деякими модифікаціями (Додаток Г).

Методика №2. Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А) для виявлення рівня тривожних розладів у залежних осіб [11].

Шкала оцінки тривожності Гамільтона (НАМ-А) (Hamilton Anxiety Rating Scale). У 1959 році Макс Гамільтон розробив першу версію шкали оцінки тривожності. Він виділив тривогу як нормальну реакцію на небезпеку, тривогу як патологічний стан, не пов'язаний зі стресом, і тривогу як "тривожний невроз" (фобію). Він був розроблений у 1959 році як один із перших інструментів для вимірювання рівня тривожності та все ще використовується в клінічній практиці [11, с. 166]. Шкала складається з 14 пунктів. Тринадцять пунктів пов'язані із симптомами тривоги в повсякденному житті, а 14 пунктів – із симптомами тривоги під час обстеження. Оцінюється як психологічна тривожність (емоційне хвилювання та страждання), так і соматична тривожність (фізичні фактори, пов'язані з тривогою). Варіанти відповідей стандартизовані, що значно спрощує розуміння шкал і процедур розрахунку. Як і інші аналогічні клінічні шкали, НАМ-А призначена для медичних працівників (лікарів загальної практики, сімейних лікарів, психіатрів, психотерапевтів). Заповнюється під час напівструктурованого інтерв'ю. Протягом цього часу спеціаліст збирає анамнестичні дані та спостерігає за поведінковими чи іншими невербальними проявами досліджуваного психопатологічного явища.

Інтерпретація результатів дослідження. Інтерпретація рівнів тривожності виступає в тому числі як рівень кризи суб'єкта. Оцінки за всіма пунктами слід скласти разом, щоб отримати загальну оцінку, яка відображає тяжкість тривожного розладу. Крім того, перші 6 пунктів можна оцінити окремо як ознаки тривоги у сфері психіки людини, а решта 8 пунктів як ознаки тривоги у соматичній сфері. Кожен пункт в анкеті оцінюється за шкалою від 0 до 4, де 0 – відсутність симптомів, а 4 – важкі симптоми [11, с.166] (Додаток Д).

Загальна оцінка всіх пунктів: 17 балів або менше, тривожність відсутня, 18-24 бали – середній ступінь тяжкості тривожного розладу, 25 балів і вище – виражений тривожний розлад.

Методика №3. Методика дослідження соціально-психологічної адаптації (СПА, запропонована К. Роджерсом і Р. Даймонд) для виявлення особливостей особистості залежних осіб, пов'язаних із соціально-психологічною адаптацією [34; 62].

Опитувальник психологічної адаптації був розроблений в 1954 році Карлом Роджерсом і Розалінд Даймонд (США). У 2004 р. у журналі «Психологія і школа» була опублікована модифікована версія опитувальника, який використовується в сучасній психології (Додаток Е).

Опитувальники предметно-орієнтовані на вивчення особливостей властивостей особистості, пов'язаних із соціально-психологічною адаптацією. Як діагностичний засіб методи дослідження соціально-психологічної адаптації характеризуються високою здатністю розрізняти дезадаптовані стани та особливості уявлення про себе з точки зору взаємодії з навколишнім середовищем. СПА виявляє ступінь адаптивності та дезадаптації в міжособистісних системах. В основі дезадаптації методологія передбачає багато різних ситуацій: низький рівень самоприйняття, низький рівень прийняття інших, тобто конфлікти з ними, емоційний дискомфорт, які можуть мати різний характер, сильна залежність від інших, тобто екстернальність, прагнення до домінування.

Опитувальник особистісний. Він призначений для вивчення особливостей властивостей особистості, пов'язаних із соціально-психологічною адаптацією.

Стимульний матеріал представлений 101 твердженням, сформульованим у третій особі однини, без використання займенників. Можливо, ця форма була використана автором, щоб уникнути наслідків «прямої ідентифікації». Тобто суб'єкт свідомо співвідносить висловлювання безпосередньо з його характеристиками. Такий методологічний підхід є однією з форм, що «нейтралізує» встановлення перевіреного на соціально бажані відповіді.

Цей метод забезпечує досить диференційовану 7-бальну шкалу відповідей. Залишається відкритим питання, наскільки виправдане використання такої шкали. Це пояснюється тим, що в повсякденній свідомості суб'єкту дуже важко вибрати один із варіантів відповіді, наприклад «2» – не думаю, що це можна віднести до мене, а «3» — не наважуюсь собі приписувати. Автор наголошує на наступних шести ключових інтеграційних індикаторах:

1. Адаптація;
2. Прийняття інших;
3. Інтернальність;
4. Самосвідомість;
5. Емоційний комфорт;
6. Прагнення домінування.

Кожен з них, розраховується за окремими формулами, знайденими емпірично. Інтерпретація проводиться за індивідуально розрахованими довідковими даними для дорослої вибірки.

3. На третьому практичному етапі нашого дослідження здійснено первинну обробку даних, побудову підсумкових таблиць та діаграм.

4. Узагальнювальний етап передбачав формування висновків щодо конкретних результатів проведених методик, кореляційний аналіз.

У дослідженні використовувалися також *інші методи дослідження*, застосування яких визначалося специфікою відбиття дослідницьких завдань: спостереження, анкетування, індивідуальна бесіда, аналіз результатів тестування, також застосовувалися методи математичної статистики

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено виявлення особливостей та дослідження необхідних умов психологічної реабілітації осіб залежних від опойдів та наркотичних речовин у наркологічних реабілітаційних закладах. Отримані результати дослідження засвідчили досягнення мети, розв'язання поставлених завдань і стали підставою для формулювання висновків.

На основі вивчення наукової літератури з теми дослідження визначено проблему залежності та виникнення адитивної поведінки людини, виявлено види залежності. Таким чином, адиктивна поведінка є формою деструктивної поведінки, при якій людина намагається втекти від реальності, вживаючи певні речовини або постійно звертаючи увагу на певні об'єкти чи дії, щоб змінити свій психічний стан. Деструктивна природа адиктивної поведінки полягає в тому, що емоційні стосунки переносяться на неживі об'єкти чи явища замість стосунків з іншими людьми та продуктивної діяльності. Залежна особистість у своїх спробах шукає універсальний і однобічний спосіб вижити та уникнути проблем. Привабливість нової залежності полягає в тому, що вона представляє найменш проблемний шлях.

Отже, в результаті вивчення та аналізу наукової літератури з теми дослідження, методології психологічної реабілітації наркозалежних осіб у наркологічних центрах та іноземного досвіду розвинутих країн, можливо зробити висновки, що такими заходами можуть стати комплексні програми реабілітації наркозалежних, при цьому реалізується принцип поєднання медичного та соціального аспектів, методи групової, індивідуальної та сімейної терапії, сучасні технології консультування з обов'язковою опорою на сильні сторони особистості. Дуже важливо заохочувати наркозалежну молодь до самостійного прийняття рішень щодо психологічного консультування та допомоги в межах реабілітаційних установ. Вони повинні відчувати себе в безпеці та усвідомлювати свої проблеми і прагнення.