

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра авіаційної психології

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____ Помиткіна Л.В.

« ___ » _____ 2021 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА
(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)
ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ
БАКАЛАВР

**Тема: ДИНАМІКА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ АДИКТИВНИХ ОСІБ В
УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ**

Виконавець: студентка ПС-407 Демченко Анна Андріївна

Керівник: доцент кафедри авіаційної психології Ічанська О.М.

Нормоконтролер:

Київ 2021

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій

Кафедра авіаційної психології

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Помиткіна Л.В.

« ____ » _____ 2021 р.

Завдання

на виконання дипломної роботи

Демченко Анна Андріївна

1. Тема дипломної роботи: «Динаміка соціальної адаптації у адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру», затверджена наказом ректора № 408/ст від 12.03.2021 р.

2. Термін виконання роботи: з 10.05.2021 по 20.06.2021

3. Вихідні дані до роботи: вибірка – адиктивні особи, 32 особи; у дослідженні були використані методики: «Методика дослідження соціально–психологічної адаптації» К. Роджерса - Р. Даймонда; «Методика оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруження та комфорту»; «Шкала самооцінки депресії» Цунга; «16-ти факторний особистісний опитувальник» Кеттела; методи математичної обробки: t-критерій Ст'юдента.

4. Зміст пояснювальної записки: дипломна робота складається з 2-х розділів. Перший розділ містить теоретичний аналіз таких понять, як соціальна адаптація та адиктивна поведінка, а також особливості соціальної адаптації в умовах перебування в реабілітаційному центрі; у другому розділі представлено емпіричне дослідження динаміки соціальної адаптації адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу: 3
рисунок, 15 таблиць.

6. Календарний план – графік

№ з/пор.	Завдання	Термін виконання	Виконано
1	Вибір теми та формулювання завдань		
2	Тематичний добір та аналіз наукових праць		
3	Оформлення теоретичної частини		
4	Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження		
5	Проведення емпіричного дослідження		
6	Аналіз та інтерпретація отриманих результатів		
7	Оформлення дипломної роботи відповідно до ДСТУ		
8	Попередній захист дипломної роботи		
9	Виправлення зауважень, оформлення рецензії		
10	Подання дипломної роботи нормоконтролеру та на підпис завідувачу кафедри		
11	Захист дипломної роботи		

7. Дата видачі завдання: « ____ » _____ 2021 р.

Керівник дипломної роботи Ічанська О.М.

Завдання прийняв до виконання Демченко А. А.

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Динаміка соціальної адаптації адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру»: 55 сторінок, 3 рисунки, 15 таблиць, 45 використаних джерел, 5 додатків.

АДАПТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ, АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА, РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР, АДИКЦІЯ, ДИНАМІКА.

Об'єкт дослідження – соціальна адаптація.

Предмет дослідження – динаміка соціальної адаптації у адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру.

Мета дослідження – встановити динаміку показників соціальної адаптації в адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру.

Методи дослідження: теоретичні; психодіагностичні: «Методика дослідження соціально–психологічної адаптації» К. Роджерса - Р. Даймонда; «Методика оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруження та комфорту»; «Шкала самооцінки депресії» Цунга; «16-ти факторний особистісний опитувальник» Кеттела; методи математичної обробки: t-критерій Ст'юдента.

Встановлено, що у адиктивних осіб було виявлено статистично значиму динаміку за такими показниками, як психічна активація, емоційний комфорт, адаптація, інтернальність та ескапізм, а також фактор відкритості. Всі ці показники мають позитивну динаміку, за три місяці реабілітаційної програми вони всі підвищилися, що свідчить про позитивне пристосування реабілітантів до умов центру. Рівень напруги, навпаки, за цей період статистично значимо зменшився, що також свідчить про позитивні зміни у процесі проходження реабілітації.

Матеріали дипломної роботи дозволять керівництву реабілітаційних центрів зробити акцент на розвитку адаптації нових клієнтів, застосувати нові методи для покращення взаємозв'язків реабілітантів і між собою, і з персоналом, для подальшого покращення самого змісту реабілітації.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ	8
1.1.Поняття про адиктивну поведінку, етапи та фактори її розвитку.....	8
1.2. Соціальна адаптація, її розвиток та способи оцінки	13
1.3.Соціальна адаптація в умовах реабілітаційного центру	17
Висновок до розділу 1.....	19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ АДИКТИВНИХ ОСІБ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ	21
2.1.Розгляд методик дослідження	21
2.2. Аналіз показників соціальної адаптації адиктивних осіб на початковому етапі реабілітації	23
2.3.Програма роботи з адиктивними особами умовах реабілітаційного центру	31
2.4.Аналіз показників соціальної адаптації адиктивних осіб після завершення першого етапу реабілітації	34
2.5. Динаміка показників соціальної адаптації реабілітантів.....	41
Висновок до розділу 2.....	48
ВИСНОВКИ	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	52
ДОДАТКИ	56

ВСТУП

Актуальність. У сучасному суспільстві стрімко зростає кількість осіб з адиктивною поведінкою, пов'язаною з вживанням різних психоактивних речовин. Зростання та інтенсивність набирають соціально небезпечних масштабів як для суспільства, так і для самих осіб, які страждають на цю форму девіації. Це пояснюється з одного боку доступністю і легкістю придбання різних психоактивних речовин, а з іншого боку – невдоволенням реальним життям, уникненням вирішення проблем.

Зловживання психоактивними речовинами, які змінюють психічну діяльність, є одним з найпоширеніших видів адиктивної поведінки. Клінічно це проявляється потягом до постійного прийому та в зростанні кількості вживаної речовини, внаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від неї. Тому через масштабність даної проблеми збільшилася кількість центрів реабілітаційної допомоги адиктивним особам. В даних центрах надають допомогу не тільки медико-біологічного характеру, але й психологічного та соціально-педагогічного.

Різні аспекти залежної поведінки представлені в роботах вітчизняних і зарубіжних авторів, таких як Е. Берн, К. Штайнер, Е. Еріксон, Р. Мей, Р. Конор, В. Москаленко, А. Личко, Н. Сірота, Ц. Короленко, Н. Дмитрієва, Е. Змановська, В. Менелевич, Г. Старшенбаум, С. Двояк, Г. Костенко та ін.

Феномен соціальної адаптації дослідники вивчали з різних аспектів: уявлення про адаптацію, її закономірності та механізми в цілому досліджували Г. О. Балл, Ф. Б. Березін, В. П. Казначеев, Ц. П. Короленко, А.А. Налчаджян; зокрема адаптацію як форму соціальної активності особистості вивчали В.А. Семиченко, О. Г. Солодухова; вивченням адаптивних характеристик особистості займалися А. А. Алдашева, Н. С. Кантоністова, Н. Г. Колизаєва, Т. В. Серєда.

Об'єкт дослідження – соціальна адаптація.

Предмет дослідження – динаміка соціальної адаптації у адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру.

Мета: встановити динаміку показників соціальної адаптації в адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру.

Відповідно до мети визначено такі **завдання:**

1. На основі аналізу літературних джерел розкрити зміст понять «соціальна адаптація», «адиктивна поведінка».

2. Виявити показники соціальної адаптації у адиктивних осіб на початковому етапі реабілітації.

3. Виявити показники соціальної адаптації у адиктивних осіб після завершення першого етапу реабілітації.

4. Встановити відмінності показників соціальної адаптації в адиктивних осіб під час перебування у реабілітаційному центрі.

Методи та методики дослідження:

- 1) Методика дослідження соціально–психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда;
- 2) Методика оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруження та комфорту;
- 3) Шкала самооцінки депресії Цунга;
- 4) 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела.

Емпірична база дослідження: 32 особи з адиктивною поведінкою, що проходять реабілітацію в межах реабілітаційного центру «NewLife».

Практичне значення: адаптація являє собою один з компонентів успішної реабілітації на початковому етапі. Швидкість та якість соціальної адаптації визначає ефективність психологічної роботи з клієнтом, а також його емоційний стан, який неодмінно впливає на успішне засвоєння особистості нових знань та навичок. Тому вивчення цього аспекту дозволить керівництву реабілітаційних центрів зробити акцент на розвитку адаптації нових клієнтів, застосувати нові методи для покращення взаємозв'язків реабілітантів і між собою, і з персоналом, для подальшого покращення самого змісту реабілітації.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ

1.1. Поняття про адиктивну поведінку, етапи та фактори її розвитку

Загалом, адиктивну поведінку розглядають як один із різновидів девіантної поведінки, що характеризується непереборним бажанням переживати інтенсивні емоції за допомогою штучної зміни свого психічного стану внаслідок вживання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності [1].

Ц.П. Короленко і Н.В. Дмитрієва розглядають адиктивну поведінку як прагнення до відходу від реальності за допомогою речовин, що змінюють свідомість та сприйняття [19]. С.В. Березін формулює значення терміну залежність як самопідтримуюча форма активності, що породжує специфічне особистісне утворення [25]. На думку І.П. Анохіної, залежність – захворювання мозку, схоже з хронічними захворюваннями, що приводить до поведінкових порушень, а В.Д. Менделевич визначає адиктивну поведінку як форму девіантної поведінки, зміну свідомості за допомогою хімічних речовин [29].

Адиктивну особу відрізняють прагнення до відходу від реальності та ознаки особистісної незрілості, такі як невираженість інтелектуальних та духовних інтересів, моральних норм, нестійкість, безвідповідальність, почуття стадності та інші.

Розвиток адиктивної поведінки у людини починається з певних потреб, які вона намагається задовольнити штучною зміною свого психічного стану, а саме: заміна емоційного дискомфорту на комфорт, бажання відійти від реальності, потреба зняти душевний і фізичний біль, підвищити свою самооцінку та впевненість, підтримати компанію.

Н. Пезешкіан виділяє чотири форми адиктивної поведінки як відходу від реальності:

- 1) відхід у тіло – фізичне або психічне «удосконалення» себе;
- 2) відхід у роботу – концентрація на робочих справах або навчанні;
- 3) відхід у контакти або самотність – постійне прагнення до спілкування або, навпаки, до усамітнення;
- 4) відхід у фантазії – життя у світі ілюзій та фантазій [25].

Як наслідок застосування форм «втечі» від реальності особистість з адиктивною поведінкою створює собі єдину надцінність, абсолютно втрачаючи інтерес до інших життєвих напрямів і зосереджується на її досягненні і задоволенні.

Адиктивна поведінка проявляється не відразу, а розвивається поступово. Ц.П. Короленко виділяє такі етапи розвитку адиктивної поведінки:

1. «Перші проби» – відбувається «знайомство» з психоактивними речовинами, особа відкриває для себе легкий спосіб зміни психологічного стану.

2. «Адиктивний ритм» – збільшення періодичності епізодів вживання.

3. «Адиктивна поведінка» – виробляється механізм реагування на життєві фактори, формується деструктивна залежна поведінкова звичка, в наслідок чого залежність стає частиною особистості.

4. «Заперечення» (захисні механізми) – особистість заперечує наявну у себе залежність, адиктивна поведінка стає переважаючою.

5. «Катастрофа» – руйнування особистості на біологічному і психологічному рівнях, деградація особистості [19].

Адиктивна особистість, коли потрапляє у складні життєві ситуації, з якими вона не може впоратися своїми силами, починає шукати адиктивні стратегії поведінки – а саме відхід від реальності, відповідно і від проблем, за допомогою різноманітних речовин або паттернів поведінки. Згодом, такий процес боротьби з проблемами починає набувати циклічності та утворювати фази його проходження, що має виражені ознаки. І як наслідок, особистість втрачає свої колишні ціннісні та моральні установки, життєві цілі та мрії, а

спосіб життя звужується до необхідності отримання і володіння об'єктом залежності.

Тривалість кожної з фаз та циклу в цілому є індивідуальними, проте з розвитком адитивної поведінки їх частота збільшується, а терміни скорочуються [13].

Адиктивна поведінка проявляється в різних формах, таких як:

1) хімічна – залежність від психоактивних речовин (ПАР). Сюди відносяться алкоголізм, наркоманія, токсикоманія та тютюнопаління.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, хімічна залежність – це психічний, а іноді соматичний стан, що є наслідком повторного вживання природної або синтетичної психоактивної речовини [26]. При постійному вживанні психоактивних речовин, у особистості формується фізична залежність від них, тому в цей момент адиктивна поведінка індивіда вже залежить від хімічних процесів, що відбуваються в її організмі. Основні клінічні ознаки:

- бажання вживати ПАР, якому людина не може чинити опір;
- відсутність контролю кількості вживаної речовини;
- втрата контролю над ситуацією;
- соціальні та психічні проблеми як наслідок вживання [1].

2) біохімічна (або ж харчова) – до цієї форми відносять анорексію, булімію, орторексію.

Проявляється дана залежність у втраті контролю над процесом харчування. Важкими формами харчової залежності є невротична анорексія і невротична булімія.

3) нехімічна (або ж поведінкова) – гемблінг (ігноманія), інтернет-залежність, шопоголізм, залежність від мобільного телефону та інші.

Форма адикції, при якій залежністю стає певний поведінковий патерн, а не психоактивна речовина. У людини виробляється потреба в зануренні у віртуальний світ, або ж бажання відійти від реальності, в неї знижується інтерес до навколишнього середовища.

Особистість з адикцією має певні психологічні ознаки, а саме:

- високу тривожність;
- чутливість до критики;
- страх самотності;
- нездатність самостійно приймати рішення;
- схильність перекладати відповідальність на зовнішні обставини та/або інших людей;
- страх бути відкинутим;
- стереотипність поведінки [4].

Ряд вчених, таких як Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитрієва, Е.В. Змановська, В.Ю. Рибников, вважають, що на розвиток адиктивної поведінки впливають біологічні, психологічні, соціальні та особистісні фактори [13; 19]. Нижче ми розглянемо ці фактори детальніше.

1) Біологічні фактори. До цієї групи відносять певну генетичну схильність та здатність організму реагувати на ті чи інші хімічні речовини. А.Є. Айвазова вважає, що спадковість відіграє важливу роль у розвитку адикції, а саме функціонування нейромедіаторних систем. Спадкова чутливість медіаторів може впливати на швидкість формування у особистості залежності від ПАР. Також до цієї групи можна включити органічні ураження головного мозку і хронічні соматичні захворювання, регулярне переживання стресу, в зв'язку з чим збільшується активність ендорфінних рецепторів, внаслідок чого виникає стан тривоги та неспокою, позбутися від якого можливо за допомогою психоактивних речовин [22].

2) Психологічні фактори. До цієї групи відносять психологічні особливості особистості, а саме занижену самооцінку, конформність, підвищену агресивність, відсутність здатності до рефлексії, незрілість емоційно-вольової сфери, знижений самоконтроль. Розвиток адиктивної поведінки спровокований потребою у зміні свого психологічного стану, який завдає дискомфорту особистості. Різні негативні переживання, такі як

почуття провини, смутку, пригніченості, розчарування можуть провокувати розвиток адикції через бажання людини позбутися цих почуттів [37].

При розвитку адиктивної поведінки науковці виділяють психологічні чинники ризику і фактори захисту. До ризиків відносять такі особливості людини: імпульсивність, слабкий самоконтроль, занижену самооцінку, схильність до пошуку гострих відчуттів, неприйняття соціальних норм. В той час як до факторів захисту відносять протилежні властивості – високі самоконтроль та самооцінку, самостійність у прийнятті рішень, а також наявність стійких адекватних копінг-стратегій [23].

На думку А. Е. Личко, на розвиток адиктивної поведінки також впливають певні акцентуації характеру, наприклад, епілептоїдний, гіпертімний або конформний типи. Також до цієї групи відносяться особи, що мають ригідність нервової системи та важко адаптуються до життєвих змін.

3) Соціальні фактори. До цієї групи відноситься соціальне оточення особистості, зокрема її сім'я та робоче оточення (або ж шкільне/університетське). На розвиток адиктивної поведінки впливають родинні стосунки, тип сімейного виховання, а також особистісні властивості батьків. Дослідження Б. Спока, Д. Віннікота, М. Кляйн, М. Маллер, Р. Спиця свідчать про можливість розвитку адикції у особистостей, у яких в дитинстві не були задоволені базові потреби, або які зазнали дитячої травми (частіше у віці до 2-ох років) [2]. Одним з ризикових факторів розвитку адиктивної поведінки у особистості є асоціальні сім'ї (неповні сім'ї; сім'ї, де відбувається компенсація своїх негативних емоцій за рахунок інших членів сім'ї; сім'ї, де є залежні, криміногенні члени; проблемні сім'ї, в яких відбуваються постійні конфлікти) [22].

Окрім відносин всередині сімейного кола, на особистість впливають чинники з близького соціального оточення, такі як характер відносин та спілкування з оточуючими, ставлення робочого колективу до особистості, успішність в процесі взаємодії, її позиція в колективі.

4) Особистісні фактори. До цієї групи факторів входять як і особистісні особливості людини, такі як акцентуації характеру, темперамент, вираженість певних психологічних властивостей, так вмотивованість особистості, її життєвий досвід, соціальні інтереси та установки тощо [6].

Вище перераховані фактори стають рушійними чинниками виникнення у особистості адиктивної поведінки.

1.2. Соціальна адаптація, її механізми та способи оцінки

Одним з дослідників, що вніс важливий вклад у вивченні поняття адаптації, був Ж. Піаже. Згідно з його концепцією, адаптація і в біології, і в психології розглядається як єдність протилежно спрямованих процесів акомодатії й асиміляції. Перший термін стосується адаптації до середовища, що визначає модифікацію функцій чи дій особистості відповідно до властивостей цього середовища. Другий термін стосується процесів зміни того чи іншого компонента середовища згідно із структурою організму або включаючи у схему поведінки суб'єкта. Вказані процеси тісно пов'язані між собою і опосередковують один одного [31].

О. М. Леонт'єв також вивчав проблему адаптації, він виступав проти “безапеляційного, без належного аналізу” поширення поняття пристосування, врівноваження з середовищем на онтогенетичний розвиток людства [31].

Г. Айзенк та його послідовники поняття адаптації визначають з двох поглядів:

- як стан, в якому потреби індивіда і вимоги середовища повністю задоволені. Це стан гармонії між індивідом і природою або соціальним середовищем;
- процес, у результаті якого цей гармонійний стан досягається [31].

Також феномен адаптації у своїх роботах вивчали Л. Філіпс – інтеракціоністський напрямок, та Г. Гартманн – психоаналітичний підхід.

Адаптація особистості відбувається на трьох рівнях: фізіологічному, психологічному та соціальному. Перший рівень, фізіологічний, визначає здатність організму людини підтримувати свої життєві параметри при зміні зовнішніх умов. На психологічному рівні адаптація забезпечує нормальну роботу всіх психічних структур під час впливу зовнішніх психологічних чинників. Соціальна адаптація забезпечує пристосування людини до соціального середовища за рахунок вміння аналізувати поточні соціальні ситуації, усвідомлення своїх можливостей в ситуації соціальної обстановки, вміння утримувати поведінку відповідно до головних цілей діяльності [20].

Отже, соціальна адаптація – це інтеграція людини в суспільство, в процесі якої відбувається формування самосвідомості й рольової поведінки, здатності до самоконтролю й адекватних зв'язків та стосунків [18]. Соціальна адаптація особистості відбувається через пристосування людини до вимог суспільства та узгодження особистісних цінностей і переконань із суспільними нормами. Цей процес спрямований на збереження оптимального балансу між особистістю і навколишнім середовищем в процесі пристосування.

Соціальна адаптація як феномен виникає при взаємодії двох систем: особистості і соціального середовища, в яку потрапляє або в якій вже знаходиться ця особистість. З точки зору соціальної психології, процес адаптації розуміється як процес входження особистості в малу групу, засвоєння нею норм, що склалися, відносин, займання певного місця в структурі відносин між її членами. Особливості соціально-психологічного вивчення адаптації полягають в тому, що, по-перше, відносини індивіда і суспільства розглядаються як опосередковані малими групами, членом яких є індивід, по-друге, мала група сама стає однією зі сторін, що беруть участь в адаптаційній взаємодії, утворюючи нове соціальне середовище – сферу найближчого оточення, до якого пристосовується людина [18].

Механізмом соціальної адаптації вважається така послідовність: «потреби – актуалізація потреб – задоволення потреб – піднесення потреб».

Загалом адаптаційний процес розвивається між актуалізованими і задоволеними потребами. Вважається, що саме в цій схемі відбивається тактика соціально-психологічного розвитку особистості. У науковій літературі наводиться така класифікація психологічних механізмів адаптації: ідентифікація, наслідування, навіювання, соціальна фасилітація, комфортність [23].

Н. Смелзер психологічними механізмами адаптації вважає такі: імітація (усвідомлення прагнення копіювати поведінку інших людей), ідентифікація, сором (переживання ганьби, причиною якої є реакції інших людей), почуття провини (переживання ганьби, пов'язаної з покаранням самого себе).

Соціальну адаптацію можна розглядати як зовнішню (приспособлення індивіда до зовнішніх проблемних ситуацій) і внутрішню, спрямовану на вирішення внутрішніх конфліктів і структурну перебудову внутрішніх механізмів адаптації особистості. Щодо соціального середовища адаптацію можна визначити цілями діяльності та соціальними нормами, а саме способами їх досягнення і покараннями за відхилення від заданих середовищем норм особистістю або групою. Але все це, перш за все, буде залежати від сприйняття і оцінки цих цілей, норм і покарань особистістю або групою.

Ефективність адаптації залежить від декількох факторів, а саме від:

- кількості варіантів адаптивних стратегій та навичок їхнього застосування;
- креативності особистості;
- гнучкості в процесі діяльності та при потребі змін.

Важливими особистісними чинниками соціальної адаптації є інтелект (особливо соціальний), егоідентичність, самоефективність, самоактуалізація та відчуття когеренції [24].

Однією з умов успішної адаптації є оптимальне поєднання адаптивної і адаптуючої діяльності, яка в основному буде залежати від конкретної ситуації. Адаптованість людини багато в чому визначається рівнем її

адаптивності – вродженої та набутої здатності до адаптації, тобто пристосуванню до оточуючих умов середовища. Особистість може бути низько-, середньо- або високоадаптивною. Основи адаптивності є вродженими – це темперамент, конституція, емоції, інтелект, спеціальні здібності, зовнішні дані і фізичний стан організму. Рівень адаптивності може підвищуватися або знижуватися під впливом таких чинників, як виховання, навчання, умови і спосіб життя. Сформовані особистісні особливості, орієнтація, вибір, ієрархія систем цінностей, цілей і потреб, домагань, інтелекту і міжособистісних відносин полегшують або ускладнюють адаптацію людини в реальному житті, також будучи факторами адаптивності.

Критерії ефективності адаптації як результату пристосування до середовища можуть стосуватися різних сфер:

- 1) афективної – особливості емоційних реакцій, переживань та почуттів, ступінь емоційного комфорту;
- 2) поведінкової – особливості копінгу, адекватність докладених зусиль, соціальна прийнятність поведінки, гнучкість та швидкість реагування;
- 3) когнітивної – самооцінювання відповідності результату запланованому;
- 4) особистісної – самооцінювання результату адаптації, способу її досягнення відповідно до власних ціннісних орієнтацій;
- 5) соціально-психологічного контексту – відповідність усталеним соціальним нормам, соціальним цілям [8].

Будь-яка адаптація являє собою взаємодію багатьох чинників, які залежать як від особливостей ситуації, в якій опинилася людина, так і від індивідуально-психологічних властивостей особистості. Крім того, розуміння адаптації як напруженої системи, за К. Левіним, потребує прискіпливішої уваги до окремих психологічних властивостей особистості, які можуть бути стабільними або мінливими, а також мати різну гнучкість, що в подальшому впливатиме на соціальну адаптацію.

Однією з передумов ефективності соціальної адаптації являє собою психологічне здоров'я. Психологічне здоров'я – це психологічний стан, який

відображає рівень здатності людини до реалізації та розвитку власного потенціалу. До сфери психологічного здоров'я належать потреби, ціннісні орієнтації, інтереси, почуття, ментальність, ідентичність, сенсожиттєві орієнтації, відчуття когеренції, самоактуалізація, Я-концепція [18]. Від стану психологічного здоров'я особистості залежить потенціал та ефективність її соціальної адаптації. Стрижневим елементом психологічного здоров'я є ідентичність, яка виявляється системою переконань щодо власної особи, світу та сенсу життя [18].

Можна зробити висновок про те, що соціальна адаптація є постійним процесом активного пристосування індивіда до умов соціального середовища (акомодація), прагнення «переробити» ці умови під себе (асиміляція), а також результат цього процесу (адаптованість).

1.3. Адаптація адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру

Як зазначалося, процес соціальної адаптації є певною послідовністю психологічних реакцій на об'єктивну ситуацію, які виявляються в поведінці, спрямованій на розв'язання специфічного завдання.

Реабілітація адиктивних осіб – це багатоступінчастий процес, який, в першу чергу, починається з їхньої адаптації до нового мікросередовища. Соціально-психологічна адаптація – це стадія реабілітації нарко- та алкозалежних (або ж людей з іншими формами адикції), що представляє собою систему соціально-педагогічної, психологічної та організаційно-побутової допомоги реабілітантам в процесі їх одужання [10].

Введення етапу адаптації в практику центрів реабілітації осіб з адиктивною поведінкою обумовлено об'єктивними причинами, пов'язаними як з ендогенними факторами (перш за все – особливостями хвороби хімічної залежності), так і з екзогенними (характер нового специфічного мікросоціального середовища). Адже від рівня адаптованості особистості неодмінно буде залежати ефективність її одужання.

Суть і роль адаптації в процесі одужання полягає в пристосуванні клієнта до нових умов проживання в реабілітаційному центрі, до нового життя без предмету адикції, налагодження соціальних контактів з іншими учасниками програми одужання, вироблення мотивації досягнення для подолання залежності, засвоєння нових навичок та компетенцій, за допомогою яких вони можуть підтримувати тверезий стан і не повертатися до колишнього способу життя в майбутньому.

Розвиток соціально-психологічної адаптації в центрі є комплексним і включає наступні напрямки роботи:

1. Соціально-педагогічний патронаж учасників виздоровчої програми (групові заняття).
2. Реалізація системи психологічної допомоги реабілітантам (індивідуальні консультації).
3. Організація побуту клієнтів реабілітаційного центру, а також культурно-дозвіллевих заходів [10].

Передбачається, що кожен реабілітант отримує допомогу в усіх напрямках роботи протягом усього терміну проходження програми одужання.

Складним завданням є визначення критеріїв успішності соціальної адаптації, оскільки адаптованість виявляється не лише в об'єктивно діагностованій ситуації рівноваги, суб'єктивному відчутті задоволеності соціальною ситуацією, а й передбачає відсутність негативних емоційно-поведінково-особистісних наслідків у майбутньому та особистісний розвиток. Загальними критеріями успішності соціальної адаптації є суб'єктивне самооцінювання ступеня адаптації, позитивний емоційний стан, наявність можливостей для подальшого розвитку, позитивне ретроспективне оцінювання через певний час [21].

Висновок до розділу 1

Отже, ми можемо зробити висновок, що адиктивна поведінка – це різновид девіантної поведінки, яка характеризується непереборним бажанням переживати інтенсивні емоції, прагненням відійти від реальності, вирішити різноманітні психологічні проблеми за допомогою штучної зміни своєї свідомості внаслідок вживання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності.

Розвиток адиктивної поведінки відбувається в декілька етапів, а саме: перші проби («знайомство» з предметом адикції), адиктивний ритм (збільшення періодичності вживання), адиктивна поведінка (формується деструктивна залежна поведінкова звичка), заперечення (невизнання наявності залежності), катастрофа (деградація особистості).

Адиктивна поведінка має декілька форм прояву:

- хімічну – залежність від психоактивних речовин (ПАР).
- біохімічну (або ж харчову) – до цієї форми відносять анорексію, булімію, орторексію.
- нехімічну (або ж поведінкову) – гемблінг (ігноманія), інтернет-залежність, шопоголізм, залежність від мобільного телефону та інші.

Ряд вчених, таких як Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитрієва, Е.В. Змановска, В.Ю. Рибников, вважають, що на розвиток адиктивної поведінки впливають біологічні, психологічні, соціальні та особистісні фактори.

На сучасному етапі розвитку науки дослідників цікавить поняття соціальної та соціально-психологічної адаптації особи або групи в межах діяльності. Отже, соціальна адаптація – це інтеграція людини в суспільство, у процесі якої відбувається формування самосвідомості й рольової поведінки, здатності до самоконтролю й адекватних зв'язків та стосунків. Соціальна адаптація особистості відбувається через пристосування людини до вимог

суспільства та узгодження особистісних цінностей і переконань із суспільними нормами.

На успішність адаптації впливають як особливості ситуації, в яку потрапила людина, так і особистісні особливості, наявність індивідуальних ресурсів та адекватності й ефективності стратегій їхнього застосування

Механізмом соціальної адаптації вважається така послідовність: «потреби – актуалізація потреб – задоволення потреб – піднесення потреб». Загалом адаптаційний процес розвивається між актуалізованими і задоволеними потребами.

Введення етапу соціальної адаптації в практику центрів реабілітації осіб з адиктивною поведінкою обумовлено об'єктивними причинами, пов'язаними як з ендогенними факторами (особливостями хвороби залежності), так і з екзогенними (характер нового специфічного мікросоціального середовища). Адже від рівня адаптованості особистості неодмінно буде залежати ефективність її одужання.

Суть і роль адаптації в процесі одужання полягає в пристосуванні клієнта до нових умов проживання в реабілітаційному центрі, до нового життя без предмету адикції, налагодження соціальних контактів з іншими учасниками програми одужання, вироблення мотивації досягнення для подолання залежності, засвоєння нових навичок та компетенцій.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ АДИКТИВНИХ ОСІБ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

2.1. Розгляд методик дослідження

Основним завданням дослідження на емпіричному етапі було визначення динаміки соціально-психологічної адаптації у адиктивних осіб, що перебувають на лікуванні в реабілітаційному центрі. Дослідження проводилося в два етапи. Перший етап тестування був проведений в січні 2021 року, через три місяці було проведене повторне тестування з цими ж учасниками дослідження. У другому розділі описані методики дослідження, наведено їх первинні та вторинні результати, проведено аналіз отриманих даних та встановлено динаміку показників.

У даному дослідженні були використані такі методики:

- 1) Методика дослідження соціально – психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда.
- 2) Методика оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруження та комфорту.
- 3) Шкала самооцінки депресії Цунга.
- 4) 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела.

Методика дослідження соціально – психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда призначена для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних з цим рис особистості. Стимульний матеріал складається зі 101 твердження, що сформульовані в третій особі однини, без використання будь-яких займенників.

У методиці передбачена досить диференційована, 7 бальна шкала відповідей. Авторами виділяються наступні 6 інтегральних показників: адаптація, прийняття інших, інтернальність, самосприйняття, емоційний комфорт, прагнення до домінування. Кожен з показників розраховується за

індивідуальною формулою. Інтерпретація здійснюється відповідно до нормативних даних, що розраховані окремо для дорослої та підліткової вибірки. Інтерпретація результатів відбувається за кількістю балів, що потрапили в «зону невизначеності». Результати до зони невизначеності інтерпретуються як надзвичайно низькі, а після найвищого показника в зоні невизначеності – як високі [14].

Методика оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги і комфортності розроблена на факультеті психології Ленінградського державного університету Л.А. Курганським і Т.А. Немчіновим і призначена для визначення особливостей психічного стану людини за показниками психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги і комфортності. Методика розроблена на основі результатів факторного аналізу з використанням модифікованого стимульного матеріалу методики САН. Методика призначена для людей старше 14 років без обмежень по освітнім, соціальним і професійним ознакам і розрахована на неодноразове обстеження одних і тих же осіб, враховуючи динамічність психічних станів.

Випробуваному представлений перелік з 20 полярних станів, які він повинен оцінити щодо себе за рейтинговою шкалою. Відповіді методики обробляються за допомогою представленого ключа. За отриманими результатами робиться висновок про ступінь вираженості кожного психічного стану. Випробуваний може набрати по кожній шкалі від 3 до 21 балів. Аналіз отриманих результатів проводиться шляхом зіставлення вимірних п'яти станів між собою, а також отриманих результатів за даними інших досліджень [14].

Шкала Цунга для самооцінки депресії розроблена на основі діагностичних критеріїв депресії і результатів опитування пацієнтів з цим розладом. Оцінка тяжкості депресії по ній проводиться на основі самооцінки пацієнта. Шкала містить 20 питань, на кожне з яких пацієнт дає відповідь по частоті виникнення у нього тієї чи іншої ознаки, за шкалою в чотирьох

градаціях: "вкрай рідко", "рідко", "часто" і "велику частину часу або постійно". При аналізі результатів оцінка проводиться за сьомома факторами, що містять групи симптомів, що відображають почуття душевної спустошеності, розлад настрою, загальні і специфічні соматичні симптоми, симптоми психомоторних порушень, суїцидальні думки і дратівливість/нерішучість [45].

16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела вперше був опублікований в 1949 році Інститутом з перевірки здібностей особистості (JPAT). Теоретичною і методологічною основою тесту є факторний аналіз особистості. В результаті дослідження за допомогою даного опитувальника особистість описується 16-ю фундаментально незалежними і психологічно змістовними чинниками (факторами). Кожен фактор має умовну назву і передбачає стійкий зв'язок між окремими рисами особистості.

Структура факторів тесту у кожної людини відображає вірогідну модель індивідуально-психологічних властивостей її особистості та при накладенні на групову модель тієї вибірки, до якої належить ця людина, демонструє індивідуальну своєрідність конкретної особистості і дозволяє з високою ймовірністю прогнозувати її реальну поведінку в певних життєвих ситуаціях. Обробка результатів відбувається за допомогою ключа, де спочатку підраховуються сума «сирих» балів за кожним фактором, які потім переводяться в десятибальну шкалу – так звані стіни. Отримані дані аналізуються по кожній характеристиці [15].

2.2. Аналіз показників соціальної адаптації адитивних осіб на початковому етапі реабілітації

У першу чергу в нашому дослідженні було проведено методику на визначення психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги та комфорту. Нижче в таблиці 2.1. представлені отримані результати у відсоткових показниках рівня прояву за кожною шкалою.

Таблиця 2.2.1

Показники рівнів психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги та комфорту у девіантних осіб на початковому етапі реабілітації

Шкала	Рівень прояву		
	Низький	Середній	Високий
Психічна активація	16%	53%	31%
Інтерес	19%	28%	53%
Емоційний тонус	10%	40%	50%
Напруга	19%	59%	22%
Комфорт	31%	50%	19%

Варто зазначити, що при первинному аналізі даних чим вище рівень прояву за шкалами, тим гірший психічний стан досліджуваних, тобто високий ступінь вираженості таких показників, як психічна активація, інтерес, емоційний тонус і комфортність трактується за зворотною шкалою: високі показники відповідають низьким балам, а показник напруги, за прямою шкалою: високі показники відповідають високим балам. Тому в таблиці нами були дзеркально змінені рівні вираженості для кращого сприймання результатів.

Отже, ми бачимо, що більшість респондентів мають високий рівень прояву за такими шкалами, як «інтерес» та «емоційний тонус», а саме 53% та 50% відповідно. Такі дані свідчать, що під час тестування більшість досліджуваних були зацікавлені в тестуванні, проявляли інтерес до майбутніх результатів методик, були емоційно налаштовані на роботу. Лише 19% респондентів за шкалою «інтерес» та 10% за шкалою «емоційний тонус» мають низькі результати, що свідчить про їх байдужість та присутність емоційного виснаження в процесі тестування.

За шкалою «психічна активація» більшість респондентів, а саме 53%, мають середній рівень прояву, що говорить про їх недостатню готовність до розумової діяльності, вони готові діяти здебільшого при необхідності. 31%

осіб мають високий рівень прояву за даною шкалою, що характеризує їх як бадьорих та ініціативних щодо тестування.

Більшість респондентів за шкалою «напруга» також мають середній рівень прояву, а саме 59% з усіх осіб. Такі результати свідчать про те, що досліджувані знаходилися в недостатньо розслабленому стані, були певною мірою насторожені, проте не виявляли ворожнечі. 22% респондентів мають високий рівень напруги, вони можуть відчувати тривожність та беззахисність перебуваючи в умовах центру. Половина досліджуваних мають середній рівень комфорту, а 31% – високий. Такі дані говорять про те, що більшість осіб відчувають дискомфорт та не можуть повною мірою розслабитися.

Наступною була проведена методика на визначення рівня тривожності Цунга. Її результати приведені нижче в таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Показники рівня депресії за методикою самооцінки депресії Цунга у девіантних осіб на початковому етапі реабілітації

Депресія	Відсутня	Легка	Середня	Важка
	81%	19%	0%	0%

Аналізуючи таблицю, ми відразу бачимо велику кількість респондентів, а саме 81%, з відсутньою депресією, і лише 19% з легкою формою депресії. Досліджувані з першої групи не відрізняються постійним пригніченим настроєм, мають певною мірою впевненість в собі, їх не переслідує почуття провини, а раціон знаходиться в задовільному стані. Особистості з другої групи можуть страждати на періодичні песимістичні настрої, втрату апетиту та сонливість або безсоння, відчувати жалість до себе, втомленість. Проте вони можуть продовжувати виконувати трудову діяльність, спілкуватися з колективом та бути присутніми на групових заняттях.

Наступною нами була проведена методика на визначення соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда. Нижче в таблиці 2.2.3.

представлені отримані результати у відсоткових показниках рівня прояву за кожною шкалою.

Таблиця 2.2.3

Показники рівнів прояву шкал соціально-психологічної адаптації за методикою Роджерса-Даймонда у девіантних осіб на початковому етапі реабілітації

Шкала	Рівень прояву		
	Низький	Середній	Високий
Адаптація	19%	62%	19%
Самоприйняття	0%	56%	44%
Прийняття інших	3%	66%	31%
Емоційний комфорт	25%	63%	12%
Інтернальність	13%	81%	6%
Домінування	25%	59%	16%
Ескапізм	12%	59%	29%

Отже, за першою шкалою «адаптація» більшість респондентів, а саме 62%, мають середній рівень прояву. Це свідчить про те, що досліджувані досить довго звикають до нового середовища перебування, але при цьому не висловлюють сильних негативних та неприємних переживань. Для даних осіб характерні нестабільність та імпульсивність, періоди піднесення або пригнічення. Реабілітанти готові пристосовуватися до вимог нового мікросоціуму реабілітаційного центру, проте іноді ці нові вимоги можуть викликати в них дисгармонію в сфері прийняття рішень.

Низький та високий рівень прояву за даною шкалою мають по 19% респондентів. Для осіб з першої групи характерні знижений рівень життєвої активності, невпевненість у власних силах, безініціативність, пригнічений настрій та періоди туги.

Для досліджуваних з високими показниками адаптації характерні активність, впевненість в собі, в своїх силах і можливостях, здатність до активної роботи в нових умовах життя. Вони проявляють інтерес до

навколишніх подій, готові підпорядковуватись новим поставленим правилам та нормам середовища.

За наступною шкалою «самоприйняття» низький рівень прояву не має жоден з досліджуваних. Такий результат може пояснюватися двома факторами: 1) як зазначалося в першому розділі, особи з адиктивною поведінкою рідко визнають наявність у себе залежності, вони вважають себе здоровими людьми без проблем; 2) потрапивши у незнайомий мікросоціум, в досліджуваних запрацював захисний механізм, через небажання визнавати себе хворою людиною. Тому 44% респондентів мають високий рівень самоприйняття, в них присутнє певне спотворене бачення своєї особистості через адикцію. 56% досліджуваних мають середній рівень показнику за даною шкалою, що свідчить про їхню здатність розуміти свої проблеми, проте не завжди їх приймати. Також за шкалою «прийняття інших» ми бачимо схожі результати, лише 3% мають низький рівень прояву, високий – 31%, середній – 66%. Такі показники, які могли виникнути через ті ж самі вищеперераховані причини.

Шкала «емоційний комфорт» засвідчує, що 63% досліджуваних мають середній ступінь визначеності у своєму ставленні до оточуючого середовища. Деякі ситуації можуть викликати у людини дискомфорт, невпевненість, пригніченість, але такий стан простежується в осіб не на постійній основі, а тільки в певних ситуаціях. 25% досліджуваних мають низький рівень комфорту, що свідчить про невизначеність людини в емоційному ставленні до навколишнього соціальної дійсності, вона часто відчуває невпевненість, пригніченість, млявість і т.п. І лише 12% респондентів мають високі показники за даною шкалою, що характеризує їх як доволі активних, впевнених осіб, що задоволені ситуацією, що склалася.

За шкалою «інтернальність» 81% респондентів мають середній рівень прояву. Це свідчить про те, що відповідальність за події, що відбуваються в житті досліджуваних, вони готові приймати як на себе, так і приписувати зовнішнім факторам. У деяких випадках результати своїх дій особи

пояснюють своєю поведінкою, характером і здібностями, але й не виключаються випадки, коли досліджувані схильні приписувати причини того, що відбувається зовнішнім чинникам (навколишньому середовищу, долі, збігу обставин тощо). 13% досліджуваних мають низький рівень прояву за даною шкалою, а 6% – високий. Респонденти з низькими показниками схильні звинувачувати у своїх невдачах інших людей або навколишні обставини, у той час як особи з високими показниками – беруть відповідальність за свої дії виключно на себе.

За шкалою «домінування» результати свідчать, що більше половини досліджуваних можуть прагнути до лідерства, іноді до керівництва поставлених завдань, але при цьому в потрібних ситуаціях вони готові відступити і віддати верховенство іншій людині. 25% осіб не схильні до домінування, вони не прагнуть бути лідерами, у той час як 16% – навпаки, бажають відстояти своє лідерство в соціумі, в яке потрапили.

Результати останньої шкали «ескапізм» свідчать про схильність більшості респондентів втікати від буденної реальності в інобуття, бажання позбутися від проблем та нудьги шляхом використання різних речей (в тому числі і предметів адикції). 29% реабілітантів мають високі показники за даною шкалою, тому при виникненні будь-яких неприємностей вони намагаються якнайшвидше уникнути дискомфорту, неприємних відчуттів, відповідальності, використовуючи різні методи, не виключаючи психоактивні речовини. 12% досліджуваних мають низький рівень прояву за шкалою «ескапізм», вони намагаються жити в реальності, і при виникненні проблем докладають зусиль для їх вирішення.

Остання проведена нами методика була 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела. В таблиці 2.2.4. представлені отримані результати у відсоткових показниках рівня прояву за кожною шкалою.

Показники рівнів прояву характеристик за 16-ти факторний особистісним опитувальником Кеттела у девіантних осіб на початковому етапі реабілітації

Фактор	Рівень прояву		
	Низький	Середній	Високий
А (відкритість/закритість)	37%	41%	22%
В (інтелект)	25%	37%	38%
С (емоційна нестабільність/стабільність)	22%	41%	37%
Е (підпорядкованість/домінантність)	25%	50%	25%
F (стриманість/експресивність)	25%	50%	25%
G (нормативність поведінки)	56%	32%	12%
Н (боязкість/сміливість)	56%	25%	19%
І (твердість/чутливість)	22%	31%	47%
L (довірливість/підозрілість)	28%	56%	16%
М (практичність/мрійливість)	60%	34%	6%
N (прямолінійність/дипломатичність)	41%	50%	9%
О (спокій/тривожність)	25%	47%	28%
Q1 (консерватизм/радикалізм)	19%	56%	25%
Q2 (конформізм/нонконформізм)	28%	53%	19%
Q3 (низький/високий самоконтроль)	41%	28%	31%
Q4 (розслабленість/напруженість)	31%	47%	22%

За першим фактором А ми спостерігаємо, що більшість респондентів доволі замкнуті, вони поки не готові до нових знайомств та відкритого спілкування, готові йти на контакт лише при необхідності. 37% досліджуваних мають низькі показники за даною шкалою, що свідчить про їх замкнутість, відчуження та недовіру до оточуючих, відсутність бажання налагодження будь-яких міжособистісних контактів. І 22% досліджуваних мають високі показники, що характеризує їх як товариських та комунікабельних особистостей, готових до співпраці.

Показники за фактором В розділилися більш-менш рівномірно, що свідчить про наявність в групі осіб з різним розвитком інтелекту.

За шкалою С 22% реабілітантів з низькими показниками можна охарактеризувати як імпульсивних, емоційно нестійких та з мінливим

настроєм осіб. Високий рівень прояву мають 37% досліджуваних, що свідчить про їх емоційну стійкість та витриманість, стабільність настроїв і певну ригідність. Всі інші респонденти мають середній рівень прояву за даним фактором, вони схильні до імпульсивності при значних емоційних коливаннях, проте при необхідності здатні стримувати свій норов.

За фактором G (нормативність поведінки) більше половини досліджуваних, а саме 56%, мають низький рівень прояву за даною шкалою. Це характеризує респондентів як легковажних та непостійних осіб, які легко здаються при зіткненні з життєвими труднощами та які рідко слідують правилам. Лише 12% респондентів можна охарактеризувати як надійних та відповідальних особистостей. І 32% респондентів схильні іноді піддаватися імпульсам, можуть бути неорганізованими, проте вони намагаються працювати у групі та дотримуватися установлених правил та норм. За фактором H (сміливість) більшу половину респондентів, а саме 56%, можна описати як нерішучих, безвідповідальних осіб, що уникають ризиків. І лише 19% реабілітантів активні та готові до ризику.

Майже половина, а саме 47%, досліджуваних мають високий рівень прояву за фактором I, що характеризує респондентів як чутливих та вразливих осіб, схильних до іпохондрії, певною мірою боязливих та з потребою відчуття співчуття від оточуючих. 22% досліджуваних з низькими показниками можна охарактеризувати як несентиментальних, розсудливих та певною мірою жорстких осіб.

Шкала M свідчить, що 60% респондентів схильні до виконання практичних цілей відповідно до своїх потреб, переживають, щоб усе виконати правильно, піддаються впливу зовнішніх обставин. У випадку адиктивних осіб в умовах центру це проявляється у швидкому виконанні поставлених завдань з метою швидше закінчити реабілітацію та покинути центр. Лише 6% респондентів мають високі показники, що характеризує їх як мрійливих, поглинених у своїх внутрішніх ілюзіях осіб.

За шкалою N більшість досліджуваних можна охарактеризувати як прямолінійних особистостей, з притаманною певною наївністю та простотою, відсутністю схильності до аналізу мотивів партнера, безпосередністю та недисциплінованістю. 41% досліджуваних прямолінійні, часто безтактні та імпульсивні по відношенню до оточуючих. Лише 9% реабілітантів поведуть себе коректно, емоційно стримані та проникливі.

Результати по фактору O свідчать про те, що 47% досліджуваних відчувають певну тривогу та настороженість, іноді підпорядковуються своєму настроєві. 28% реабілітантів мають високі показники за даною шкалою, що може характеризувати їх як неспокійних та стурбованих осіб, схильних до депресивних настроїв. 25% респондентів, напрочуд, впевнені в собі та своїх силах, відчувають певний спокій, самовпевнені.

Також більшість респондентів відповідно до результатів за фактором Q3 мають низький самоконтроль, переживають внутрішню конфліктність, недисципліновані та схильні підпорядковуватись своїм пристрастям.

Отже, у даному параграфі ми розглянули результати дослідження респондентів на початковому етапі реабілітації.

2.3. Програма роботи з адиктивними особами умовах реабілітаційного центру

Програма реабілітації в центрах, де проводилося дослідження, є комплексною і складається з декількох взаємопов'язаних етапів. Мета даної програми – відновлення фізичного та психічного стану хворого для подальшого його життя без адикції.

Завдання даної програми реабілітації полягає в тому, щоб:

- звільнити особу від залежності;
- відновити всі складові сфери хворого: фізіологічну, психологічну, духовну та соціальну;

- сприяти особистісному зростанню;
- придбати нові здорові цінності та навички;
- допомогти повернутися в соціум і знайти сенс життя;

Отже, реабілітація складається з декількох етапів, а саме:

1) Початковий етап. При надходженні клієнта спочатку робиться акцент на відновленні його фізичного стану. У зв'язку з тим, що відмова від вживання речовин супроводжується абстинентним синдромом, основними методами, спрямованими на стабілізацію роботи всіх систем організму, є: детоксикація, фізіотерапевтичні процедури, при необхідності лікарем-наркологом або психіатром призначається медикаментозний супровід. Період проходження початкового етапу залежить як від виду речовин, які вживалися, так і від тривалості залежності, проте в середньому для відновлення фізичного стану клієнта витрачається два-три тижні.

2) Перший етап самої реабілітаційної програми спрямований на відновлення емоційної стабільності, роботу з критичним ставленням до захворювання, мотивацією на одужання, прийняття відповідальності за процес і наслідки, робота з потягом до психоактивних речовин, розвиток комунікативних навичок в мікросоціумі. Робота з емоційною сферою проходить за наступними критеріями: емоційна лабільність, розвиток емоційної усвідомленості, вміння управляти почуттями, стресостійкість. Для цього в процесі реабілітації клієнти кожного дня заповнюють «щоденник емоцій», який дозволяє відслідковувати протягом дня всю гамму пережитих емоцій, а також події та вчинки, що спровокували їх появу. На індивідуальних консультаціях з психологом проходить аналіз даного записника та корекція психічної реабілітації відповідно до отриманих показників.

На першому етапі одужання практично всі зусилля залежного здійснюються під впливом зовнішньої мотивації. Потім відбувається формування більш стійкої, внутрішньої мотивації до поставлених цілей і одужання. На групових заняттях проводиться аналіз по всіх сферах

життєдіяльності з докладним описом кожного пункту втрат і встановлення причинно-наслідкового зв'язку між вживанням і наслідками. Також учасники терапевтичної спільноти діляться власними історіями та способами подолання наслідків вживання, відбувається аналіз досягнень осіб, які пройшли програму і досягли стійкої ремісії.

Робота з розвитком відповідальності полягає у виконанні програмних та індивідуальних завдань, розвитку дисциплінованості, вміння нести відповідальність не тільки за свої вчинки і дії, але і їх наслідки. Також відновлюють і розвивають навички комунікації, працюють над конфліктостійкістю, умінням правильно доносити свої думки і почуття, вміння вибудовувати зрілі і доброзичливі відносини з оточуючими, навички відстоювання своїх інтересів з урахуванням думки своїх опонентів, вміння вибудовувати психологічні кордони з оточуючими. На групових заняттях психологи, окрім надання теоретичних знань, проводять різні вправи та рольові ігри, за допомогою яких реабілітанти вчаться взаємодіяти один з одним в різних змодельованих ситуаціях, можуть виразити свої думки та вислухати інших учасників процесу, під наглядом фахівця вчаться надавати один одному правильний та безпечний зворотній зв'язок. На групових заняттях проводяться такі вправи:

- арт-терапія, де використовується вправа з малювання спільного малюнку з наступною колективною інтерпретацією і обговоренням отриманого результату;
- гра «крах корабля», яка спрямована на згуртованість колективу;
- підвищення рівня довіри і згуртованість колективу за допомогою вправи «довіряю ...» з тілесно-орієнтованої терапії. Даний тренінг допомагає через тілесні відчуття долати опір, вчитися приймати підтримку і допомогу оточуючих.

Загалом даний етап триває три місяці.

3) Наступний етап – робота з розвитком ціннісних орієнтирів, саморозвитком. Також обов'язковим в програмі є освоєння теоретичних

знань, пов'язаних як з концепцією хвороби, так і з профілактикою рецидиву. Обов'язковою є навчання навичкам самоаналізу, саморефлексії, постановкою цілей. Дуже важливо навчити реабілітантів побудови здорової системи цінностей і принципів, розвитку таких якостей, як порядність, відкритість, довіра, емпатія, моральність, щирість, чесність.

Акцент робиться на активній життєвій позиції в одужанні, взяття на себе зобов'язань і їх реалізація, формуванні принципу постійного особистісного росту. Клієнти навчаються аналізувати, розпізнавати свої думки, почуття, бажання, визнавати свої помилки і адекватно реагувати на них. І приймати здорові, зважені рішення виходячи з подій, що відбуваються. Для цих цілей також проводяться теоретичні заняття, на яких розбираються деструктивні моделі взаємовідносин, відомі як гри за драматичним трикутником Стівена Карпмана. Робота проводиться як в практичній частині, так і в індивідуальному порядку – проводиться аналіз взаємин з близькими, визначаються ролі учасників і спільно з психологом шукаються шляхи виходу із деструктивних взаємин зі своїми близькими. Окрім цього в рамках реабілітаційного центру проводяться різні спортивні заходи, такі як гра у волейбол або теніс, проводяться музичні, літературні, танцювальні вечори тощо.

4) І завершальним етапом є стабілізація сімейних взаємин, побудова планів по одужанню і етап ресоціалізації. В цей етап входять сімейні сесії, розстановка психологічних і фізичних кордонів у сім'ї, опрацювання негативних почуттів по відношенню один до одного, становлення довірчих і поважних відносин з близькими.

Отже, у даному параграфі ми розглянули особливості реабілітації адиктивних осіб, її мету та завдання, а також коротко розібрали кожен з етапів реабілітаційної програми.

2.4. Аналіз показників соціальної адаптації адитивних осіб після завершення першого етапу реабілітації

Через 3 місяці нами було проведено повторне тестування. Результати за методикою визначення психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги та комфорту наведені в таблиці 2.4.1. та представлені у відсоткових показниках рівня прояву за кожною шкалою.

Таблиця 2.4.1

Показники рівнів психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги та комфорту у девіантних осіб після завершення першого етапу реабілітації

Шкала	Рівень прояву		
	Низький	Середній	Високий
Психічна активація	0%	44%	56%
Інтерес	0%	38%	62%
Емоційний тонус	0%	44%	56%
Напруга	50%	47%	3%
Комфорт	6%	38%	56%

Аналізуючи таблицю, ми бачимо, що за такими показниками, як «психічна активація», «інтерес» та «емоційний тонус» низький рівень прояву відсутній. Такі результати свідчать про те, що на момент тестування респонденти були налаштовані на роботу, були зацікавлені в дослідженні, мали задовільний психічний стан. За цими шкалами більше половини реабілітантів мають високий рівень прояву, тому ми можемо сказати, що респонденти були емоційно включені в дослідження, налаштовані на отримання результатів, в них відсутнє емоційне вигорання.

Майже порівну розділилися результати за шкалою «напруга» між низьким та середнім рівнем прояву даного показника. Досліджувані були певною мірою розслаблені та спокійні, хоча й не втрачали пильність під час

дослідження, почували себе більш вільно та розкрито. Лише 3% реабілітантів мають високі показники, що свідчить про їх напруженість і настороженість.

Шкала «комфорт» свідчить, що більшість респондентів, а саме 56%, мають високий рівень прояву за даною шкалою, вони відчувають себе комфортно в умовах центру, їм не притаманне емоційне виснаження, респонденти готові йти на контакт та працювати. Лише 6% реабілітантів мають низькі показники, що свідчить про їх почуття дискомфорту, невдоволення та певною мірою роздратування.

Таблиця 2.4.2

Показники рівня депресії за методикою Цунга у девіантних осіб після завершення першого етапу реабілітації

Депресія	Відсутня	Легка	Середня	Важка
	94%	6%	0%	0%

Повторне тестування показало, що у 94% досліджуваних відсутня депресія. Вони не страждають на затяжні песимістичні настрої, мають здоровий сон та раціон, їх психічний стан знаходиться на задовільному рівні, вони впевнені в собі, їх не переслідує почуття провини. 6% респондентів мають легку депресію, тому можуть іноді страждати на періодичні песимістичні настрої, втрату апетиту та сонливість або безсоння, відчувати себе втомленими, проте досліджувані приймають участь у групових заняттях та можуть спілкуватися з іншими реабілітантами.

Наступне повторне тестування було проведене за методикою на визначення соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда. Нижче в таблиці 2.4.3. представлені отримані результати у відсоткових показниках рівня прояву за кожною шкалою.

Таблиця 2.4.3

Показники рівнів прояву шкал соціально-психологічної адаптації за методикою Роджерса-Даймонда у девіантних осіб після завершення першого етапу реабілітації

Шкала	Рівень прояву		
	Низький	Середній	Високий
Адаптація	0%	31%	69%
Самоприйняття	19%	38%	43%
Прийняття інших	0%	44%	56%
Емоційний комфорт	6%	38%	56%
Інтернальність	0%	38%	62%
Домінування	16%	62%	22%
Ескапізм	12%	81%	7%

69% досліджуваних мають високий рівень адаптації, що свідчить про успішне пристосування до даного мікросоціуму, до вимог перебування в реабілітаційному центрі. Досліджувані стали краще контролювати свою поведінку відповідно до усталених звичаїв, намагаються пригнічувати схильності, що можуть доставляти незручності, йдуть на контакти як з іншими реабілітантами, так і з персоналом. 31% респондентів мають середній рівень прояву за даною шкалою, вони ще не до кінця адаптувалися до реабілітаційного центру, проте намагаються вести себе відповідно до правил, переборювати свої старі звички та навчатися новим. Низький рівень мають 0% досліджуваних, що свідчить про успішний процес адаптації реабілітантів.

Шкала самоприйняття налічує 43% досліджуваних з високим рівнем прояву, шкала прийняття інших – 56%, що свідчить про достатньо високий рівень самооцінки цих респондентів та їх бажання взаємодіяти з оточуючими. 19% досліджуваних за шкалою «самоприйняття» мають низькі результати, вони, напрочуд, не приймають себе такими, які вони є, прагнуть до змін та покращення свого життя.

Більше половини досліджуваних мають високі показники за шкалами емоційного комфорту та інтернальності, 56% і 62% відповідно, що засвідчує про сприятливий стан респондентів, їх спокій та готовність відкрито висловлювати свої почуття, про готовність брати відповідальність за свої дії на себе, а не перекладати її на оточуючі обставини або інших людей. 6% респондентів мають низькі показники за шкалою «емоційний комфорт», вони

все ще відчувають дискомфорт, невдоволення та певною мірою роздратування. Низький рівень за шкалою «інтернальність» не має жоден з респондентів, що свідчить про їх усвідомлення накопичених проблем та відповідальності, що лежить на них.

Результати шкали ескапізму свідчать про те, що більшість респондентів починають усвідомлювати дійсність, повертаються до реальних проблем, хоча в них ще присутнє бажання уникати буденності. Лише 7% реабілітантів мають високі, тому при виникненні будь-яких неприємностей вони намагаються якнайшвидше уникнути дискомфорту, неприємних відчуттів та відповідальності. 12% досліджуваних мають низький рівень, вони намагаються жити в реальності, і при виникненні проблем докладають зусиль для їх вирішення.

Останньою методикою повторного тестування був 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела.

Таблиця 2.4.4

Показники рівнів прояву шкал за методикою 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела у девіантних осіб після завершення першого етапу реабілітації

Фактор	Рівень прояву		
	Низький	Середній	Високий
А (відкритість/закритість)	13%	19%	68%
В (інтелект)	28%	28%	44%
С (емоційна нестабільність/стабільність)	34%	32%	34%
Е (незалежність/піддатливість)	28%	44%	28%
Ф (стриманість/експресивність)	25%	47%	28%
Г (нормативність поведінки низька/висока)	41%	53%	6%
Н (боязкість/сміливість)	37%	44%	19%
І (жорсткість/чутливість)	25%	28%	47%
Л (чуттєвість/твердість)	28%	50%	22%
М (практичність/мрійливість)	56%	38%	6%
Н (прямолінійність/дипломатичність)	44%	47%	9%
О (спокій/тривожність)	41%	44%	19%

Q1 (консерватизм – радикалізм)	22%	50%	28%
Q2 (конформізм/нонконформізм)	28%	47%	25%
Q3 (низький/високий самоконтроль)	31%	31%	38%
Q4 (внутрішня напруга/розслабленість)	25%	56%	19%

Результати за першим фактором А свідчать про те, що більшість респондентів, а саме 68%, відкриті до спілкування, готові до співробітництва та роботи в групі. 19% мають середній рівень прояву за даним фактором, реабілітанти все ще відчувають недовіру та труднощі у встановленні контактів, проте намагаються бути відкритими та люб'язними. І 13% досліджуваних мають низькі показники, що свідчить про їх певну ригідність та замкненість, неготовність повністю відкритись для оточуючих.

За фактором С показники розділилися майже порівну між усіма трьома рівнями прояву, тому ми можемо сказати, що в групі присутні особи як з нестабільною поведінкою, імпульсивним та з мінливим настроєм, так і особи з емоційною стійкістю, спокійні та певною мірою ригідні.

За фактором G (нормативність поведінки) більше половини досліджуваних, а саме 53%, мають середній рівень прояву за даною шкалою. Респонденти починають брати відповідальність за свої дії, краще контролюють свою поведінку, намагаються слідувати правилам та нормам мікросоціуму. Проте все ще 41% респондентів мають проблеми з самоконтролем, їм не вистачає вищеперерахованих ознак поведінки. Лише 6% респондентів відповідальні та врівноважені, слідує загальноприйнятим правилам та устоям, налаштовані на плідну роботу.

Майже половина респондентів мають високий рівень прояву за шкалою I, що характеризує їх як вразливих та чуттєвих осіб, схильних до іпохондрії, певною мірою боязливих та з потребою відчути співчуття від оточуючих. Досліджувані почали усвідомлювати свої накопичені потреби, що викликає в них страх перед відповідальністю. Низькі показники мають 25% респондентів, середні – 28%.

Дані за фактором М вказують на те, що половина респондентів, а саме 56%, здатні до вирішення практичних задач, орієнтовані на зовнішню реальність, мають певну ригідність у справах, які вимагають креативного підходу. 38% осіб намагаються орієнтуватися не лише на зовнішню реальність, але й на свій внутрішній світ, іноді піддаються мрійливості. У випадку реабілітації мрії можуть стосуватися швидкого та легкого одужання, в бажанні різко змінити своє життя. 6% респондентів перебувають у певному маренні мрій, вони захоплені своїми ідеями, внутрішніми ілюзіями щодо процесу одужання та подальшого свого життя.

Майже порівну розділилися результати за шкалою N між низьким та середнім рівнем прояву даного показника. Респондентам ще не вистачає дипломатичних навиків спілкування, вони частіше діють прямо, майже не аналізуючи мотиви свого співрозмовника, проте деякі вчаться спілкуватися та розуміти оточуючих, тримати самоконтроль. Лише 9% реабілітантів володіють проникливістю, дипломатичністю, намагаються аналізувати ситуацію та діяти відповідно до неї.

За фактором O показники свідчать, що 41% респондентів знаходяться в спокійному, безтурботному стані, відчувають впевненість. 44% досліджуваних теж не мають тривожних проявів, але відчувають певне напруження та невпевненість. 19% досліджуваних мають високі показники за даною шкалою, що свідчить про їх заклопотаність та стурбованість, невпевненість та схильність піддаватися імпульсам настрою.

За фактором Q3 розподіл майже рівномірний за всіма трьома рівнями прояву, що свідчить про наявність в групі як імпульсивних та нестриманих осіб, так і осіб з високим самоконтролем та вмінням стримувати свої емоційні пориви.

За фактором Q4 більше половини респондентів, а саме 56%, мають середній рівень прояву, що характеризує їх як розслаблених та врівноважених осіб, проте з підвищеною імпульсивністю, яку не завжди вдається втримати. 25% мають низькі показники, респонденти схильні до

розслабленості, врівноваженості та задоволеності, проте в деяких ситуаціях такий стан може призвести до лінії, що позначиться на ефективності результатів. І 19% реабілітантів мають високі показники, що свідчить про їх напруженість, активність та імпульсивність.

Отже, у даному параграфі ми розглянули результати повторного тестування респондентів, що пройшли перший етап реабілітації, змогли поверхнево оглянути зміни, що відбулися за три місяці проходження програми.

2.5. Динаміка показників соціальної адаптації реабілітантів

Останнім етапом нашого дослідження був порівняльний аналіз отриманих результатів при першому та другому тестуванні з використанням методів математичної обробки даних.

Таблиця 2.5.1

Співвідношення середніх значень та стандартного відхилення психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги та комфорту на початковому етапі та після завершення першого етапу реабілітації

Шкали	Початковий етап		Завершення 1-го етапу	
	М	δ	М	δ
Психічна активація	11,09	4,27	8,68	3,02
Інтерес	9,46	4,99	7,31	3,30
Емоційний тонус	9	3,68	7,56	2,82
Напруга	12,28	3,47	8,59	3,03
Комфорт	12,31	4,74	8,87	3,34

Для наочності зобразимо середні арифметичні отриманих балів у вигляді гістограми на рисунку 2.5.1.

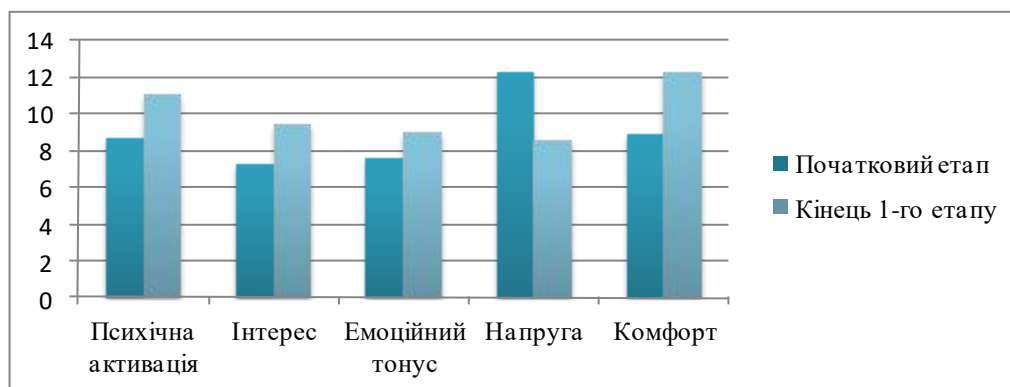


Рис. 2.5.1. Співвідношення середніх значень психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги та комфорту на початковому етапі та після завершення першого етапу реабілітації

Аналізуючи дані гістограми, ми бачимо, що за три місяці перебування в реабілітаційному центрі, у респондентів змінилися всі показники. Найбільших змін зазнали характеристики за такими шкалами, як «комфорт», «напруга» та «психічна активація». Рівень комфорту та психічної активації підвищився, що свідчить про збільшену активність реабілітантів, вони відчувають себе захищено та комфортно в умовах центру, їм не притаманне емоційне виснаження, респонденти готові йти на контакт та працювати. Напруга, навпаки, зменшилася, що також говорить про позитивне пристосування реабілітантів як до умов центру, так і один до одного.

Далі, використовуючи критерій Ст'юдента, нами було визначено найбільш значущі показники відмінностей. Результати представлені нижче в таблиці 2.5.2.

Таблиця 2.5.2

Показник відмінностей за критерієм Ст'юдента за методикою оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруги та комфорту у реабілітантів

Шкала	Показник значимості
Психічна активація	0,0001
Напруга	0,000
Комфорт	0,000

Отже, за три місяці проходження програми в реабілітаційному центрі, ми можемо спостерігати найбільшу позитивну динаміку у респондентів за такими показниками, як психічна активація, напруга та комфорт. Показники психічної активації та комфорту підвищилися, реабілітанти стали почувати себе комфортніше в незвичному раніше соціумі, почали активно працювати над покращенням свого психічного стану, почали приймати активну участь у груповій роботі. Показники напруги, навпаки, знизилися, що також свідчить про покращення емоційного стану, налагодження комунікативних зв'язків один з одним, позитивне пристосування до нового соціуму.

Далі представимо в таблиці 2.5.3. середні значення та стандартне відхилення за методикою самооцінки депресії Цунга.

Таблиця 2.5.3

Співвідношення середніх значень та стандартного відхилення за методикою самооцінки депресії Цунга на початковому етапі та після завершення першого етапу реабілітації

Показник	Початковий етап		Завершення 1-го етапу	
	М	δ	М	δ
Депресія	41	6,8	35	5,8

Ми спостерігаємо, що за даною методикою середнє значення знизилося з 41 до 35, що свідчить про наявність позитивної динаміки за даним показником. Реабілітанти почали себе краще почувати, в них поменшали песимістичні настрої, а загальний психічний стан почав налагоджуватися, нормалізувався режим харчування та сну. Далі, використовуючи критерій Ст'юдента, нами було визначено, що показник даної методики також має значущі відмінності, і складає він 0,00004. За три місяці зменшилася кількість респондентів, що мали легку депресію, в них покращився емоційний стан, вони стали більш активні та відкриті, покращився сон та загальний фізичний стан. Також зменшилися періоди песимістичних настроїв, реабілітанти почали активніше працювати у групі та індивідуально з психологом для налагодження свого життя, почали приймати активну участь у групових заняттях та більш відкрито спілкуватися один з одним.

Далі ми розглянемо середні значення та стандартне відхилення за методикою соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда. Результати розподілу представлені нижче в таблиці 2.5.4.

Таблиця 2.5.4

Співвідношення середніх значень та стандартного відхилення за методикою соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда на початковому етапі та після завершення першого етапу реабілітації

Шкали	Початковий етап		Завершення 1-го етапу	
	М	δ	М	δ
Адаптація	51,62	11,83	68,78	10,60
Самоприйняття	63,31	13,37	70,75	8,83
Прийняття інших	58,43	14,48	68,81	8,79
Емоційний комфорт	47,75	15,20	68,31	10,02
Інтернальність	51,00	12,12	68,03	10,17
Домінування	50,56	15,62	52,06	14,71
Ескапізм	17,31	4,65	13,68	3,45

Для наочності зобразимо середні арифметичні отриманих балів у вигляді гістограми на рисунку 2.5.2

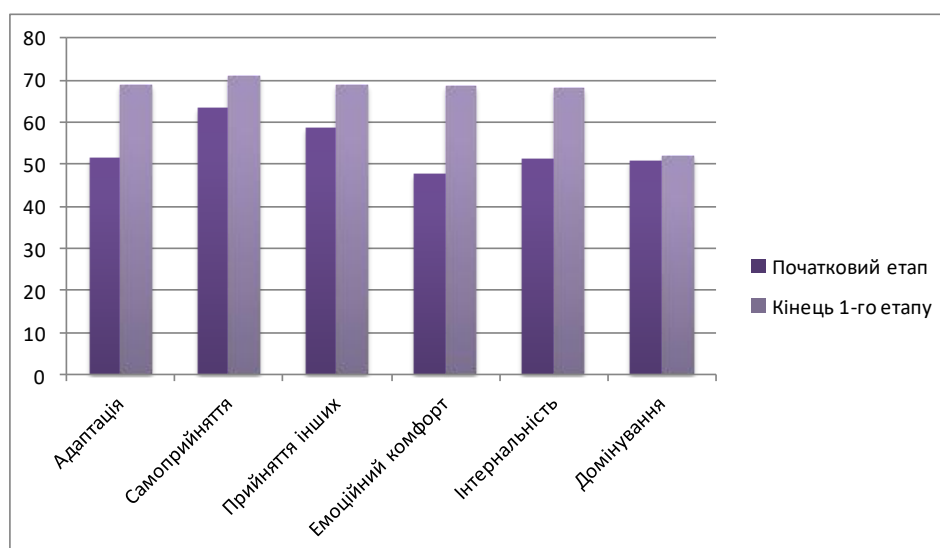


Рис. 2.5.2. Співвідношення середніх значень за методикою соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда на початковому етапі та після завершення першого етапу реабілітації

Отже, ми бачимо, що найбільших змін зазнали показники за такими шкалами, як «адаптація», «емоційний комфорт», та «інтернальність». За три

місяці проходження програми реабілітації ми бачимо позитивну динаміку, досліджувані успішно почали пристосуватися до нового для них мікросередовища, набувати нових звичок та навичок, почали більше відкриватися та йти на контакт з оточуючими, їх емоційний стан покращився, реабілітанти почали активно працювати над своїм внутрішнім світом для покращення майбутнього життя за межами центру, а також почали усвідомлювати деякі помилки та брати за них відповідальність

За допомогою критерію Ст'юдента нами були визначені найбільш значущі показники відмінностей, що представлені у таблиці 2.5.5.

Таблиця 2.5.5

Показник відмінностей за критерієм Ст'юдента за методикою соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда

Шкала	Показник значимості
Адаптація	0,00
Емоційний комфорт	0,00
Інтернальність	0,00
Ескапізм	0,00

Отже, ми спостерігаємо позитивну динаміку за чотирма шкалами. Можемо зробити висновок, що за три місяці проходження реабілітаційної програми, респонденти змогли адаптуватися до умов життя в центрі, засвоїли певні норми та порядки даного мікросередовища, в них зменшився дискомфорт, реабілітанти почали працювати відповідно до своїх нових цілей – позбутися залежності, покращити своє життя, налагодити стосунки з близькими тощо. Також, завдяки психологічній програмі досліджувані почали усвідомлювати свої проблеми та вчитися брати відповідальність за свої дії на себе, пов'язувати їх зі своїми особливостями та вчинками, а не перекладати відповідальність на зовнішні обставини.

Останніми будуть представлені середні значення та стандартне відхилення за методикою 16-тифакторний особистісний опитувальник Кеттела. Дані представлені нижче в таблиці 2.5.6.

Таблиця 2.5.6

Співвідношення середніх значень та стандартного відхилення за методикою 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела на початковому етапі та після завершення першого етапу реабілітації

Фактори	Початковий етап		Завершення 1-го етапу	
	М	δ	М	δ
A	6,65	1,63	5,96	1,37
B	5,71	1,65	5,87	1,58
C	5,90	1,87	5,5	2
E	5,46	1,29	5,56	1,38
F	5,46	1,29	5,59	1,52
G	4,43	1,94	4,50	1,54
H	4,84	1,64	5,18	1,44
I	5,96	1,78	6,0	2,01
L	5,15	1,62	5,21	1,71
M	4,18	1,37	4,18	1,51
N	4,65	1,63	4,59	1,47
O	5,65	1,71	5,71	1,67
Q1	5,65	1,18	5,71	1,34
Q2	5,03	1,63	5,28	1,85
Q3	4,90	2,19	4,90	1,97
Q4	5,03	1,65	5,25	1,56

Для наочності зобразимо середні арифметичні отриманих балів у вигляді гістограми на рисунку 2.5.3.

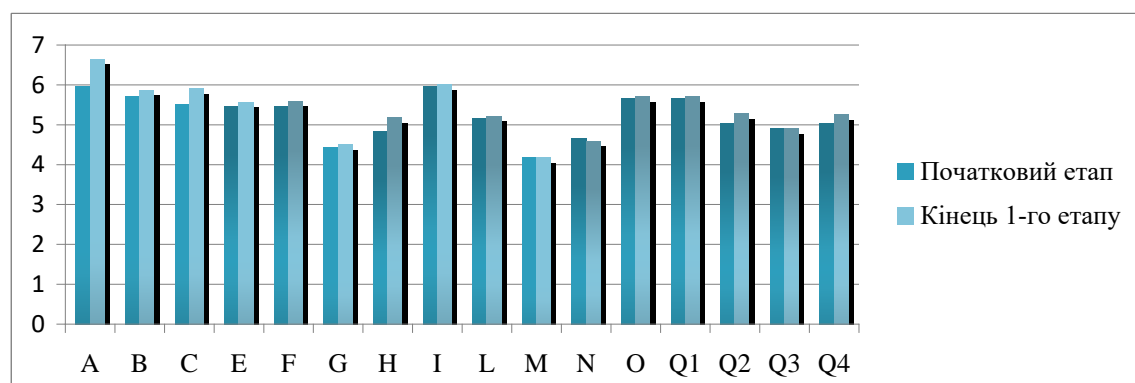


Рис. 2.5.3. Співвідношення середніх значень за 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела на початковому етапі та після завершення першого етапу реабілітації

Ми можемо спостерігати, що за даною методикою найбільших змін зазнали такі характеристики, як фактор А (відкритість/закритість) та фактор С (емоційна стабільність). Такі результати свідчать про підвищення відкритості респондентів, їх збільшення готовності до співробітництва та спілкування з оточуючими. Досліджувані стали більш вільно ділитися своїми переживаннями та емоціями, пристосувалися до навколишнього соціуму, стали активніше проявляти себе на групових заняттях. В них також підвищилася емоційна стабільність та витримка, вони стали спокійнішими та налаштованими на активну роботу, готові працювати над собою.

За допомогою критерію Ст'юдента нами були визначені найбільш значущі показники відмінностей, що представлені у таблиці 2.5.7.

Таблиця 2.5.7

Показник відмінностей за критерієм Ст'юдента за методикою 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела

Шкала	Показник значимості
Фактор А (відкритість/закритість)	0,00001

За даною методикою найбільш значущим виявився фактор А. Отримані дані свідчать про те, що реабілітанти за час перебування в центрі покращили свої комунікативні навички, стали більш відкриті до спілкування, краще встановлюють контакти в межах даного соціуму, намагаються працювати в групі. Реабілітанти почали краще сприймати критику завдяки отриманню конструктивного зворотного зв'язку на заняттях, а також навчилися ділитися своїми емоціями та переживаннями з оточуючими, і у відповідь підтримувати одне одного.

Динаміці даних процесів сприяють такі фактори, як групова та індивідуальна робота з психологами, організація побуту та дозвілля для реабілітантів, та цілодобова підтримка консультантів центру.

Висновок до розділу 2

Отже, провівши емпіричне дослідження та проаналізувавши результати першого та другого тестування, ми можемо визначити наявність позитивної динаміки за певними показниками, що допомагають визначити рівень соціально-психологічній адаптації досліджуваних в умовах реабілітаційного центру.

За три місяці проходження реабілітації, у респондентів підвищився рівень психічної активації, що проявляється в певній фізичній та особистісній активності, бажанні до змін та покращення свого життя. Також досліджувані стали почувати себе комфортніше в незвичному для себе раніше соціумі, в них зменшилася напруга, вони стали більше йти на контакт та працювати в групі. Окрім того, зменшилася кількість респондентів, що мали легку депресію, в них покращився емоційний стан, вони стали більш активні та відкриті, покращився сон та загальний фізичний стан.

Також ми можемо спостерігати динаміку за конкретним показником адаптації: досліджувані мають покращення в пристосуванні до умов життя в центрі, почали засвоювати певні норми та порядки даного мікросередовища, в них зменшився дискомфорт, реабілітанти почали працювати відповідно до своїх нових цілей – позбутися залежності, покращити своє життя, налагодити стосунки з близькими тощо. Завдяки психологічній програмі досліджувані почали усвідомлювати свої проблеми та вчитися брати відповідальність за свої дії на себе, пов'язувати їх зі своїми особливостями та вчинками, покращили свої комунікативні навички, стали більш відкриті до спілкування.

За допомогою критерію Ст'юдента нами були визначені найбільш значущі показники, що змінилися за період проходження першого етапу реабілітації. За цей час у реабілітантів підвищилися психічна активація, емоційний комфорт, адаптація, інтернальність та ескапізм, а також фактор відкритості. Рівень напруги, навпаки, за цей період зменшився.

ВИСНОВКИ

1. Адиктивна поведінка – це різновид девіантної поведінки, яка характеризується непереборним бажанням пережити інтенсивні емоції, прагненням відійти від реальності, вирішити різноманітні психологічні проблеми за допомогою штучної зміни своєї свідомості внаслідок вживання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності. Розвиток адиктивної поведінки відбувається в декілька етапів, а саме: перші проби («знайомство» з предметом адикції), адиктивний ритм (збільшення періодичності вживання), адиктивна поведінка (формується деструктивна залежна поведінкова звичка), заперечення (невизнання наявності залежності), катастрофа (деградація особистості).

Соціально-психологічна адаптація як феномен виникає при взаємодії двох систем: людини та суспільства і полягає в інтеграції особистості в соціум, у процесі якої відбувається формування самосвідомості й рольової поведінки, здатності до самоконтролю й адекватних зв'язків та стосунків. Соціально-психологічна адаптація особистості відбувається через пристосування людини до вимог суспільства та узгодження особистісних цінностей і переконань із суспільними нормами. Механізмом соціально-психологічної адаптації вважається така послідовність: «потреби – актуалізація потреб – задоволення потреб – піднесення потреб». Загалом адаптаційний процес розвивається між актуалізованими і задоволеними потребами.

Суть і роль психологічної адаптації реабілітантів в процесі одужання полягає в пристосуванні клієнта до нових умов проживання в реабілітаційному центрі, до нового життя без предмету адикції, налагодження соціальних контактів з іншими учасниками програми одужання, вироблення мотивації досягнення для подолання залежності, засвоєння нових навичок та компетенцій.

2. Для вивчення динаміки соціально-психологічної адаптації у адиктивних осіб в умовах реабілітаційного центру було залучено 32 людини з двох київських центрів адиктології.

На початковому етапі реабілітації у респондентів було виявлено підвищений інтерес та емоційний тонус, психічна активація була виражена посередньо, а також більшість респондентів відчували певну напруженість та дискомфорт. 19% досліджуваних мали легку депресію. Рівень адаптованості реабілітантів складав в середньому 62%, самоприйняття було на достатньо високому рівні, емоційний дискомфорт проявлявся в деяких ситуаціях. Рівень ескапізму свідчить про схильність більшості респондентів втікати буденної від реальності. Також при первинному тестуванні більшість респондентів виявилися доволі замкнутими, не готовими до відкритого спілкування.

3. Після завершення першого етапу реабілітації, що триває 3 місяці, ми змогли спостерігати певні зміни за деякими показниками. За три місяці проходження реабілітації, у респондентів підвищився рівень психічної активації, що проявляється в особистісній активності та бажанні до змін. Також досліджувані стали почувати себе комфортніше, в них зменшилася напруга, вони стали більше йти на контакт та працювати в групі. Окрім того, зменшилася кількість респондентів, що мали легку депресію, в них покращився емоційний стан, вони стали більш активні та відкриті. Також ми можемо спостерігати динаміку за конкретним показником адаптації: досліджувані мають покращення в пристосуванні до умов життя в центрі, почали засвоювати певні норми та порядки даного мікросередовища, в них зменшився дискомфорт.

4. Під час порівняння отриманих результатів, нами було виявлено статистично значиму динаміку за такими показниками, як психічна активація, емоційний комфорт, адаптація, інтернальність та ескапізм, а також фактор відкритості. Всі ці показники мають позитивну динаміку, за три місяці реабілітаційної програми вони всі підвищилися, що свідчить про

позитивне пристосування реабілітантів до умов центру, про їх налагодження контактів як один з одним, так і з персоналом. Також спостерігається активна робота респондентів над своїм психічним станом, мотиваційною та емоційною сферами. Рівень напруги, навпаки, за цей період статистично значимо зменшився, що також свідчить про позитивні зміни у процесі проходження реабілітації.

Динаміці даних процесів сприяють такі фактори, як групова та індивідуальна робота з психологами, організація побуту та дозвілля для реабілітантів, та цілодобова підтримка консультантів центру. Завдяки психологічній програмі досліджувані почали усвідомлювати свої проблеми та вчитися брати відповідальність за свої дії на себе, пов'язувати їх зі своїми особливостями та вчинками, покращили свої комунікативні навички, стали більш відкриті до спілкування в умовах реабілітаційного центру.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адиктологія: навч. посіб. для лікарів наркологів, психіатрів, заг. практики - сімейна медицина та лікарів-інтернів. - Вид. друге, перероб. і доп. / за ред. проф. Л. М. Юр'євої / Л. Н. Юр'єва [и др.]. - Дніпро : [б. и.], 2018. - 185 с.
2. Айвазова А.Е. Психологические аспекты зависимости/А.Е. Айвазова. – СПб: Речь, 2003 г. – 120с.
3. Асеева А.Д. Психологические особенности личности, способствующие развитию зависимого поведения / А.Д. Асеева // Научный журнал КубГАУ—Scientific Journal of KubSAU.— 2014.— № 101.—С. 2529–2545.
4. Бондарчук О.І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій. / О.І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2009. – 186с.
5. Великий психологічний словник / [укл. Б.Мещеряков, В.Зінченко]. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2003. – 672 с.
6. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій». – Ч. 1. Теоретична частина. – 2-ге вид., перероб і доповн. – К., 2016. – 188 с.
7. Галецька І. Самоефективність у структурі соціально-психологічної адаптації // Вісник Львівського університету. Сер. "Філософські науки". 2003. Вип. 5. – С. 433–442.
8. Галус О. М. Педагогічне управління адаптацією майбутніх учителів у системі ступеневої освіти: дис... д-ра пед. наук: 13.00.06 / О. М. Галус. – 2009. – 125 с.
9. Гарасимів Т. З. Девіантна поведінка особистості: філософсько-правовий вимір: монографія / Т. З. Гарасимів; Львівський держ. ун-т внутрішніх справ. – Л.: [б.в.], 2009. – 524 с.
10. Даулінг С. Психологія та лікування залежної поведінки, М.: Клас, 2011 - 349с.

11. Дахігг Ч. Влада звички. Чому ми живемо і працюємо так, а не інакше / Дахігг Ч. – М.: АСТ, 2017. – 416с.
12. Життєва компетентність особистості: Науково-методичний посібник / За ред. Л. В. Сохань, І. Г. Єрмакова та ін. – К.: Богдана, 2003. – 520 с.
13. Змановская Е. В., Рыбников В. Ю. Девиантное поведение личности и группы: Учебное пособие. - Санкт-Петербург: Питер 2013 г.— 352с.
14. Істратова, О.Н. Психодіагностика. Колекція кращих тестів / О.М. Істратова, Т.В. Ексакусто. - Ростов н / Д.: Фенікс, 2006. - 375 с
15. Капустіна А.Н. Багатофакторна особистісна методика Р. Кеттелла. СПб., 2001. С. 55- 81, 96-97.
16. Карпан К.Н. Аддикция и особенности зависимой личности: Методическое пособие /К.Н. Карпан –Б.Ц.: -2015. 43с.
17. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навчальний посібник. – К.: Либідь, 2007. – 256 с.
18. Кислий В. Д. Особливості соціально-психологічної адаптації офіцерів випускників до діяльності в особливих умовах: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.09. – Харків, 2003. – 19с.
19. Короленко Ц.П, Дмитриева Н, Шпикс Т. Психология зависимости/ Ц. Короленко, Н. Дмитриева, Т. Шпикс. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2007. – 188с.
20. Левківська Г. П., Сорочинська В. Є., Штифурак В. С. Адаптація першокурсників в умовах вищого закладу освіти: Навч. посібник. – К., 2001. – 128 с.
21. Литвинова Н. А. Соціально-педагогічна профілактика наркоманії серед підлітків групи ризику: навчально-методичний посібник / Н. А. Литвинова. – Старобільськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2016. – 230 с.
22. Ліщинська О.А. Модель формування адиктивного потенціалу особистості // Практична психологія та соціальна робота. – 2013. – № 3. – С. 1-9.

23. Лобанова А.С. Робота з підлітками-девіантами: соціологічний та психологічний аспекти: підручник для студентів вищих навчальних закладів / Лобанова А.С., Калашнікова Л.В. – К.: Вид-во «Каравела», 2017. – 470 с.
24. Максимець С. М. Вплив емпатійності на соціально-психологічну адаптацію майбутніх учителів: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07. – Одеса, 2000. –20 с.
25. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навчальний посібник / Н.Ю.Максимова. – К. : «Київський університет», 2012. – 308с.
26. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / пер. на русск. яз. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб, Адис. -1994. – 302с.
27. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
28. Миронець С. М. До проблеми психологічної адаптації фахівців зведених рятувальних загонів. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2010. № 8. с. 17–24.
29. Николаева Е. Каменская В. Аддиктология. Теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикции/ Е. Николаева, В. Каменская. – М.: Форум, 2015. – 224с.
30. О'Конор Р. Психологія шкідливих звичок / Річард О'Конор, пер. з англ. А. Логвінська. – М.: МИФ, 2015. – 256с.
31. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: соціальна психологія особистості і спілкування. Київ: Либідь, 2004. 576 с.
32. Поттер-Ефрон Р. Сором, вина і алкоголізм: клінічна практика. / Пер. з англ. – М. : Інститут загальногуманітарних досліджень, 2002.- 416 с.
33. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін.; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 2-ге вид., переробл. і допов. — К. : ВСВ "Медицина", 2015. — 512 с.

34. Психологія особистості: Хрестоматія: Навч. посіб./ Мельничук Оксана Богданівна, Пасічняк Руслана Федорівна, Вольнова Леся Миколаївна та ін. – К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2009. – 532 с.
35. Рибалка В.В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості / В.В. Рибалка. – К. : Шк. світ, 2009. – 128с.
36. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини. М: "Прогрес", 1994 – 479с.
37. Сорокіна О.А. Психологія залежності. Навчальний посібник. / О.А. Сорокіна. Кам'янецьПодільський : ПП Буйницький О.А., 2014 - 180 с.
38. Соціальна робота в Україні: Навч. посібник [І.Д.Зверева, Г.М.Лактіонова, О.В.Безпалько, С.Я.Харченко та ін.] – К.: Центр навчальної літератури, 2003.– 233с.
39. Тюптя Л.Т. Соціальна робота (теорія і практика): [навч. посіб.] / Л.Т.Тюптя, І.Б.Іванова. – К.: ВМУРОЛ "Україна", 2004. – 408 с.
40. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика / О. М. Балакірева, О. О. Стойко та ін. ;кер. авт. кол. : О. О. Яременко. – К. : Держ ін-т пробл. сім. та мол., Укр. ін-т соц. д-нь, 2005. – Кн. 7. – 196 с.
41. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Звільнення від співзалежності / Переклад з англ. А.Г. Чеславской. - М. : Незалежна фірма "Клас". - 224 с.
42. Юр'єва Л. М. Історія. Культура. Психічні розлади та розлади поведінки / Людмила Миколаївна Юр'єва. – К., 2002. – 314 с.
43. Hollen K.H. Encyclopedia of Addictions. – London.: Greenwood Press. Volume II., 2009. – 569p.
44. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: WHO, 1992.
45. Zung W.W.K., Durham N.C. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry. 1965.

ДОДАТКИ

**Результати методики оцінки психічної активації, інтересу, емоційного
тону, напруги та комфорту**

Результати досліджуваних за **перший місяць** перебування в умовах
реабілітаційного центру

Респонд.	Псих. активація	Інтерес	Емоц. тонус	Напруга	Комфорт
1.	16	17	17	16	20
2.	8	5	8	15	16
3.	14	12	8	8	6
4.	13	14	10	10	10
5.	4	4	4	8	9
6.	5	4	4	6	7
7.	6	6	6	14	6
8.	14	18	12	10	11
9.	12	8	9	11	12
10.	20	18	15	18	21
11.	9	4	6	9	11
12.	12	8	8	15	9
13.	15	9	12	16	14
14.	10	5	7	14	17
15.	11	12	10	15	18
16.	8	7	6	12	10
17.	16	17	17	16	20
18.	8	5	10	15	16
19.	14	12	8	8	6
20.	13	14	10	10	10
21.	4	4	4	8	9
22.	5	4	4	6	7
23.	6	6	6	14	6
24.	14	18	12	10	11
25.	12	9	9	11	12
26.	20	18	16	18	21
27.	9	4	6	9	11
28.	12	8	9	13	9
29.	16	9	12	16	14
30.	10	5	7	14	17
31.	11	12	10	16	18
32.	8	7	6	12	10

Результати досліджуваних за **три місяці** перебування в умовах
реабілітаційного центру

Респонд.	Псих. активація	Інтерес	Емоц. тонус	Напруга	Комфорт
1.	11	10	13	11	12
2.	5	5	9	10	8
3.	10	14	10	8	9
4.	8	6	4	6	8
5.	6	6	5	3	4
6.	5	5	6	4	5
7.	4	7	3	8	7
8.	13	10	10	16	8
9.	7	3	6	11	6
10.	14	13	10	9	12
11.	8	3	8	9	8
12.	9	4	7	5	4
13.	8	5	11	8	11
14.	7	9	4	8	13
15.	13	7	6	11	16
16.	11	10	9	13	11
17.	11	10	13	11	12
18.	5	5	9	10	8
19.	10	14	10	8	9
20.	8	6	4	6	8
21.	6	6	5	3	4
22.	5	5	6	4	5
23.	4	7	3	8	7
24.	13	10	10	11	8
25.	7	3	6	11	6
26.	14	13	10	9	12
27.	8	3	8	9	8
28.	9	4	7	5	4
29.	8	5	11	8	11
30.	7	9	4	8	13
31.	13	7	6	11	16
32.	11	10	9	13	11

Результати за шкалою самооцінки депресії Цунга

Результати досліджуваних за **перший місяць** перебування в умовах
реабілітаційного центру

Респонденти	Результати
1.	24
2.	47
3.	46
4.	35
5.	53
6.	43
7.	40
8.	41
9.	46
10.	51
11.	37
12.	52
13.	35
14.	39
15.	41
16.	58
17.	37
18.	28
19.	46
20.	43
21.	51
22.	33
23.	34
24.	47
25.	26
26.	43
27.	36
28.	36
29.	53
30.	41
31.	49
32.	27

Результати досліджуваних за **три місяці** перебування в умовах
реабілітаційного центру

Респонденти	Результати
1.	23
2.	33
3.	31
4.	41
5.	48
6.	31
7.	26
8.	40
9.	36
10.	45
11.	38
12.	28
13.	29
14.	34
15.	42
16.	45
17.	32
18.	31
19.	38
20.	50
21.	39
22.	29
23.	36
24.	34
25.	29
26.	32
27.	36
28.	27
29.	50
30.	31
31.	40
32.	26

Результати за методикою соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда

Результати досліджуваних за **перший місяць** перебування в умовах реабілітаційного центру

Респонд.	Адаптація	Само-прийняття	Прийняття інших	Емоц. комфорт	Інтернальність	Домінування	Ескапізм
1.	69	77	74	75	73	64	14
2.	56	67	70	51	62	37	19
3.	68	86	74	62	63	53	9
4.	55	79	60	21	42	55	22
5.	46	59	39	46	52	32	18
6.	67	76	66	72	64	77	18
7.	50	55	85	43	47	41	19
8.	55	50	49	59	59	49	26
9.	58	73	58	61	55	53	17
10.	55	73	43	54	61	53	17
11.	32	39	41	33	41	31	21
12.	57	60	65	47	54	65	18
13.	31	56	59	38	40	72	8
14.	49	65	69	41	32	68	13
15.	45	41	38	32	38	29	15
16.	33	57	49	29	33	30	22
17.	69	77	74	75	73	64	14
18.	56	67	70	51	62	37	19
19.	68	86	74	62	63	53	9
20.	55	79	60	21	42	55	22
21.	46	59	39	46	52	32	18
22.	67	76	66	72	64	77	18
23.	50	55	85	43	47	41	21
24.	55	50	49	59	59	49	26
25.	58	73	58	61	55	53	17
26.	55	73	43	54	61	53	17
27.	32	39	41	33	41	31	21
28.	57	60	65	47	54	65	18
29.	31	56	59	38	40	72	8
30.	49	65	69	41	32	68	13
31.	45	41	30	32	38	29	15
32.	33	57	49	29	33	30	22

Результати досліджуваних за **три місяці** перебування в умовах
реабілітаційного центру

Респонд.	Адаптація	Само-прийняття	Прийняття інших	Емоц. комфорт	Інтернальність	Домінування	Ескапізм
1.	78	70	69	71	76	60	13
2.	80	65	72	76	83	45	15
3.	70	67	65	70	73	55	7
4.	74	34	66	69	67	62	17
5.	68	59	55	66	76	34	10
6.	79	59	74	80	69	68	15
7.	73	58	82	75	76	38	11
8.	76	33	64	60	83	54	19
9.	67	70	69	73	62	57	12
10.	81	78	70	82	74	53	13
11.	69	64	54	54	50	35	20
12.	60	81	80	79	65	75	14
13.	58	87	61	68	68	70	9
14.	49	73	83	75	56	61	12
15.	75	66	62	54	48	25	15
16.	45	33	65	34	68	37	18
17.	71	75	81	78	70	70	14
18.	81	61	75	63	61	42	13
19.	76	84	70	68	76	58	8
20.	71	83	66	63	81	60	15
21.	68	59	55	66	76	34	10
22.	79	59	74	80	69	68	15
23.	73	58	82	75	76	38	11
24.	76	34	64	33	83	54	19
25.	67	70	69	73	62	57	12
26.	81	78	70	82	74	53	13
27.	69	64	54	54	50	35	20
28.	60	81	80	79	65	75	14
29.	58	87	61	68	68	70	9
30.	49	73	83	75	56	61	12
31.	75	66	62	54	48	25	15
32.	45	33	65	48	68	37	18

**Результати за методикою 16-ти факторний особистісний опитувальник
Кеттела**

Результати досліджуваних за **перший місяць** перебування в умовах
реабілітаційного центру

Рес пон.	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
1	7	6	6	7	7	2	4	3	6	3	4	5	4	6	5	5
2	6	3	2	5	4	4	4	7	5	4	6	6	6	5	1	6
3	5	5	3	5	5	7	4	8	6	5	7	6	6	6	8	5
4	5	6	9	6	7	1	5	9	6	7	4	8	7	7	3	7
5	8	8	5	6	7	9	9	5	3	5	6	2	6	3	8	1
6	7	8	2	6	7	4	5	5	6	5	1	7	6	2	4	4
7	7	7	6	4	4	6	5	7	6	3	5	5	5	5	3	5
8	7	4	4	6	5	4	4	8	3	3	5	6	5	5	6	7
9	7	6	7	7	3	2	5	7	5	4	6	7	7	5	7	5
10	8	7	8	4	3	5	3	6	4	4	5	6	5	5	3	3
11	5	5	4	5	6	3	3	5	5	2	4	4	6	5	5	4
12	6	5	4	6	6	2	4	8	8	6	5	4	7	7	5	7
13	6	7	8	7	5	5	4	3	2	3	5	6	5	6	7	6
14	3	7	8	5	5	4	8	8	5	3	2	3	8	2	6	4
15	6	7	6	7	5	5	4	3	2	3	4	6	5	6	1	6
16	5	6	2	5	4	6	8	7	2	3	4	5	5	4	5	6
17	7	4	5	3	6	5	7	6	5	6	6	5	4	4	4	5
18	6	7	8	7	5	7	4	3	5	2	4	4	6	7	8	6
19	4	5	4	7	4	3	4	6	6	3	5	9	4	5	5	6
20	6	6	6	5	4	4	3	7	5	4	6	9	4	2	2	7
21	5	4	8	7	6	4	4	7	6	5	6	3	5	3	7	5
22	7	5	5	4	6	5	6	4	7	5	7	5	6	7	2	7
23	4	8	6	6	5	6	4	6	4	4	4	4	7	6	7	1
24	6	4	7	6	6	4	3	5	8	6	6	5	4	5	3	4
25	5	3	8	8	7	3	8	4	7	4	2	6	5	6	3	4
26	5	5	5	3	5	9	4	7	5	5	4	6	6	5	2	5
27	8	8	7	5	6	6	5	5	6	3	2	7	8	6	5	7
28	5	8	4	4	4	4	5	7	4	7	5	5	7	7	4	4
29	8	7	5	6	8	3	4	6	4	6	1	8	7	2	8	5
30	3	6	7	5	7	5	3	3	8	3	5	4	5	8	8	5
31	7	2	4	4	7	4	7	8	6	3	7	8	4	4	7	2
32	7	4	3	4	6	1	5	8	5	5	6	7	6	5	5	7

Результати досліджуваних за **три місяці** перебування в умовах
реабілітаційного центру

Рес пон.	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
1	5	4	6	7	5	5	6	4	8	5	4	6	9	6	7	5
2	7	4	9	8	3	4	6	7	6	5	7	6	7	9	7	9
3	4	3	6	6	9	5	7	3	3	1	4	6	4	5	8	6
4	8	8	5	6	6	3	6	9	3	3	5	6	6	8	4	6
5	7	4	9	4	6	5	6	10	6	7	3	9	6	8	2	5
6	7	8	2	6	7	4	5	5	6	5	1	3	6	2	4	4
7	7	7	6	4	4	6	5	7	6	3	5	5	5	5	4	5
8	6	4	4	6	5	5	4	8	3	3	5	6	5	4	6	7
9	3	6	7	7	3	2	5	7	5	4	6	4	7	5	6	5
10	7	8	8	4	3	5	5	6	7	4	5	6	4	5	8	3
11	8	4	4	5	7	3	6	5	5	2	4	4	6	5	5	4
12	8	5	5	6	5	2	4	9	7	6	5	4	7	7	5	5
13	6	8	8	7	5	5	4	3	2	3	5	6	5	6	6	6
14	7	7	8	5	6	4	8	8	5	3	2	3	8	2	6	4
15	9	7	6	7	5	5	4	3	2	3	4	6	5	6	1	6
16	5	6	2	6	4	6	8	7	2	6	4	5	5	4	5	6
17	7	4	5	3	6	5	7	6	5	6	6	5	4	5	7	5
18	5	7	8	7	8	7	4	2	5	2	4	4	6	7	8	6
19	8	6	6	7	4	3	4	6	6	3	5	9	4	5	4	6
20	7	7	6	5	4	6	3	7	5	4	7	9	4	2	2	7
21	7	5	8	7	6	4	4	7	6	5	6	3	5	3	7	5
22	8	5	5	4	6	5	6	4	7	5	5	5	6	7	8	7
23	4	8	6	6	7	6	5	6	4	4	4	4	7	6	7	1
24	7	7	7	6	6	4	3	5	8	6	6	4	4	5	3	4
25	5	4	8	8	7	6	8	4	7	4	2	4	5	6	3	5
26	3	5	5	3	5	9	4	7	5	5	4	6	6	5	2	6
27	8	8	7	5	6	6	5	5	6	3	2	4	8	6	5	7
28	9	7	4	4	4	4	5	7	4	7	5	5	7	7	5	4
29	8	7	5	6	8	5	4	6	4	6	4	8	7	2	8	5
30	9	5	7	5	7	5	3	3	8	3	5	4	5	8	8	5
31	7	6	4	4	7	4	7	8	6	3	7	8	4	4	7	2
32	7	4	3	4	5	1	5	8	5	5	6	4	6	4	5	7

Результати математичної обробки даних

Статистика парных выборок

	Среднее	N	Среднеkv.отклонение	Среднеkv.ошибка среднего
Пара 1 A	5,9688	32	1,68365	,29763
A_2	6,6563	32	1,34966	,23859
Пара 2 B	5,7188	32	1,65070	,29180
B_2	5,8750	32	1,58114	,27951
Пара 3 C	5,5000	32	1,87271	,33105
C_2	5,9063	32	2,00000	,35355
Пара 4 E	5,4688	32	1,29476	,22888
E_2	5,5625	32	1,38977	,24568
Пара 5 F	5,4688	32	1,29476	,22888
F_2	5,5938	32	1,52102	,26888
Пара 6 G	4,4375	32	1,94998	,34471
G_2	4,5000	32	1,54502	,27312
Пара 7 H	4,8438	32	1,64825	,29137
H_2	5,1875	32	1,44663	,25573
Пара 8 I	5,9688	32	1,78677	,31586
I_2	6,0000	32	2,01606	,35639
Пара 9 L	5,1563	32	1,62856	,28789
L_2	5,2188	32	1,71773	,30366
Пара 10 M	4,1875	32	1,37811	,24362
M_2	4,1875	32	1,51205	,26729
Пара 11 N	4,6563	32	1,63844	,28964
N_2	4,5938	32	1,47800	,26128
Пара 12 O	5,6563	32	1,71538	,30324
O_2	5,7188	32	1,67012	,29524
Пара 13 Q1	5,6563	32	1,18074	,20873
Q1_2	5,7188	32	1,34966	,23859
Пара 14 Q2	5,0313	32	1,63597	,28920
Q2_2	5,2813	32	1,85323	,32761

Пара 15	Q3	4,9063	32	2,19029	,38719
	Q3_2	4,9063	32	1,97336	,34884
Пара 16	Q4	5,0313	32	1,65557	,29267
	Q4_2	5,2500	32	1,56576	,27679
Пара 17	Псих_активація	11,0938	32	4,27566	,75584
	Псих_акт_2	8,6875	32	3,02076	,53400
Пара 18	Інтерес	9,4688	32	4,99667	,88330
	Інтерес_2	7,3125	32	3,30627	,58447
Пара 19	Емоц_тонус	9,0000	32	3,68081	,65068
	Емоц_тонус_2	7,5625	32	2,82771	,49987
Пара 20	Напруга	12,2813	32	3,47558	,61440
	Напруга_2	8,4375	32	2,75842	,48762
Пара 21	Комфорт	12,3125	32	4,74809	,83935
	Комфорт_2	8,8750	32	3,34809	,59186
Пара 22	Адаптація	51,6250	32	11,83693	2,09249
	Адаптація_2	68,7813	32	10,60047	1,87392
Пара 23	Самоприйняття	63,3125	32	13,37170	2,36381
	Самоприйняття_2	70,7500	32	8,83176	1,56125
Пара 24	Прийн_інших	58,4375	32	14,48010	2,55974
	Прийн_інших_2	68,8125	32	8,79310	1,55441
Пара 25	Емоц_комфорт	47,7500	32	15,20823	2,68846
	Емоц_комфорт_2	68,3125	32	10,02074	1,77143
Пара 26	Інтернальність	51,0000	32	12,12835	2,14401
	Інтернальність_2	68,0313	32	10,17107	1,79801
Пара 27	Домінування	50,5625	32	15,62037	2,76132
	Домінування_2	52,0625	32	14,71435	2,60115
Пара 28	Ескапізм	17,3125	32	4,65893	,82359
	Ескапізм_2	13,6875	32	3,45886	,61145
Пара 29	Цунга	41,1875	32	8,55886	1,51301
	Цунга_2	35,3125	32	7,19066	1,27114

Критерий парных выборок

	Парные разности					т	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)
	Среднее	Среднекв.отклонение	Среднекв.ошибка среднего	95% доверительный интервал для разности				
				Нижняя	Верхняя			
Пара 1 A - A_2	-,78125	1,62112	,28658	-1,36573	-,19677	-2,726	31	,000
Пара 2 B - B_2	-,15625	1,41671	,25044	-,66703	,35453	-,624	31	,537
Пара 3 C - C_2	,40625	1,70122	,30074	-,20711	1,01961	1,351	31	,187
Пара 4 E - E_2	-,09375	,68906	,12181	-,34218	,15468	-,770	31	,447
Пара 5 F - F_2	-,12500	1,12880	,19955	-,53198	,28198	-,626	31	,536
Пара 6 G - G_2	-,06250	1,10534	,19540	-,46102	,33602	-,320	31	,751
Пара 7 H - H_2	-,34375	1,09572	,19370	-,73880	,05130	-1,775	31	,086
Пара 8 I - I_2	-,03125	1,30716	,23108	-,50253	,44003	-,135	31	,893
Пара 9 L - L_2	-,06250	1,16224	,20546	-,48153	,35653	-,304	31	,763
Пара 10 M - M_2	0,00000	1,27000	,22451	-,45788	,45788	0,000	31	1,000
Пара 11 N - N_2	,06250	1,04534	,18479	-,31439	,43939	,338	31	,737
Пара 12 O - O_2	-,06250	1,43544	,25375	-,58003	,45503	-,246	31	,807
Пара 13 Q1 - Q1_2	-,06250	1,01401	,17925	-,42809	,30309	-,349	31	,730
Пара 14 Q2 - Q2_2	-,25000	1,19137	,21061	-,67953	,17953	-1,187	31	,244
Пара 15 Q3 - Q3_2	0,00000	1,31982	,23331	-,47585	,47585	0,000	31	1,000
Пара 16 Q4 - Q4_2	-,21875	1,00753	,17811	-,58200	,14450	-1,228	31	,229

Пара 17	Псих_активність - Псих_акт_2	2,40625	3,01458	,53291	1,31938	3,49312	4,515	31	,000
Пара 18	Інтерес - Інтерес_2	2,15625	4,02500	,71153	,70508	3,60742	3,030	31	,005
Пара 19	Емоц_тонус - Емоц_тонус_2	1,43750	2,81628	,49785	,42212	2,45288	2,887	31	,007
Пара 20	Напруга - Напруга_2	3,84375	3,40881	,60260	2,61474	5,07276	6,379	31	,000
Пара 21	Комфорт - Комфорт_2	3,43750	3,33058	,58877	2,23670	4,63830	5,838	31	,000
Пара 22	Адаптація - Адаптація_2	- 17,15625	10,72263	1,89551	- 21,02217	- 13,29033	-9,051	31	,000
Пара 23	Самоприйняття - Самоприйняття_2	-7,43750	14,63301	2,58678	- 12,71326	-2,16174	-2,875	31	,007
Пара 24	Прийн_інших - Прийн_інших_2	- 10,37500	9,73106	1,72022	- 13,88342	-6,86658	-6,031	31	,002
Пара 25	Емоц_комфорт - Емоц_комфорт_2	- 20,56250	12,69731	2,24459	- 25,14037	- 15,98463	-9,161	31	,000
Пара 26	Інтернальність - Інтернальність_2	- 17,03125	11,12824	1,96721	- 21,04341	- 13,01909	-8,658	31	,000
Пара 27	Домінування - Домінування_2	-1,50000	5,41801	,95778	-3,45340	,45340	-1,566	31	,127
Пара 28	Ескапізм - Ескапізм_2	3,62500	2,95940	,52315	2,55802	4,69198	6,929	31	,000
Пара 29	Цунга - Цунга_2	5,87500	7,06080	1,24818	3,32931	8,42069	4,707	31	,000