

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича

факультет педагогіки, психології та соціальної роботи

(повна назва інституту/факультету)

кафедра психології

(повна назва кафедри)

Профілактичні консультування підлітків у
кризових станах

Дипломна робота

Рівень вищої освіти - другий (магістерський)

Виконала:

студент VI курсу, групи 603

спеціальності «Психологія»

(назва спеціальності)

Громко Наталія Віталіївна

(прізвище, ім'я та по-батькові)

Керівник:

канд. психол. н., доцент Чаплак Я.В.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № ____

від „__” _____ 2021 р.

зав. кафедри _____ доц. **Ярослава АНДРЕЄВА**

Чернівці – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КРИЗОВИХ СТАНАХ.....	8
1.1. Проблема залежності підлітків та виникнення адитивної поведінки, види підліткової залежності.....	8
1.2. Поняття кризового стану людини, причини кризових станів у підлітків, види кризової допомоги.....	16
1.3. Теоретичні основи подолання залежності у підлітків засобами профілактичної психологічної допомоги.....	24
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛЕЖНОСТІ ПІДЛІТКІВ У КРИЗОВИХ СТАНАХ.....	31
2.1. Аналіз особливостей психологічного профілактичного консультування залежних особистостей.....	31
2.2. Аналіз методології діагностики та профілактики залежності та кризових станів у підлітків із залежністю.....	39
2.3. Програма профілактичного психологічного консультування із залежними підлітками у кризових станах.....	46
Висновки до розділу 2.....	56
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ ПІДЛІТКІВ У КРИЗОВИХ СТАНАХ.....	58
3.1. Організація емпіричного дослідження.....	58
3.2. Аналіз результатів ефективності впровадження програми профілактичного консультування залежних підлітків у кризових станах.....	69
Висновки до розділу 3.....	73

ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	84

ВСТУП

Актуальність дослідження. Складна соціально-економічна ситуація та наростаюча криза водночас в різних сферах: розумовому, соціальному та матеріальному середовищі життя людини викликали серйозні зміни у світогляді та орієнтації сучасної молоді, особливо підлітків. Погіршення соціальної ситуації в країні, виклики, пов'язані з конфліктом на Сході країни та пандемією COVID-19 призводить до збільшення кількості дітей, які прагнучи уникнути стресових ситуацій свідомо чи несвідомо відходять від реальних умов життя та негативних емоційних переживань. Вони занурюються у віртуальний світ, долучаються до шкідливих звичок, що згодом призводить до нав'язливого потягу та часто переходить у манію і стає специфічним типом поведінкової моделі, формою деструктивної поведінки.

Залежність в підлітковому віці це не тільки проблема особистості, а утруднення та хвороба. Психологічна свобода реалізації вчинків та бажань трактується у підлітковому віці як можливість самостійного вирішення проблеми стресових ситуацій, потакання своїм примхам, що призводить до неможливості вирішення проблем та кризового стану. У підсумку відбувається втеча від реальності, коли проблема залежності посилюється нервовою системою у прагненні до самозахисту та оборони від спроб звільнення від залежності, виникають психоматичні розлади та порушення. Проблемою також є те, що останнім часом зростає кількість поведінкових розладів та девіацій, що підсилюється також характерною рисою для підлітків – концентрацією інтересів.

Такі суспільні явища, які набули на сьогодні масового характеру не можуть залишатися непоміченими фахівцями та науковцями та стають предметом дослідження, вивчення та практичної діяльності психологів, педагогів, медиків, соціологів, правоохоронців та громадськості з метою пошуку конструктивних та ефективних шляхів попередження розвитку

залежностей, подолання існуючих залежностей та можливості спрямування особистості на формування сукупності необхідних характерологічних якостей, ідей, емоційно-вольових якостей, які допоможуть становленню його особистісної зрілості. Найважливішим завданням є своєчасна підтримка та профілактика означеної проблеми на основі психокорекційних програм.

Вивченням адитивної поведінки залежних підлітків та молоді та займалися науковці: В. Битенський, Р. Браун, Я. Гилянський, С. Даулінг, А. Єгоров, В. Житловський, О. Змановська, Ц. Короленко, А. Личко, В. Менделевич, Х. Мілкман, Д. Пайнз, С. Сандервірт. Сучасні дослідження в Україні проводять: Є. Бережковська, Г. Золотова Н. Максимова, Н. Пихтіна, Н. Толстоухова, та інші.

Визначення поняття кризи в житті людини і кризових ситуацій та його сутності дали Ф. Василюк, Л. Виготський, С. Рубінштейн, Т. Шибутані, Г. Шихі. Базовими дослідженнями психічних реакцій на кризові життєві явища та кризових станів займалися: Р. Ахмеров, В. Козлова, Е. Кюблер-Росс, Е. Ліндемманна, Г. Сельє, П. Цапффе, Е. Еріксона, S. Berger, C. Parkes W. Worden, O. Paul, M. Fossey, S. Freeth, H. Hughes та інших. Критичні та конфліктні ситуації, а також ситуації небезпеки фізичної та психологічної, невідомості та невизначеності, які провокують усілякі залежності та кризові стани досліджували: А. Амбрумова, А. Анцупов, Ф. Бассін, Ф. Василюк, К. Левін, А. Шипілов та інші, захисні реакції на стрес-фактори: В. Бодров, Ю. Щербатих, К. Юнг, J.K. Schkade, S. Schultz, моделі стресу, які розглядають стрес як наслідок дії соціальних та психологічних чинників та причину формування кризових станів розробляли: Х. Вольф, А. Каган, Л. Леві, З. Фройд, Е. Фромм, К. Хорні, К. Юнг, R. Anderson, B. Dohrenwend, D. Hall, R. Mansfield, D. Mechanik, T. Holmes, R. Rahe, M. Shinn, M. Rosario та інші.

Діагностикою та профілактичною роботою із залежними підлітками займалися: В. Аршавський, Ф. Березін, С. Даулінг, В. Житловський, О. Корягіна, С. Кулаков, В. Менделевич, В. Ротенберг, І. Хусаїнова та інші.

Мета дослідження: виявлення особливостей та дослідження необхідних умов впровадження профілактичного консультування із залежними підлітками у кризових станах.

Для виконання мети дослідження поставлені наступні завдання:

1. Визначити проблеми залежності підлітків та причини виникнення адитивної поведінки, види підліткової залежності.
2. Схарактеризувати поняття кризового стану людини, визначити причини кризових станів у підлітків та види кризової допомоги.
3. Дослідити теоретичні основи подолання залежності у підлітків засобами профілактичної психологічної допомоги.
4. Проаналізувати особливості психологічного профілактичного консультування залежних особистостей.
5. Здійснити аналіз наявної методології діагностики та профілактики залежності та кризових станів у підлітків із залежністю.
6. На основі наявних методологій здійснити розробку програми профілактичного психологічного консультування із залежними підлітками у кризових станах.
7. Провести емпіричне дослідження впровадження програми профілактичного психологічного консультування із залежними підлітками у кризових станах.

Об'єкт дослідження: процес профілактичного консультування залежних підлітків.

Предмет дослідження: особливості проведення профілактичного консультування із залежними підлітками у кризових станах.

Методи дослідження: *теоретичні* – аналіз психолого-педагогічної, науково-методичної літератури, що забезпечив розгляд теоретичних питань із проблеми дослідження; порівняння, класифікація, систематизація та узагальнення отриманої інформації з метою розкриття особливостей досліджуваного феномену та визначення умов впровадження профілактичного консультування із залежними підлітками у кризових станах;

емпіричні – спостереження, бесіди, анкетування, тестування, стандартизовані опитувальники та психодіагностичні методики діагностики особистості: методика Куна – Макпартленда для визначення схильності до адиктивної поведінки, Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) вимірювання виявів тривожних розладів у дітей та підлітків в кризовому стані, а також методики проведення профілактичного консультування: п'ятикрокова модель консультативного інтерв'ю для осіб, які знаходяться у кризовому стані; *статистичні* – кількісний та якісний аналіз результатів дослідження, що дало змогу здійснити об'єктивну діагностику та забезпечити їх достовірність.

Гіпотеза дослідження: профілактична психологічна допомога є одним із засобів подолання залежності у підлітків у кризовому стані.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел, який включає 63 позицій та 7 додатків. Загальна кількість сторінок в роботі 93.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КРИЗОВИХ СТАНАХ

1.1. Проблема залежності підлітків та виникнення адитивної поведінки, види підліткової залежності

Потреби є рушійною силою людського життя, а задоволення всіх потреб супроводжується позитивними емоціями. Діти без розладів особистості у підлітковому віці знайомі із взаємозв'язком між їхньою поведінкою, задоволеністю потреб та позитивними емоціями, вони вчаться керувати ситуацією, відчуваючи себе суб'єктами діяльності. Керуючи обставинами, діти розуміють, що його дії стануть джерелом позитивних емоцій (радість, винагорода, схвалення, радість). Підлітки хочуть відчувати радість та задоволення, але в деяких випадках не мають способу досягти цього.

В будь-якому суспільстві приділяється особлива увага проблемам поведінки людей, які не відповідають усталеним соціальним нормам. В останні роки криза в нашому суспільстві стала приводом до посилення зацікавленості проблемами девіантної поведінки, а причини, форми та динаміка поведінки залежних підлітків потребують більш ретельного дослідження. В останні роки адиктивна поведінка привертає увагу соціологів, психологів, лікарів, правоохоронців та широкої громадськості, коли розглядаючи та оцінюючи це явище з різних сторін ведуться пошуки найефективніших засобів профілактики цього явища та його соціального контролю.

Адиктивна поведінка – це форма деструктивної поведінки, коли підліток прагне втекти від реальності змінивши свій психічний стан шляхом приймання певної речовини або постійного звернення уваги на певний об'єкт

чи діяльність. Це виражається в прагненнях, що супроводжуються інтенсивним емоційним напруженням. Цей процес дуже захопливий, і він починає контролювати життя дитини та робить його беззахисним перед залежністю. Амбітні зусилля людини поступово слабшають, позбавляючи його здатності протистояти шкідливим звичкам [33, с. 9].

Науковці А. Гоголева [8], С. Березін, К. Лисецький, Мотинга [4], Л. Леонова [18], А. Личко [21], Н. Максимова [24], І. Менделевич [26] та інші, займаючись дослідженням та вивченням різних форм залежної поведінки, включаючи наркоманію, алкоголізм, нікотинізм, Інтернет-залежність стверджують, що основою адиктивної поведінки є специфічні риси особистості, в силу яких у людини формується залежність: психічний інфантилізм чи інфантильність (А. Личко, В. Житловский), навіюваність (В. Менделевич, І. Хусаїнова), прогностична некомпетентність (В. Менделевич), ригідність (Ф. Березін), допитливість, креативність, впертість та пошукова активність (В. Аршавський, В. Ротенберг), егоцентризм, юнацький максималізм, бажання ризику та відсутність страху небезпеки, нетерпеливість та страх бути відкинутим.

Порушення поведінки у дітей можуть виникати в різному віці, але раннє дитинство та підлітковий вік вважаються найбільш вразливими. Бажання пізнавати все нове й незвичайне, бажання стати дорослим та наслідувати дорослих, їх звички та поведінку – усе це ситуації, які спонукають підлітків до різноманітних залежностей від Інтернет-залежності до вживання психотропних засобів. Підлітковий вік характеризується концентрацією інтересу, яка може бути дуже сильною, під впливом емоційних смаків, а не індивідуальних рішень. Як наслідок, підлітки часто виявляють інтерес до предметів, далеких від їхнього призначення [33, с. 16].

Визначено наступні **характеристики сфери мотивації** для підлітків, схильних до адиктивної поведінки:

1. Напрямок їхньої мотиваційної сфери у порівнянні з підлітками «стандартної» групи має протилежний напрямок. Соціально адаптованих

підлітків мотивує потреба в успіху (подяка, нагороди, схвалення). У підлітків, схильних до адиктивної поведінки, ця потреба пригнічена або недорозвинена. Їх мотивує потреба в протистоянні – уникнути покарання (поразка, негативні емоції тощо).

2. Підлітки групи психологічної «норми» бачать у своїй діяльності джерела позитивних емоцій та продуктивних дій, схильні до адиктивної поведінки – очікують лише власного дискомфорту від діяльності, вона пов'язана в них лише з негативними емоціями.

3. Підлітки соціально адаптовані вважають, що необхідно передбачати результат своєї поведінки, аналізувати його та нести відповідальність за свої дії. Діти, які мають афективну форму поведінки не тільки не думають, що їм потрібно передбачити результат своїх дій, вони навіть не відчують своєї суб'єктності відносно діяльності. На їхню думку, все, що з ними відбувається, не залежить від їхньої волі, це не результат їхніх дій. Людські зусилля втрачають сенс, оскільки життя розглядається як нагромадження випадкових ситуацій, які неможливо подолати чи уникнути [23, с. 164].

Адиктивна особистість у своїх спробах шукає свій універсальний і надто односторонній спосіб виживання – уникнення проблем. Привабливість залежності, що формується, в тому, що вона являє собою шлях найменшого опору. Складається суб'єктивне враження, що поглиненість якимись предметами чи діями, дозволяє не думати про свої проблеми, забути про тривоги, уникнути важких ситуацій, використовуючи різні варіанти адиктивної поведінки. *Руйнівний характер адиктивної поведінки* у тому, що встановлюються емоційні стосунки з неживими предметами чи явищами замість взаємин з іншими людьми. Емоційні стосунки з людьми втрачають свою значущість, стають поверхневими. У результаті адиктивна поведінка із засобу поступово перетворюється на мету. Форми залежності можуть змінювати одна одну, закріплюючи тим самим ілюзію розв'язання всіх проблем. Це небезпечно не тільки для того, хто має певну залежність, але й для тих, хто його оточує. Адиктивна спрямованість поступово підміняє та

витісняє справжні людські відносини, а також інші види активності. Вона поглинає час, сили, енергію та емоції настільки, що людина з адиктивною поведінкою виявляється нездатною підтримувати рівновагу в житті, включатися в інші форми діяльності, отримувати задоволення від спілкування з людьми, захоплюватися, розслаблятися, розвивати різні сторони своєї особистості, виявляти симпатію, співчуття, емоційну підтримку навіть стосовно найближчих людей [23, с. 165].

Реакція на фруструючі ситуації розвивається поетапно. По-перше, засвоюються звичайні соціально прийнятні засоби стресових реакцій типу самозахисту як пасивні форми подолання стресу. Підлітки намагаються уникнути проблем і покращити своє самопочуття, не втручаючись у складні ситуації: спати якомога довше та задовольнитися їжею, розвагами тощо. Тільки після цього додадуться додаткові способи, наприклад, куріння, вживання алкоголю, бажання зняти стрес за допомогою психотропних засобів. Тому суть реакції самозахисту на фрустровану ситуацію полягає в тому, що поведінка людини спрямована не на власне розв'язання проблеми, а на зміну свого емоційного стану [23, с. 166].

Але потрібно зауважити, що термін «адиктивна поведінка» часто вживають в тих випадках, коли мова йде не про хворобу, а лише про порушення поведінки. На відміну від адиктивної поведінки сам термін «адикція» у закордонній літературі часто використовують як синонім залежності. Цей стан передбачає зростання толерантності до засобу, яким зловживають підлітки, постійне занепокоєння тим, як його здобути та вжити, не дивлячись на усвідомлення негативних наслідків, а також численні безуспішні спроби перервати залежність [33, с. 10].

Крім того, можна виділити особливості підліткового віку, що є **факторами ризику у формуванні адиктивної поведінки:**

- підвищений егоцентризм, потяг до опору, впертості, протесту, боротьби проти виховних авторитетів;

- амбівалентність та парадоксальність характеру, прагнення до невідомого, ризикованого;
- загострена пристрасть до дорослішання, прагнення незалежності та відриву від сім'ї;
- незрілість моральних переконань, хворобливе реагування на пубертатні зміни, нездатність прийняти свою сексуальність, що формується;
- схильність перебільшувати рівень складності проблем;
- криза ідентичності, деперсоналізація та дереалізація у сприйнятті себе та навколишнього світу, негативна чи несформована Я-концепція;
- гіпертрофовані поведінкові реакції: емансипації, групування, захоплення, сексуальні, дитячі реакції, низька переносність труднощів;
- переважання пасивних копінг-стратегій у подоланні стресових ситуацій. Копінг-стратегія – це процес конструктивного пристосування, в результаті якого людина виявляється в змозі впоратися з пред'явленими вимогами таким чином, що труднощі долаються, і виникає відчуття зростання власних можливостей, а це, своєю чергою, веде до позитивної самооцінки [34, с. 149-150].

Схильність до адиктивної поведінки – це особистісне новоутворення, готовність до різного роду залежностей. ***Особистісна схильність до адиктивної поведінки включає:***

- відсутність мотивації досягнення, до відмови вважати себе суб'єктом діяльності, переважання мотивації уникнення;
- несформованість функції прогнозу;
- низький рівень розвитку самосвідомості, відсутність навичок рефлексії;
- слабкий розвиток самоконтролю, самодисципліни;
- переважання екстернального локусу контролю;

- низький рівень самооцінки (аж до неприйняття образу «Я», що, однак, може маскуватися захисною поведінкою, що демонструє підвищену самооцінку);
- емоційну нестійкість;
- схильність реагувати на фрустраційну ситуацію на кшталт «з фіксацією на самозахисті», зумовлену невпевненістю у собі (підліток прагне захищати своє «Я», що може означати слабку, вразливу особистість);
- переважання пасивних форм психологічного захисту;
- суперечливість самооцінки та рівня домагань, що виявляється в алогічності та непослідовності діяльності, пов'язаної з подоланням перешкод (поєднання завищеного рівня домагань з низькою самооцінкою);
- тенденцію до уникнення реальності в стресових ситуаціях (висока потреба у зміні стану свідомості як засобу розв'язання проблем) [23, с. 166].

Поведінка залежних підлітків різниться за формами та проявами в залежності від виду, має свої особливості, симптоми та наслідки, але етапи формування залежності є загальними. Початок формування адиктивного процесу завжди відбувається на емоційному рівні як переживання піднесеного настрою, радості, екстазу, різких змін психічного стану у вигляді неймовірного підйому внаслідок вживання певних речовин або певних дій. Наступний етап характеризується формуванням специфічної послідовності опори на засоби адикції. Поступово адиктивна поведінка стає стереотипною та типовою, повністю домінуючи й замінюючи всі інші сфери [33, с. 10].

За класифікацією О. Змановської *залежна поведінка має такі форми:*

- хімічна залежність (куріння, наркоманія, токсикоманія, залежність від ліків, алкоголізм);
- порушення харчової поведінки (переїдання, голодування, відмова від їжі);

- залежність від азартних ігор – гемблінг (комп'ютерна залежність, азартні ігри);
- сексуальна залежність (зоофілія, фетишизм, трансвестизм, ексгібіціонізм, вуаєризм, садомазохізм);
- релігійна деструктивна поведінка (релігійний фанатизм, причетність до сект) [33, с. 10].

Незалежно від типу залежності існують загальні ознаки адитивної поведінки. Стійке бажання змінити психофізичний стан; безперервний процес формування та розвитку залежності; періодичність адиктивної поведінки; природне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивних установок, тобто залежних установок у житті – ряд когнітивних, емоційних та поведінкових характеристик, які викликають надмірне емоційне ставлення до об'єкта залежності, недовіра до фахівців, які прагнуть надати медико-соціальну підтримку; сприйняття предмета залежності як мету існування; заперечення залежності та її тяжкості [33, с. 10-11].

Залежна поведінка вважається багатofакторним явищем. Сучасний стан науки свідчить про те, що існування кількох груп факторів розвитку адиктивної поведінки не є остаточним, а кожен з цих факторів – визначальним [33, с. 14]:

1. Соціальні фактори:

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

2. Соціально-психологічні фактори:

- високий рівень колективної та масової тривоги;
- несприятливе мікросоціальне середовище розвитку;
- неправильне сімейне виховання, педагогічна занедбаність;
- приналежність підлітка до асоціальної групи;

- романтизація адиктивної поведінки у масовій свідомості;
- відсутність привабливих для дітей та підлітків центрів дозвілля; ослаблення міжпоколінних зв'язків.

3. Індивідуально-психологічні фактори:

- вікові особливості, незрілість особистісної ідентифікації;
- відхилення у психічному розвитку та функціонуванні вищої нервової діяльності;
- особистісна схильність до адиктивної поведінки;
- ситуаційно-особистісні поведінкові реакції;
- конституційні акцентуйовані особливості, у тому числі декомпенсація акцентуацій характеру;
- прояви психічних розладів;
- слабкість або недостатність здатності до внутрішнього діалогу;
- низька переносність психологічних стресів;
- висока потреба у зміні стану свідомості як засобу вирішення внутрішніх суперечностей та конфліктів.

Важливу роль серед індивідуально-психологічних факторів грають **відхилення у психічному розвитку** та у функціонуванні вищої нервової діяльності. Під нервово-психічними відхиленнями, які найчастіше зустрічаються у підлітків, схильних до адиктивної поведінки, слід розуміти: розумову відсталість, емоційно-вольові відхилення, органічна поразка мозку (зокрема і мінімальні мозкові дисфункції).

4. Біологічні фактори:

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

Окремо варто сказати про **роль сім'ї** у виникненні адиктивної поведінки у підлітків. Сім'я багато в чому визначає, особливо у неповнолітніх, динаміку зловживання алкоголем чи наркотиками.

Несприятливе мікросередовище для формування особистості дитини створюють не лише нещасливі чи неповні сім'ї, де батьки (або один з них) п'ють, ведуть аморальний спосіб життя, а також конфліктні сім'ї, де дитина постійно бачить сварки, скандали, бійки, сім'ї зі спотвореним вихованням своїх дітей, коли спотворюється увага (ступінь контролю та керівництво за поведінкою дітей) та емоційне ставлення до дітей (ступінь душевного контакту з дитиною, ніжність та лагідність у поводженні з нею) [25, с. 297-298].

Таким чином, підлітки провокують адиктивну поведінку, вживаючи певні речовини (тютюн, алкоголь, наркотики, психотропні засоби, наркотичні речовини), здійсненням специфічних видів діяльності, що супроводжуються порушенням мотиваційного контролю, яка також характеризується нездоланими бажаннями та обов'язковим виконанням ще до повної фізичної залежності, не контролюючи цього процесу, концентруючи увагу тільки на об'єктах задоволення та уникаючи реальності.

1.2. Поняття кризового стану людини, причини кризових станів у підлітків, види кризової допомоги

У повсякденному житті криза пов'язана насамперед із ситуацією, коли людина перебуває в процесі фундаментальних змін ат приймає важливі рішення. Вираз «кризова ситуація» часто використовується як синонім життєвих криз.

На думку вчених (В. Балакірева, М. Марценюк), інтерес до проблеми кризових ситуацій, у тому числі підліткового віку, викликаний насамперед недосконалістю психологічної літератури про «кризу» та негативний досвід дітей в цьому контексті, а це пов'язано з відсутністю психолого-організаційних основ супроводу дітей, які опинилися у складних ситуаціях

[2, с. 6 - 23; 22]. Найважливіший внесок у вивчення кризових періодів дитинства зробив видатний психолог Л. Виготський [7].

Поведінка людини в кризових ситуаціях виявляє не лише індивідуальну, а й соціально-психологічну природу, світогляд, етичні переконання та погляди, адаптивність суб'єкта. Як наголошує, наприклад, Ф. Василюк, бувають кризові ситуації незворотні, які не можуть бути вирішені ні реальними діями, ні найдосконалішим роздумом, можуть бути кризові ситуації, які можливо виправити або яких можливо уникнути [5, с. 56]. Сучасна психологія виділяє чотири ключові поняття, які можуть пояснити типи кризових ситуацій: стрес, фрустрація, конфлікт, криза [30, с. 9].

Стрес (англ. Stress – напруга) можна визначити як неспецифічну реакцію організму на ситуації, що вимагають певної функціональної перебудови організму, відповідної адаптації до ситуації. **Конфлікт**, як серйозна психологічна ситуація, означає існування дуже складного внутрішнього світу і реалізацію цієї складності відповідно до вимог життя, «вилучення» цієї складності для подальшого використання [42, с. 9-10].

Фрустрація (лат. frustratio – обман, марні очікування) визначається як стан, викликаний двома факторами: наявністю сильної мотивації (задоволення потреб) для досягнення мети та труднощі на шляху досягнення. Перешкодами на шляху досягнення цілей можуть бути різні види зовнішніх і внутрішніх факторів: фізичні (ув'язнення), біологічні (хвороба, старіння), психологічні (страх, інтелектуальна недостатність), соціокультурні (норми, правила, заборони), матеріальні (гроші) [37, с. 58]. При втрачанні орієнтації на життєвому шляху, накрапляння на труднощі можна говорити про появу критичної фрустраційної поведінки, коли людина стає не в змозі зосередитися на початковій меті фрустрації. Семантичним аналогом цього поняття є криза, тимчасовий ситуативний або внутрішньо зумовлений індивідуальний стан [16, с. 3].

В китайській мові слово «*криза*» складається з двох частин – «небезпека» та «можливість» і тлумачиться як «повний небезпеки шанс» [15, с. 18]; це слово несе в собі відтінок надзвичайності, загрози та необхідності у дії [8, с. 123]. У грецькій мові поняття *crisis* означає «рішення, поворотний пункт, вихід» [4, с. 172]. У зв'язку із цим, Ф. Ю. Василюк наголошує, що «криза – це поворотний пункт життєвого шляху, який виникає в ситуації неможливості реалізації наміченого життєвого задуму» [6, с. 6]. Поняття криза (від франц. *crisis* – переломний момент) трактується як: психічний стан, який виникає, коли вирішення життєво важливих проблем індивідуума за допомогою звичайних методів виявляється неможливим або як різке загострення проявів хвороби або патологічного процесу [31, с. 129].

Криза пубертатна (від лат. *pubertas, – atis* – змузнілість, статева зрілість) – мінливі психічні зміни поведінкового характеру, що виникають у дітей у віці 13-15 років. До них відносяться психічна неврівноваженість, схильність до депресії, пошук шляхів самоствердження, опозиція авторитету дорослих, конфлікти, пов'язані із сексуальністю, що пробуджується та ін. [31, с. 129].

Враховуючи зазначене, ми будемо розуміти під кризовим станом особливий стан підлітка, породжений проблемою, що постала перед ним, чого він не може уникнути і тому він не може вирішити за короткий час та звичним способом, що породжено життєвими проблемами, протилежностей або подій, що призвели до викривлення понять про можливості вирішення цих труднощів, зміни відношення до здійснення діяльності та змін у поведінці.

В. Заїка ***модель кризи*** представляє як систему певних рівнів:

- сенситивний, заснований на відчуттях людини;
- емоційний, пов'язаний із різними видами реагування на ознаки кризи, на кризовий стан та наслідки;
- інтелектуальний, який є результатом тлумачення, уявлення про свій стан, роздуми про нього;

- мотиваційний, пов'язаний із певним ставленням до свого кризового стану, зі зміною поведінки та способу життя в умовах кризи й актуалізації діяльності щодо подолання кризового стану [11].

З психологічної точки зору криза розглядається як невдала спроба подолання, низка дій чи реакцій на загрозову проблему чи ситуацію.

Починаючи як процес пошуку виходу із критичної ситуації, *криза може проходити кілька стадій* (В. М. Заїка [11], Д. Каплан [54], О. П. Санникова [38] О. Степанов [40]):

1. Первинне зростання напруги, стимулювання звичних способів розв'язання проблеми.
2. Подальше зростання напруги в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними.
3. Ще більше збільшення напруги, що вимагає мобілізації зовнішніх та внутрішніх джерел.
4. Нарешті, якщо все виявляється марним, настає стадія, для якої характерно підвищення рівня тривоги та депресивності, поява переживання безпорадності та безнадійності, дезорганізація особистості.

На думку G. Caplan, цей процес може бути припинено на будь-якій стадії. Однак, очевидно, що якщо на перших двох етапах це цілком під силу зробити самій людині, то вже на третьому потрібна її здатність долучити до процесу вирішення «зовнішні джерела», інших людей. Третя стадія, на якій людина переживає максимальну напругу, є піком кризової ситуації. Непродуктивне її подолання спричинить значні внутрішньоособистісні зміни, та його корекція вимагатиме глибинної психологічної реконструкції особистості [54].

5) Враховуючи динаміку кризи, Л. Сафонова вважає доцільним говорити також про фазу відновлення, тобто прийняття рішень з подальшою стабілізацією, наголошуючи, що перехід від однієї стадії кризи до іншої відбувається поступово, а не раптово. Проте кожна з них насамперед

характеризується своїми неповторними емоційними, продуманими, комунікативними та поведінковими характеристиками [37, с. 77].

Як правило, підлітку легше включитися у дворові компанії, ніж у різні клуби та секції, оскільки останнє потребує певних вольових зусиль та роботи для досягнення бажаного статусу. Недостатність стихійного досвіду може виявлятися також у більшому обсязі нервових витрат, у множинності розчарувань, перенасиченості досвіду душевними кризами, тобто в тому, чим обтяжений сліпий метод проб ат помилок. Часто невдачі стихійного досвіду ще більше посилюють незадоволеність дитини. Зростає його невпевненість, з'являється озлобленість, агресивність, формується негативізм як якість особистості, невіра у своє успішне майбутнє. Будь-яка з захисних технік, що формуються при цьому: «відхід у себе», уникнення неприємностей або відкрита агресія виявляються несприятливою для розвитку особистості. Стає очевидною актуальність проблеми організації цього стихійного процесу [44, с. 6]. **Суб'єктивними факторами** цього процесу є:

- прогностичні фактори. На основі аналізу минулого досвіду можна оцінити ймовірність певної події;
- важливий елемент, виражений суб'єктивним відчуттям, що неможливо жити в конкретній ситуації. Підлітку вони здаються нестерпними, він не може їх прийняти.
- когнітивні фактори: відсутність знань, умінь, навичок, необхідних для життя в цій ситуації, невміння застосовувати наявні когнітивні схеми.
- відсутність сформованих поведінкових моделей;
- екзистенційний фактор або відчуття втрати сенсу, «екзистенційний вакуум» [30, с. 13].

Психологічний аналіз кризи вимагає уваги до її основних параметрів. Тому Л. Виготський зауважує, що існують наступні характеристики кризи: момент виникнення важко визначений; хворобливий досвід внутрішнього планування та зовнішні умови можуть визначити приватний характер кризи,

але запуск кризового механізму залежить від внутрішньої логіки процесу розвитку. Негативність характеру розвитку, згасання, перевага процесу відмирання ат водночас поява нових якісних рис особистості [7].

Існує *два типи кризових ситуацій*: зміни природного життєвого циклу або травматичні життєві події. У кризових ситуаціях, намагаючись впоратися зі стресом, людина відчуває певні види фізичного та психологічного перевантаження. Емоційне напруження і стрес можуть призвести до адаптації до нових ситуацій або порушення та погіршення ключових функцій. Деякі ситуації можуть бути стресовими для кожного, але небезпечними для тих, хто є особливо вразливим через свої особистісні специфічні риси [14, с. 7].

Протягом життя кожна людина стикається з кризовими ситуаціями: вікова криза, міжособистісна криза чи сімейна драма. Серед подій, які можуть спричинити кризу, дослідники виявили смерть близької людини, важку хворобу, розлуку з батьками, сім'єю та друзями, зміну зовнішності, зміну соціальних умов, створення сім'ї, раптові зміни соціального статусу тощо. Тому криза — це своєрідна реакція особистості на ситуації, які вимагають зміни способу життя, наприклад, мислення, ставлення до себе, навколишнього світу, до повсякчас утворюваних проблем [14, с. 7].

Можна виділити типові кризові ситуації, при зіткненні з якими, *ймовірність розвитку кризового стану підлітка підвищується*. До таких ситуацій належать:

1. Кризові ситуації сімейного життя: сварки у сім'ї; розлучення батьків; смерть чи хвороба членів сім'ї.
2. Кризові ситуації навчальної діяльності: труднощі у навчанні; передекзаменаційна ситуація; невдачі на контрольних, іспитах.
3. Кризові ситуації внутрішнього світу особистості підлітка: ситуація обману, зради, краху ідеалів, переоцінки колишніх цінностей, ставлення до себе та до інших.
4. Кризові ситуації особистого життя: стосунки з однолітками. Конфлікти з однолітками.

5. Кризові ситуації особистого життя: стосунки з дорослими. Конфлікт зі значущим дорослим (учителем, тренером тощо).

6. Кризові ситуації здоров'я: хвороби, травми [44, с. 34].

Таким чином, до факторів, здатних вплинути на ймовірність розвитку кризових станів і психогенних захворювань у підлітків, відносять: спадковість та конституція; перебіг індивідуального розвитку (зростання, дозрівання, індивідуалізація, формування, навчання); рівень розвитку пізнавальних структур особистості; вік та стать; систематичні впливи (цикли терапевтичного впливу); «випадкові» впливи (життєві події, фактори довкілля); фактори ризику; захисні фактори (самої дитини та її оточення) [34, с. 262]. Успішність подолання підлітком кризових ситуацій життя може бути представлено як основне значення, що отримується у процесі взаємодії та взаємовпливу комплексу факторів. Серед них фактори ризику, обтяжувальні фактори та низку захисних факторів [58].

Багато *захисних факторів* можуть допомогти підліткам успішно долати складні ситуації. Особливий інтерес представляють ті, вплив яких можливий у рамках роботи практичного психолога в навчальному закладі. Сюди входять «соціальна підтримка», «можливості отримати допомогу та пораду (від батьків, вчителів і самих психологів),» «існування оптимістичних моделей ідентифікації» та «незалежність у розв'язанні проблем» тощо. Фахівці можуть використовувати психологічні та психотерапевтичні засоби для позитивного впливу на такі захисні фактори, як «відмінні комунікативні навички», «наявність вираженого інтересу» та «здатність самодопомоги» [44, с. 12]. *Захисні чинники* це «властивості» дитини та можливості її оточення. Під захисними факторами розуміються впливи, здатні затримати, пом'якшити чи запобігти розвитку кризових станів. З цієї точки зору, «вперше стратегії подолання труднощів, що розвиваються в підлітковому віці, можна розглядати як захисні фактори» [34, с. 263]. Захисна функція може мати також досвід важких переживань, що посилює здатність підлітка протистояти труднощам надалі [53].

Сучасна психологічна і психотерапевтична практика має у своєму розпорядженні конкретні методи та прийоми, створені для надання допомоги підліткам у тому числі, що переживають кризові ситуації або наслідки їх неконструктивного подолання. Така допомога здійснюється спеціалістами у різних формах, зокрема, у формі психологічного консультування, психокорекції, психотерапії, з використанням методичних підходів, що розробляються в рамках різних теоретичних напрямків (динамічного, поведінкового, когнітивного, екзистенційного, системного та ін.) [44, с. 14].

Попри зростання кількості досліджень та профілактичних методик корекції кризових станів та подолання наслідків кризових ситуацій [9; 13; 17; 29; 35; 36; 42; 43; 47; 48], **психологічна та психотерапевтична допомога підліткам залишається дефіцитною**, в одному випадку – через відсутність кадрів дитячої та підліткової психотерапевтичної та психологічної служб, в інших – через недостатність методичних ресурсів у самого спеціаліста. Особистість психолога, що реалізує цю програму, сама по собі може виступати в ролі захисного фактора, якщо вона є «працюючим – що здійснюється або здійснювався колись, - інтегрованим «Я», що живе повним життям», що має безумовне позитивне ставлення до самого себе.

Таким чином, зростання психологічного негаразди сучасних підлітків і, як наслідок, широке поширення в підлітковому середовищі наркотичної, алкогольної та інших серйозних залежностей, збільшення числа підліткових суїцидів можуть бути доказом того, що підлітки, їхні батьки, навчально-виховна система та різні соціальні інститути виявилися не готовими до життєдіяльності за нових умов. У більшості підлітків відсутні знання, навички та сучасні соціальні адаптивні стратегії поведінки, що ведуть до здоров'я та успішної самореалізації. Як основні проблемні переживання сучасного підлітка виділяють тривогу перед майбутнім, невпевненість у своїх можливостях підготуватися до зустрічі з майбутніми труднощами, незадоволеність у взаєминах з батьками та ровесниками, труднощі навчання тощо.

1.3. Теоретичні основи подолання залежності у підлітків засобами профілактичної психологічної допомоги

Часто фахівці, намагаючись мотивувати підлітка до змін, говорять про сім'ю, престижну роботу, повагу в суспільстві як про те, що може спонукати підлітка відмовитися від ризикованої поведінки. Для підлітка такі аргументи також звучать дуже абстрактно. У зв'язку з особливостями розвитку нервової системи, про які йшлося в попередніх розділах, підлітків не мотивують віддалені абстрактні вигоди. Їм складно уявити майбутнє, сформулювати цілі і планомірно рухатися в їхній бік. Підліткам важливо бачити результат безпосередньо після дії. Тому з огляду на вікові особливості підлітків для їх мотивації важливо фокусуватися на вигодах від нової поведінки, які будуть помітні безпосередньо після зміни поведінки.

Одна з найвпливовіших теорій – це теорія переконань про здоров'я (Rosenstock, I. M. (1974) [62]). Імовірність зміни поведінки, згідно з цією моделлю, залежить від кількох факторів:

1. Перший з них – це **сприйняття вразливості**: на ймовірність того, чи буде підліток утримуватися від куріння марихуани, впливає те, наскільки він переконаний, що він ризикує стикнутися з проблемами, пов'язаними зі вживанням. Зазвичай підлітку важко уявити ці наслідки. Вони виглядають дуже далекими і малоімовірними. Інформація про можливі негативні наслідки, доступна зараз підліткам, досить суперечлива, найчастіше подається в абстрактному вигляді та описує наслідки, які можуть настати в дуже далекій перспективі. А можливість посміятися з друзями, отримати задоволення від їжі та музики підліток сприймає безпосередньо та усвідомлює як значущий позитивний ефект. Тому, як правило, підлітки недооцінюють свою вразливість до вживання наркотиків.

2. Наступним фактором є **сприйняття важкості наслідків** ризикованої поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Якщо підліток не помічає негативних наслідків уживання марихуани або пов'язує негативні наслідки

винятково з діями інших факторів (наприклад, бачить проблему в тому, що його карають через уживання, а не у власне вживанні), то ймовірність змін значно зменшується.

3. Ще одним фактором, який впливає на поведінку, пов'язану зі здоров'ям, є *сприйняття вигоди від змін*. Якщо позитивні наслідки куріння підліток усвідомлює і цінує, а позитивних наслідків відмови від уживання не бачить, то ймовірність того, що він добровільно зробить кроки для відмови від куріння, дуже низька. Часто фахівці, намагаючись мотивувати підлітка до змін, говорять про сім'ю, престижну роботу, повагу в суспільстві як про те, що може спонукати підлітка відмовитися від ризикованої поведінки. Для підлітка такі аргументи також звучать дуже абстрактно. Тому з огляду на вікові особливості підлітків для їх мотивації важливо фокусуватися на вигодах від нової поведінки, які будуть помітні безпосередньо після зміни поведінки.

4. *Сприйняття бар'єрів* до змін, відповідно до теорії переконань про здоров'я, також впливає на ймовірність змін: якщо підліток переконаний, що змінити ризиковану поведінку буде складно, стикнеться з масою перешкод у житті під час змін, якщо відмову від куріння він сприймає як втрату чогось важливого в житті на тлі незрозумілої вигоди, то він навряд чи виконає активні дії для змін. Додатково на поведінку, пов'язану зі здоров'ям, впливає мотивація бути здоровим, а також зовнішні та внутрішні стимули до змін. До зовнішніх стимулів можна віднести, наприклад, соціальний тиск з боку правоохоронних органів, підтримку близьких.

Відомий психолог українського походження Альберт Бандура, досліджуючи з колегами мотивацію до зміни поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, розробив *соціально-когнітивну теорію мотивації до здоров'я* (Bandura A. (1986), Bandura, A. (1989), Bandura A. (2016) [50; 51; 52]). Відповідно до цієї теорії, на мотивацію до здоров'я впливають самоефективність та очікування результату. *Самоефективність* – це впевненість у своїй здатності виконати задумане. На самоефективність,

своєю чергою, може впливати минулий досвід успіхів або невдач у розв'язанні складних завдань, підтримувальні, побудовані на критиці відносини з близькими, знання того, що підліток має необхідні навички і зможе досягти очікуваних результатів. Минулий досвід підлітків, які вживають наркотики, часто негативно впливає на рівень їхньої самоефективності, і вони просто не починають діяти, бо не вірять у те, що здатні змінитися і досягти можливих позитивних результатів.

У теорії запланованої поведінки Айсека Айзена (Ajzen, I. (1991) [49]):

1. Акцент робиться на силі **наміру змінити поведінку**, який, своєю чергою, залежить від сприйняття людиною нормативного тиску та переконань з боку значущих інших, суб'єктивних норм щодо проблемної поведінки, переконань про наявність факторів, що сприяють і заважають змінам.

2. Ще одним важливим поняттям цієї теорії, яке концептуально пов'язано з поняттям самоефективності, є **сприйняття поведінкового контролю**, сприйняття легкості або складності реалізації поведінки, необхідної для змін. Імовірність зміни поведінки, відповідно до цієї теорії, являє собою залежність намірів зміни поведінки від суб'єктивного поведінкового контролю: інтенсивний намір приводить до зміни поведінки тільки в разі високого сприйняття поведінкового контролю, і навпаки.

Загалом можна сказати, що для того, щоб розвинути й підтримувати мотивацію, людині необхідні навички аналізу, рефлексії та планування, а також здатність до реалізації цього плану. Додатково необхідні стійка позитивна самооцінка та віра у власні сили. За все це відповідає префронтальна кора, яка працює у підлітка не так, як треба, особливо якщо він вживає наркотики. Вживання наркотиків, своєю чергою, ще й посилює ці особливості. Якщо брати до уваги все перелічене вище, то з практичної точки зору неефективно очікувати від підлітка стійкої мотивації до змін і робити мотивацію головною та необхідною умовою для змін [27, с. 40].

Скоріше, важливо допомогти підліткові **навчитися аналізувати ситуацію**, зважувати реальність ризиків для свого здоров'я та можливість негативних соціальних наслідків, робити свідомий вибір життєвого шляху, формулювати персональні цінності і спиратися на них при виборі подальших цілей, підтримувати позитивну самооцінку дитини, даючи можливість їй, знаючи свої сильні сторони та обмеження просуватися до звільнення від залежності. Допомагаючи розвивати окремі позитивні навички, психолог допомагає підлітку формувати мотивацію до змін. «Але ми їм пропонуємо опанувати навички, а вони відмовляються від цього!» – заперечать фахівці, що працюють із підлітками. І вони матимуть рацію. Справді, багато підлітків, особливо якщо вони потрапили до фахівців недобровільно (наприклад, за направленням зі служби пробації), відмовляються брати участь у групах із формування навичок, які могли б допомогти в житті [27, с. 40-41].

Цей феномен допомагає пояснити ще одна впливова теорія в галузі психології зміни поведінки та ґрунтовних досліджень адитивної поведінки, транстеоретична *модель зміни поведінки* Джеймса Прочаски та Карлоса Діклемента (Prochaska, DiClemente, & Norcross, (1992) [60], Evers, K. E., Prochaska, J. O., Johnson, J. L., Mauriello, L. M., Padula, J. A., & Prochaska, J. M. (2006) [55]; Hall, K. L., & Rossi, J. S. (2008) [59]; Johnson, S. S., Driskell, M. M., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M., et al. (2006) [56]; Prochaska, J. O., Wright, J. A., & Velicer, W. F. (2008) [61]). У цих дослідженнях та в цій теорії зміна поведінки розглядається не як подія, а як тривалий процес, під час якого людина проходить кілька стадій зміни, на кожній з них вона вирішує специфічні завдання, які допомагають їй перейти на наступну стадію:

1. Процес зміни починається зі стадії **попереднього обмірковування**, або попереднього наміру. На цій стадії людина не замислюється над тим, що поведінку взагалі потрібно міняти. Її все влаштовує. Вона усвідомлює безліч позитивних ефектів поведінки, яку практикує, та ігнорує її негативні наслідки й можливі ризики. Більшість підлітків, які недавно почали вживати

наркотики, перебувають саме на цій стадії зміни. Стикнувшись із підлітком на цій стадії, фахівець часто відчуває безсилля та відчай. Але водночас ця фаза є природною частиною процесу, і фахівець може допомогти підліткові просунути вперед у процесі зміни. Для початку необхідно відмовитися від спроб змінити переконання підлітка. Це неефективно.

2. Щойно з'являться сумніви в безумовній користі проблемної поведінки, людина переходить на **стадію обмірковування**. Основна мета цієї стадії – зважити «за» і «проти» змін та прийняти рішення про зміну поведінки. Тут у фахівця з'являється набагато більше можливостей діяти, щоб допомогти підліткові змінити поведінку. Але, як і раніше, критично важливо уникати прямого тиску, який спровокує опір і може відкинути підлітка на попередню стадію. Підтримуючи роздуми, ми можемо надавати перевірену інформацію, допомагати зважувати «за» і «проти», надавати соціальну підтримку, допомагати заново оцінювати власні сили та можливості для зміни. Ця стадія може бути досить тривалою, але все одно важливо не форсувати зміни.

3. Переоцінка проблемної поведінки і власних можливостей змінитися збільшує мотивацію до змін, і в певний момент підліток вирішує спробувати змінити поведінку – тоді починається **стадія підготовки до змін**. Ця стадія називається так тому, що спроби змінити поведінку можуть бути зовсім незначними: підліток пробує палити менше, іноді відмовлятися від алкоголю або пробує кілька днів прожити тверезим. На цій стадії критично важливими є підтримка та підкріплення змін. Підліток оцінює ефекти нової зміни і те, що від нього вимагається для її реалізації. Якщо він розуміє, що зміна йому під силу і внаслідок зміни життя стає кращим, то він починає діяти.

4. На **стадії дії** підліток активно опановує навички, співпрацює з фахівцями. Фахівцям, як правило, подобається працювати з підлітками, які перебувають на цій стадії, адже вони не тільки виконують те, що пропонують фахівці, але й самі активно беруть участь у процесі. Це ті самі мотивовані підлітки, про яких ми мріємо. Але важливо пам'ятати про вікові особливості:

хоча в цей момент підліток демонструє мотивацію, проте, стикнувшись із труднощами, він може втратити інтерес до змін або, зазнавши соціального тиску оточення, повернутися до вживання через страх залишитися без друзів. Або він може переглянути досягнуті результати, перестане діяти і зірветься.

5. Але якщо стадію дії буде успішно пройдено, то підліток перейде на *стадію підтримки результату*. Хоча вже не потрібно стільки зусиль для того, щоб змінюватися, необхідно продовжувати діяти для підтримки результату. Наприклад, важливо продовжувати уникати місць, друзів і всього, що викликає асоціації зі вживанням, достатньою мірою піклуватися про своє фізичне та емоційний добробут, займатися улюбленими справами. Фахівцям є що запропонувати підліткам на цій стадії зміни: вони можуть підтримувати нові захоплення підлітків, допомагати будувати підтримувальні стосунки з людьми, які допомагають у змінах, вчитися планувати своє майбутнє і так далі. Попри те що проблеми вже в минулому, з підлітком важливо продовжувати роботу.

Таким чином, мотивація до зміни проблемної поведінки – складний і багатофакторний процес, який додатково ускладнюється віковими особливостями підлітків. Але, спираючись на стадії процесу зміни, фахівці можуть ефективно допомогти рухатися вперед навіть підліткові, який активно чинить опір змінам.

Висновки до розділу 1

У зв'язку з особливостями розвитку нервової системи, підлітків не мотивують віддалені абстрактні вигоди. Їм складно уявити майбутнє, сформулювати цілі і планомірно рухатися в їхній бік. Підліткам важливо бачити результат безпосередньо після дії. Непослідовність, імпульсивність, недооцінка ризиків, переоцінка власних здібностей – усе це є нормальним у підлітковому віці. А криза – це ситуація, коли дитина стикається з

перешкодами для досягнення важливих цілей у житті, і з якою неможливо впоратися звичайними засобами та самотійно.

Намагаючись самотійно впоратися з ситуаціями, що турбують його, підліток набуває, так званий, стихійний досвід їх подолання. Він шукає людину чи групу людей, здатних надати підтримку та можливість для самовираження, шукає діяльність, що компенсує тривожні переживання та охороняє його самооцінку тощо. Результати цих пошуків часто виявляються неконструктивними.

Потяг підлітка до вживання психоактивних речовин є симптомом загальних особистісних негараздів. Психологічна готовність підлітка до виникнення залежності, формуючись поступово, реалізується у разі виникнення відповідної ситуації у його житті. Тому якщо неповнолітній починає зловживати алкоголем або наркотиками, це ніколи не буває випадково, чисто ситуативно. За всієї несподіванки, видимої імпульсивності такої поведінки підлітка його алкоголізація (наркотизація) чи інша залежність є логічним завершенням попереднього розвитку.

Люди, схильні до адиктивної поведінки, не можуть отримувати позитивні емоції завдяки свідомо підібраній продуктивній діяльності, керуючи умовами життя, не відчуваючи себе суб'єктами своїх дій. Їм не вистачає усвідомлення, що вони можуть отримати задоволення від свідомо виконаних дій. Проте потреба досягнення позитивних емоцій не зникає.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛЕЖНОСТІ ПІДЛІТКІВ У КРИЗОВИХ СТАНАХ

2.1. Аналіз особливостей психологічного профілактичного консультування залежних особистостей

Причини алкоголізму, наркоманії, ігроманії та інших залежностей різноманітні – від психофізіологічних особливостей (слабка, виснажена нервова система) до економічних і соціальних проблем. Проте головна роль тут належить психологічним особливостям особистості, її емоційній саморегуляції, системі ціннісного спрямування, ставленню до навколишнього середовища, розвитку самосвідомості.

Питання профілактики та лікування залежності є дуже важливим, актуальним, складним та вивчається багатьма іноземними та провідними вітчизняними науковцями Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. Evers, K. E., Johnson, J. L., Mauriello, L. M., Padula, J. A., Prochaska, J. M., Hall, K. L., Rossi, J. S. [55; 56; 59; 60; 61], Т. Гончаренко [12], І. Зверев [9], П. Криворучко [17], С. Максименко [29], І. Нерубаєва [27], А. Павловський [27], Н. Сабат [36], Д. Романовська [35], Т. Титаренко [42; 31], О. Цільмак [47], А. Шабардіна [27], О. Шевченко [48] та інші.

Психотерапевтична корекція адиктивної поведінки підлітків включає наступні етапи [3, с. 34]:

1. Необхідно ізолювати підлітка від згубно діючої на його емоційну сферу компанії та допомогти йому долучитися до інших груп однолітків, де він міг би зайняти бажане для нього положення.

2. Пом'якшити дію несприятливої ситуації (наприклад, ситуації вживання психоактивних речовин) з допомогою обговорення з підлітком всього різноманіття причин, які призвели до порушень поведінки;

3. Вивчити особистісні ресурси підлітка з метою пробудження сильних сторін його особистості.

4. Розкрити досяжні для підлітка перспективні цілі (особливу ефективність на цьому етапі психокорекції мають техніки роботи з майбутнім – наприклад, побудова «сходів прогресу» – з використанням ціннісних орієнтацій підлітка; побудова перспективного плану на майбутнє має бути заснована на тих цінностях, які мають суттєву значущість для підлітка).

Психокорекційна робота з підлітками має свої особливості [3, с. 35]:

- підліток самостійно приймає рішення щодо необхідності для нього психологічної допомоги (психокорекції, психотерапії), а також має право перервати її;
- психологу слід запевнити підлітка, що всі відомості без його згоди нікому передані не будуть та це обіцянка має неухильно виконуватися;
- підліток повинен відчувати, що до нього ставляться як до самостійної особистості, що його слухають і що без нього за спиною ніяких рішень не приймають;
- важливо пам'ятати про підліткові поведінкові реакції (реакція емансипації, групування, захоплення, сексуальні реакції);
- необхідно враховувати тип акцентуації характеру підлітка під час виборів стратегії психокорекційного впливу;
- основними якостями психолога при роботі з підлітками повинні бути гнучкість і вміння співпереживати (проте емоційні реакції психолога в процесі співпереживання не повинні супроводжуватись втратою дистанції);
- рекомендується використовувати еkleктичну модель психологічного консультування (психотерапії), засновану на поєднанні різних методів та напрямків;

- після закінчення психокорекційної роботи настає період реабілітації, під час якого підліток повинен бути весь час зайнятий, тому необхідно визначити сферу діяльності та дозвілля для підлітка;
- важливо підтримувати стосунки з батьками підлітка, своєчасно втручаючись у труднощі, що виникають (психологічний супровід сім'ї);
- формувати відносини з однолітками підлітка найкраще за інтересами.

Технології консультивання. Вибір технічних інструментів та засобів залежить від методичної підготовки консультанта та поточного стану клієнта, його зацікавленості та бажання працювати довго і часто конфронтаційно. Найпоширенішою в сучасній практиці є раціональна і спонукальна до роздумів психотерапія з використанням широкого спектра прийомів та технік.

Бесіди з клієнтами спочатку мають на меті сприяти його «розкриттю». Іншими словами, це спонукає дістати з глибини несвідомі образи, провини та фобії, необхідним є «говорити» якомога більше. Під час розмови пригнічується доступна і словесна тривога клієнта, вивільнюються позитивні емоції, відбувається катарсис (очищення). Клієнти можуть скаржитися або плакати через нерозуміння.

У ситуаціях короткочасної терапії успішно використовується нейролінгвістичне програмування (НЛП), щоб допомогти клієнтам відносно швидко «захопити» їхній психічний та емоційний стан. Специфіка такої роботи включає [47, с. 298]:

- зосередження на ресурсах клієнтів та їхніх сімей для розв'язання основних проблем залежності;
- партнерський розподіл відповідальності між клієнтом та консультантом;
- опору на досвід консультанта та його інтуїцію;
- технічну пластичність та суб'єктивність;

- особливо дбайливе ставлення до симптоматики, невербальних проявів;
- обмеження у звичних контактах (за сприяння та підтримки родичів) або повне відокремлення від соціальних груп, що викликає ознаки негативних шкідливих звичок.

У роботі з підлітками пропонується спиратися на такі принципи:

1. Усі підлітки незалежно від того, звідки вони родом і де живуть, які їхні релігійні погляди, гендерна ідентичність, сексуальна орієнтація, культура, професія, соціальний статус, сімейна належність, ситуація зі вживанням наркотиків або ВІЛ-статус, заслуговують на повагу їхніх прав людини і мають право на звернення і догляд, який не принижує їхнього почуття власної гідності.

2. Надаючи послуги, насамперед опора на права і потреби клієнтів підлітків.

3. Рівна участь дівчат і хлопців: надання консультацій з урахуванням гендерної рівності.

4. Дотримання конфіденційності. Конфіденційність означає, що фахівець зберігає зміст консультації та інформацію про здоров'я і життя підлітка в таємниці. Конфіденційність і безпека є одними з найважливіших складових роботи з підлітками [27, с. 165].

При цьому деякі підлітки потребують додаткового гарантування безпеки, наприклад, підлітки з ВІЛ-позитивним статусом, досвідом уживання ПАР або залучення до сексуальної експлуатації. Підлітки найчастіше побоюються, що при розкритті їхнього статусу/проблем однолітки та сім'я відштовхнуть їх від себе. Для дівчат старшого віку конфіденційність може бути безпосередньо пов'язана з їхньою автономією, незалежністю від сім'ї, для хлопців старшого віку – з уразливістю перед однолітками і батьками. Підлітки різного гендеру та гендерних проявів (геї, лесбійки, бісексуали, трансгендери тощо) зазвичай висувають підвищені вимоги до конфіденційності щодо їхньої гендерної належності та сексуальної орієнтації.

Розкриття персональної інформації може наразити їх на ризик ізоляції. Вагітні підлітки або підлітки з дітьми також можуть піклуватися про свою безпеку. Єдиною ситуацією, яка допускає розкриття конфіденційної інформації, є ризик для життя клієнта або інших людей внаслідок дій клієнта [27, с. 165].

Необхідно ставитися до кожного підлітка як до цілісної особистості, яка може керувати власним здоров'ям, і пам'ятати, що підлітки перебувають у такому періоді свого життя, коли незалежність є для них дуже важливою.

Необхідно передбачати наступні питання:

1. Важливо передбачити організацію консультацій таким чином, щоб у підлітка була можливість отримати максимум послуг при мінімальних витратах часу.

2. Недопущення перетинів. Досить часто, особливо в невеликих містах, консультанти можуть бути знайомі з батьками своїх клієнтів і перетинатися з ними в ситуаціях, не пов'язаних з їхньою роботою: діти ходять до одного класу, є спільні друзі, сусіди тощо. Дуже важливо відстежувати такі перетини і не допускати неформального спілкування з батьками. Якщо це неможливо, потрібно передати підлітка іншому консультантові.

3. Можливість поскаржитися. Підліток повинен знати, яким чином він може безпечно поскаржитися без негативних для себе наслідків [27, с. 165-166].

У практиці консультування розвинути відносини співпраці з клієнтом можуть допомогти базові ***навички рефлексивного слухання***. Критично важливим є щирий інтерес до життя підлітка. Фахівець може почати з обговорення сфер життя, які не зачіпають проблеми, намагатися дізнатися якомога більше про сильні сторони підлітка, про проблеми, які йому вже вдалося вирішити в житті, про його захоплення і досягнення. Коли відносини побудовано, можна пропонувати в нейтральній формі інформацію про наслідки проблемної поведінки. Звісно ж, за його згодою. При цьому важливо, щоб ця інформація спиралася на факти, була емоційно нейтральною

(без залякування і погроз) і бажано – адаптованою до віку і часу (тобто про наркотики, актуальні в підлітковому середовищі зараз, написано мовою, якою розмовляють підлітки). Головна мета – посіяти сумнів, допомогти критично оцінити можливі наслідки [27, с. 41].

Найчастіше спроби перемогти підлітка в суперечці закінчуються тим, що той просто перестає відвідувати фахівця. На цьому етапі важливо *сконцентруватися на побудові відносин з підлітком* і не фокусуватися на проблематичній поведінці [27, с. 41].

Приклади інструментів, які можна застосовувати на етапі встановлення контакту представлені у Додатку А.

Оцінка ситуації з опорою на сильні сторони виконує складне завдання: з одного боку, потрібно оцінити проблему, її ступінь, тривалість, вплив на життя людини, а з іншого – допомогти людині зберегти віру у власні сили та рішучість, віднайти додаткові зовнішні та внутрішні ресурси. Техніки, які спираються на сильні сторони, якраз допомагають вирішити це завдання. Крім обговорення проблем, які привели підлітка на консультацію, на цьому етапі важливо провести базову діагностику – як особистісних характеристик, цінностей та установок, так і тривожності, депресивних ситуацій, агресії та суїцидальної поведінки. У разі підозр фахівця на можливі психічні розлади необхідно запропонувати клієнтові отримати консультацію психіатра [27, с. 50].

На етапі визначення потреб підлітка та оцінки його стану можливо застосування інструментів, які представлені у Додатку Б.

Сьогодні *найбільш успішними є методи групової терапії* найрізноманітнішого спрямування. Але одночасно частими є відмови від консультування. Причина відмови від психологічної допомоги залежних клієнтів часто криється в неусвідомленні свого стану («покину, коли захочу»), у приховуванні від найближчого оточення проблеми («мій син не наркоман», «цього не може бути»). Батькам, котрі надто опікували сина або ж, навпаки, «кинули напризволяще» у дитинстві – важко обмежувати свою

дитину, жорстко дотримуватись вимог. Вони не погоджуються на активну співпрацю, перекладаючи відповідальність на спеціаліста та шукають чудо-метод [47, с. 299].

Сімейна терапія [27, с. 94-96]:

1. Сімейна терапія є одним із популярних втручань у різних ситуаціях, починаючи від проблем підлітка з успішністю і закінчуючи інтенсивним зловживанням наркотиками. Її популярність базується на ідеї, яку поділяє багато фахівців, про те, що «корінь проблеми треба шукати в сім'ї». У міру дорослішання підлітка однолітки починають відігравати в його житті вагомішу роль, ніж батьки. При цьому вплив однолітків може бути неоднозначним: вони можуть як підтримувати прагнення до розвитку, опанування нових навичок, подолання життєвих труднощів, так і брати участь у формуванні проблемної поведінки, сприяти конфліктним відносинам з близькими, поглиблювати соціальну дезадаптацію.

Попри значущість однолітків, сім'я продовжує посідати важливе місце в житті підлітка. Він продовжує залежати від батьків як емоційно, так і матеріально. Йому, як і раніше, потрібні розуміння та підтримка батьків. Проблеми батьків у сфері психічного здоров'я (депресія, біполярний розлад, шизофренія) також збільшують ризики, пов'язані з уживанням наркотиків і розвитком залежності у підлітка. Особливості виховних стратегій у сім'ї, внутрішньосімейних правил і традицій, ступінь емоційної підтримки можуть бути як факторами ризику розвитку проблемної поведінки, так і факторами захисту. Непослідовне, різнопланове виховання, акцент на покаранні за порушення, а не на підтримці бажаної поведінки, нечіткі, мінливі або малоздійсненні правила, дефіцит емоційної підтримки можуть сприяти розвитку або підтримувати сформовану адиктивну поведінку.

2. З огляду на описаний вище комплексний характер виникнення й підтримки будь-яких поведінкових проблем, що включає індивідуальні, сімейні та соціальні фактори, можна перефразувати це твердження так: «Можливо, частина кореневої системи проблеми виростає з сім'ї». Залежно

від обраної моделі, сімейна терапія може допомогти визначити, що це за корені, і знайти ефективні рішення, які передбачають перебудову внутрішньосімейної ієрархії, зміну комунікації всередині сімейної системи або зміну поведінкових патернів усередині сім'ї. Існує досить багато різновидів сімейної терапії, зокрема класична системна сімейна терапія, стратегічна системна терапія, поведінкова системна терапія, динамічна системна терапія, конструктивістська сімейна терапія.

3. *Групова робота з батьками* також може бути ефективною формою роботи, що впливає на інтенсивність прояву проблемної поведінки у підлітка або значно зменшує ризик її появи. Одна з поширених форм групової роботи з батьками – це групи підтримки. *Терапія батьків*. Коли в ході оцінки з'ясовується, що проблемну поведінку підлітка підтримують насамперед проблеми у відносинах між батьками, одним з ефективних втручань може бути консультування батьків без залучення підлітка. Залежно від проблемної ситуації, це консультування може набувати різних форм, наприклад, батьківська медіація (в разі конфліктів з приводу виховання, розлучення та ін.) або консультування з приводу виховних стратегій. Це втручання може поліпшити узгодженість у парі батьків щодо виховних стратегій, підвищити рівень взаємної підтримки та взаєморозуміння, розвинути навички, необхідні для ефективного виховання підлітка [27, с. 94-96].

Таким чином, основою консультування стає спонукання підлітка до ефективної співпраці, тому дуже важливим виявляється шанобливе ставлення до підлітків, яке гарантує якість послуги, впливає на залучення та утримання клієнтів у проєктах профілактики залежностей. Особливо це важливо в моменти, коли необхідно надати консультацію з таких чутливих тем, як сексуальне здоров'я, використання контрацепції, вживання наркотиків, питання насильства або психічного здоров'я.

2.2. Аналіз методології діагностики та профілактики залежності та кризових станів у підлітків із залежністю

Термін «профілактика» у професіоналів більше асоціюється з роботою, що спрямовується на запобігання початку вживання наркотиків підлітками. При цьому найчастіше під профілактикою мається на увазі інформування підлітків про негативні наслідки вживання і проведення акцій, що пропагують здоровий спосіб життя. Проте досі немає наукових доказів того, що надання такої інформації будь-яким чином впливає на поведінку щодо наркотиків, або навіть того, що воно корисне для всіх.

Профілактика адиктивної поведінки особливої значущості набуває в підлітковому віці. По-перше, це нелегкий кризовий період розвитку, який відбиває як суб'єктивні явища процесу становлення, так і кризові явища суспільства, по-друге, саме у підлітковому віці починають формуватись дуже важливі якості особистості, звернення до яких мало стати однією з найважливіших складових профілактики залежної поведінки. Це такі якості, як прагнення розвитку та самосвідомості, інтерес до своєї особистості та її потенціалів, здатність до самоспостереження. Важливими особливостями цього періоду є поява рефлексії та формування моральних переконань. Підлітки починають усвідомлювати себе частиною суспільства і знаходять нові суспільно значущі позиції, роблять спроби самовизначення.

Залежно від впливу факторів ризику, профілактичні втручання поділяють на універсальні (для всієї популяції без урахування ризиків), вибіркові (виділяються групи ризику) і за показаннями (якщо підліток зазнає значного ризику). При цьому більшість профілактичних стратегій незалежно від виду профілактики спрямовуються не на аналіз причин, а, скоріше, на пошук ресурсів, розвиток життєвих навичок і планування майбутнього. Тому методи роботи з опорою на сильні сторони можуть використовуватися як профілактичні інструменти [27, с. 35].

Загальна (універсальна) програма профілактики (universal prevention). Ця профілактика спрямована на широкі популяції та ставить собі за мету розвиток навичок розв'язання проблем, спілкування з однолітками та дорослими, а також формування просоціальних цінностей.

Вибіркова (селективна) програма профілактики (selective prevention). Цільова група цього типу втручань – це вразливі групи: наприклад, діти, що прогулюють школу, молоді правопорушники, діти, що зазнавали жорстокого поводження тощо. Програмами вибіркової профілактики можуть бути безліч описаних у посібнику методів роботи.

Профілактика за показаннями (indicated prevention). Сьогодні до цього типу втручань відносять, з одного боку, роботу з дітьми та підлітками, які зазнають особливого ризику зловживання (діти з порушеннями поведінки та адаптації), з іншого – роботу з підлітками, які почали вживати наркотики, але їм ще не можна встановити діагноз «Залежність». Профілактика за показаннями зазвичай полягає в реалізації індивідуальної програми допомоги на основі плану, що враховує потреби конкретного клієнта. Основним завданням цієї програми є розвиток у підлітка навичок розв'язання проблем, прийняття рішень, мобілізації соціальних ресурсів тощо. Тому методи соціальної роботи з опорою на сильні сторони можуть використовуватися в роботі в рамках профілактики за показаннями.

Програми профілактики за показаннями для підлітків, які експериментують з наркотиками, на практиці важко відрізнити за змістом від програм раннього втручання і навіть програм лікування залежності. Під програмами раннього втручання маються на увазі програми допомоги на ранніх етапах розвитку залежності, а під програмами лікування – допомога підліткам з діагнозом «Залежність». У всіх цих програмах, як правило, використовується поєднання індивідуальної роботи, роботи з сім'єю та групової роботи. Відмінності полягають в інтенсивності допомоги, але не в змісті роботи. Програми лікування частіше за все передбачають стаціонарну допомогу, а програми раннього втручання і профілактики за показаннями

можуть проводитися амбулаторно. При цьому, незалежно від інтенсивності, цілі програм багато в чому збігаються: вони допомагають підліткам сформувати просоціальні навички і навички розв'язання проблем.

За напрямками психологічного супроводу існує три види профілактичної діяльності, а саме первинна, вторинна та третинна профілактика. Кожен із цих видів має свої цілі, завдання, об'єкт, а також напрямки психологічного супроводу (просвітницький напрямок, діагностичний, корекційний) зі специфічними методами. Крім того, первинна, вторинна та третинна профілактична діяльність реалізується за допомогою професіоналів (психологів, соціальних педагогів, педагогів, терапевтів, психотерапевтів, наркологів та ін.) та непрофесіоналів (представників громадських організацій, груп добровольців, активістів та ін.), об'єднаних єдиною глобальною метою запобігання вживанню психоактивних речовин серед підлітків [39, с. 54 - 55].

Первинна профілактика. Основним напрямом первинної профілактики є просвітницький напрямок, який реалізується, головним чином, через навчання здорової поведінки, а саме через навчання навичкам самоаналізу та тренування певних умінь справлятися з вимогами суспільства, керувати своєю поведінкою, а також через надання підліткам психологічної та соціальної підтримки та допомоги.

Таким чином, просвітницька діяльність спрямована на розширення компетенції підлітків у таких важливих сферах, як: культура міжособистісних відносин, технологія спілкування, способи подолання стресових ситуацій, здоровий спосіб життя, гуманістично орієнтовані життєві цінності, конфліктологія, психосексуальний розвиток, проблеми адиктивної поведінки з розглядом основних адиктивних механізмів, видів залежності, динаміки розвитку адиктивного процесу та наслідків (не тільки медичних, а й насамперед соціальних наслідків вживання психоактивних речовин та інших залежностей).

Варто зазначити, що лекції, присвячені адиктивній поведінці, не варто заявляти як антиадиктивні. Вони мають бути орієнтовані збереження здоров'я. Також в розповідях про психоактивні речовини, варто уникати розповіді про психічні ефекти, які ці речовини надають. Загалом лекції рекомендується будувати за принципом слідування за питаннями підлітків-слухачів, не даючи їм тієї інформації, яка їх не цікавить. Крім того, варто пам'ятати, що форма інформування про шкоду тютюну, алкоголю чи наркотиків не виправдала себе, оскільки у багатьох підлітків (особливо у підлітків «групи ризику») прилучення до психоактивних речовин часто відбувається не від браку знань, а всупереч наявності. Тому як альтернативна форма останнім часом все частіше розглядається тренінг [3, с. 22 - 23].

Вторинна профілактика. Напрямами вторинної профілактики є діагностична, просвітницька та корекційна робота.

Діагностична робота спрямована на дослідження психолого-педагогічних та соціальних особливостей підлітків, схильних до адиктивної поведінки, результатом якої має стати створення програми індивідуального супроводу підлітка групи ризику. У діагностичну роботу входять:

- комплексна діагностика особистісних особливостей неповнолітніх, які можуть вплинути формування адиктивної поведінки (насамперед, виявлення особистісної схильності до адиктивної поведінки);
- збір інформації про соціально-побутові умови проживання підлітка;
- збір інформації про сім'ю підлітка та діагностика сімейних взаємин;
- психодіагностика здібностей підлітка та збір інформації про його захоплення, особливості навчальної діяльності;
- збір інформації про друзів та інші можливі референтні групи підлітка [19; 20; 27].

Методами діагностичного спрямування є:

- тестування (психологічний вимір);

- методи дослідження особистості (опитувальні, проєктивні, метод семантичного диференціала, ситуаційні тести та ін.);
- соціометрія та інші методи дослідження міжособистісних відносин;
- методи діагностики внутрішньосімейних відносин (клініко-біографічний метод, метод включеного спостереження, проєктивні методики, опитувальники, анкети, шкали та ін.);
- бесіда; спостереження;
- праксиметричний метод (аналіз продуктів діяльності, наприклад, навчальної чи творчої) [3, с. 23].

Просвітницька робота спрямована на навчання підлітків, їх сімей, а також фахівців вмінням та навичкам у сфері міжособистісних відносин (навчання навичкам ефективного спілкування, технологіям вирішення конфліктів, толерантності), здорового способу життя та конструктивних способів подолання стресових ситуацій, проблем адиктивної поведінки (та медичних наслідків вживання психоактивних речовин) тощо [19; 20; 27].

До методів освітнього спрямування можна віднести: метод групової дискусії; інформування; тренінг навичок та умінь; психологічні ігри; моделювання ситуацій тощо [3, с. 24].

Корекційна робота включає:

- корекцію окремих особистісних особливостей і форм поведінки, характерних для адиктивних підлітків,
- формування та розвиток навичок роботи над собою (самоаналізу, рефлексії, розвиток самосвідомості, Я-концепції, інтернального локусу контролю),
- розвиток усвідомлення залежності від психоактивних речовин;
- підвищення потенціалу особистісних та середовищних ресурсів;
- ціннісних орієнтацій
- формування прийняття відповідальності за своє життя, поведінку та її наслідки
- професійну орієнтацію

- корекцію сімейних відносин
- профілактичний вплив соціальних мереж (родина, групи підтримки, притулки, медико-психологічні центри, анонімні спільноти)
- нормалізацію та гармонізацію відносин у діаді вчитель - учень
- формування стійкості до тиску негативного середовища тощо [19; 20; 27].

Методами корекційного спрямування є: тренінг особистісного зростання; соціально-психологічний тренінг; мотиваційно-особистісний тренінг; логотерапія; символдрама (кататимно-імагінативна терапія Х. Лейнера); арт-терапія; короткострокова позитивна психотерапія; раціонально-роз'яснювальна психотерапія; рольові ігри; казкотерапія; ігрова психотерапія; методи психотерапевтичної корекції сімейних взаємин (сімейна системна психотерапія, аналітико-системна психотерапія, сімейне консультування та ін.); тренінг батьківської ефективності; психологічне консультування тощо [3, с. 24].

Формами проведення психокорекційної роботи є індивідуальна та групова. Групове консультування підлітків має будуватися з обов'язковим врахуванням особливостей цього віку. Вторинна профілактика, як і первинна, є масовою, залишаючись індивідуальною щодо конкретного підлітка. Проведені у межах вторинної профілактики заходи ведуть до зменшення кількості осіб із залежністю шляхом втручання на ранніх етапах її розвитку, тобто на етапах формування адиктивної поведінки. Програми вторинної профілактики мають вищу ефективність, проте менш універсальні та дієві у порівнянні з програмами первинної профілактики [3, с. 24].

Третинна профілактика. На етапі третинної профілактики суттєво зростає питома вага корекційного спрямування у рамках психологічного супроводу. Роль діагностичного спрямування зменшується у зв'язку з появою симптомів захворювання в адиктивних підлітків. Під впливом прийому психоактивних речовин виникає ціла низка змін в особистісних особливостях, тому результати психодіагностики на цьому етапі швидше

відбиватимуть закономірності впливу психотропних речовин на особистість. Діагностичні дослідження можуть бути використані для відстеження динамічних змін в особистості залежного підлітка, що виникають під впливом психотерапевтичної корекції [25, с. 313].

До методів третинної профілактики можна віднести: тренінг особистісного зростання; психологічне консультування (індивідуальне та групове); соціально-психологічний тренінг; тренінг когнітивного розвитку; методи психотерапевтичної корекції сімейних відносин та інші методи корекційного спрямування [3, с. 26].

У рамках третинної профілактики має здійснюватися розвиток навичок комунікативної та соціальної компетенції, у тому числі розвиток навичок емпатії. У зв'язку з погіршенням загального соматичного та психічного стану потрібен тренінг когнітивних навичок та умінь. Підтримувальне та розвивальне середовище може складатися з терапевтичних спільнот, груп самодопомоги та взаємодопомоги, які виступають як альтернатива вживанню психоактивних речовин. Робота з сім'єю залежних підлітків повинна бути спрямована на руйнування механізму співзалежності, на розвиток терпимості членів сім'ї один до одного, а також на профілактику синдрому емоційного вигорання у співзалежних [39].

Робота з підлітками, схильними до адиктивної поведінки має специфічні труднощі. Якщо неповнолітні, які зловживають алкоголем, досить спокійно розповідають про факти зловживання, легковажно виправдовуючи при цьому свою поведінку, то підлітки, які епізодично вживають наркотики, поводяться зовсім інакше. Вони знають, що на них чекає кримінальна відповідальність та обов'язкова госпіталізація, і тому всіляко приховують вживання наркотиків. Враховуючи такі складнощі у роботі з адиктивними підлітками, особливо труднощі у встановленні контакту з ними, перевага у психодіагностиці надається насамперед проєктивному методу [25, с. 314].

Первинна, вторинна та третинна профілактика залежної поведінки є компонентами єдиного профілактичного ланцюга і не можуть розглядатись

ізолювано один від одного. Профілактика вживання, наприклад психоактивних речовин неспроможна розглядатися окремо від профілактики інших залежностей і порушених форм поведінки, оскільки наркотизація чи алкоголізація є лише одним із проявів соціальної дезадаптації загалом, що є елементом широкого спектра поведінки ризику.

2.3. Програма профілактичного психологічного консультування із залежними підлітками у кризових станах

Надзвичайно важливим та нагальним є на сучасному етапі розвитку українського суспільства виявляти психологічну готовність до адиктивної поведінки серед неповнолітніх та здійснювати ефективну психологічну допомогу, особливо що стосується залежних підлітків у кризовому стані. Допомогти може в першу чергу профілактична та корекційна робота. Корисними є лише дії, спрямовані на знищення психологічної готовності до залежності та виправлення відхилень у розвитку особистості, що зумовлюють бажання штучно змінити свій психічний стан. Найбільший ефект може дати психологічний вплив, заснований на знаннях психологічних причин виникнення залежності.

Сучасні підходи до профілактики полягають у допомозі дітям та підліткам розвивати навички і вміння, які б допомагали їм справлятися з емоційними труднощами, розв'язувати проблеми у стосунках з однолітками, виживати в соціальних і економічних умовах. Метою профілактики є не лише повне утримання від уживання хімічних речовин, а й більш пізній початок уживання (насамперед щодо алкоголю), зменшення інтенсивності вживання або профілактика переходу від уживання до зловживання. Тому в рамках реалізації профілактичних завдань може розглядатися, зокрема, робота з підлітками, які мають залежність та знаходяться в кризовому стані.

Вивчивши наукову проблему щодо теми дослідження вважаємо за потрібне виділити, на наш погляд ефективну методику емпіричного дослідження особливостей проведення профілактичного консультування залежних підлітків у кризовому стані за допомогою проведення психологічного інтерв'ю. У психіатрії найкраще описав методики інтерв'ювання Г. Саллівен, автор інтерперсональної теорії психічних розладів. Він визначив мету інтерв'ю як пошук правдивої інформації про стан людини, якій потрібно допомогти. Однак у вітчизняній психіатрії та психотерапії поняття «інтерв'ю» вживається дуже рідко [28]. Натепер серед українських науковців широкої популярності набула праця С.Квале «Дослідницьке інтерв'ю», де у доступній формі описано ключові аспекти інтерв'ю, яке використовується в емпіричних розвідках, переваги та недоліки у порівнянні з іншими методами дослідження [57].

Як основу для розробки програми профілактичного консультування залежних підлітків у кризовому стані ми обрали п'ятикрокову модель психологічного інтерв'ю (подружжя Айві) [1] (Додаток В).

Аналізуючи результати наукових досліджень щодо проведення профілактичних консультувань залежних підлітків та неповнолітніх, які знаходяться в кризовому стані, ми дійшли висновку, що програма роботи із залежними підлітками, що знаходяться у кризовому стані має складатися з наступних складових:

1. Взаєморозуміння / структурування – встановлення контакту, вибір необхідних інструментів та підходів.
2. Окреслення проблеми – визначення потреб підлітків та пошуки необхідних технік для виявлення сильних сторін.
3. Бажаний результат – визначення цілей, підтримка мотивації та розробка плану дій.
4. Підтримка в реалізації плану дій.
5. Загальна оцінка результатів роботи.

Програма передбачає як індивідуальну, так і групову форми роботи із залежними підлітками.

На першому етапі необхідно встановити психологічний контакт з клієнтом та створити комфортну довірчу атмосферу у міжособистісній взаємодії. Для роботи з підлітками можливо застосувати окремі інструменти, невелике опитування з метою допомоги дитині розкритися та презентувати себе. Виявити його особливості та прояви свого «Я».

Хід роботи: Загальні питання опитування можливо сформулювати наступним чином: «Візьми аркуш паперу і постав на ньому дату рік або два потому. Це може бути будь-яка дата, яка спадає на думку: твій день народження, вихідний чи будь-який інший день, який щось для тебе означає. Твої справи йдуть чудово, і ти вирішуєш написати листа своєму консультантові, щоб розповісти йому, що відбувається у твоєму житті. Ти можеш також захотіти написати про останні хороші новини і про щось, що, на твою думку, скоро має статися.

1. Улюблений рід занять...
2. Мій друг...
3. Моя улюблена гра...
4. Мій улюблений одяг...
5. Моя улюблена музика...
6. Що я найбільше люблю робити...
7. Місце, де я найбільше люблю бувати...
8. Мої улюблені герої...
9. Я відчуваю в собі здібності до...
10. Людина, яку я найбільше поважаю...
11. Найкраще я вмію...

На другому етапі необхідним є окреслення проблеми. Тобто визначити потреби підлітків та знайти необхідні техніки для виявлення сильних сторін. Оцінка ситуації з опорою на сильні сторони виконує складне завдання: з одного боку, потрібно оцінити проблему, її ступінь, тривалість, вплив на

життя людини, а з іншого – допомогти людині зберегти віру у власні сили та рішучість, віднайти додаткові зовнішні та внутрішні ресурси. Техніки, які спираються на сильні сторони, якраз допомагають вирішити це завдання.

Для проведення роботи на цьому етапі вважаємо за потрібне застосувати техніку Бена Фурмана «Місія здійсненна» (модифікація для підлітків програми «Навички дитини») [63]. Детальний опис методики можливо взяти з книги Бена Фурмана Бена Фурмана «Навыки ребенка в действии. Как помочь детям преодолеть психологические проблемы» [46].

У цій програмі враховуються вікові особливості підлітків, робиться наголос на самостійній роботі. Виконуючи цю програму, підліток, на додаток до основних навичок, опановує навички самоорганізації та планування, оцінки ресурсів, поетапної реалізації завдань для досягнення основної мети і навчається звертатися по допомогу до близьких. Ці вміння є захисними факторами розвитку безлічі підліткових поведінкових порушень, тому формування цих навичок – важливе профілактичне і корекційне завдання в роботі з підлітками. Ця програма може виконуватися як індивідуально, так і в групі. В обох випадках сім'я та близьке оточення залучатимуться до процесу навчання. Програма «Місія здійсненна» складається з послідовних кроків/завдань, які охоплюють усі етапи роботи з підлітком. Оскільки у програмі велику роль відіграє підтримка оточення, всі її інструменти дуже добре працюють при роботі в групі.

Інструментом для цього етапу послужить техніка «Подорож у часі» [27]

Хід роботи: *«Тепер уяви, що ти можеш подорожувати в часі: тепер ти в майбутньому, і зараз настав саме цей день. Покажи своєму консультантові лист «із прекрасного майбутнього». Він може запитати тебе про щось, щоб допомогти тобі ще краще в деталях уявити, як би тобі хотілося, щоб виглядало твоє життя в майбутньому. Доповни свій лист, включивши туди відповіді на запитання консультанта. Коли лист дописано, покажи його комусь іще. Тобі вирішувати, хто має право його побачити.*

Якщо це можливо, покажи свій лист іншим людям, які теж беруть участь у програмі і які, своєю чергою, покажуть тобі їхні листи «з прекрасного майбутнього» [27, с. 54].

На третьому етапі необхідно виявити основну мету та окреслити бажаний результат консультації. Дуже часто виголошення мети та власних перспектив може стати вагомим кроком до майбутніх змін. Але для того, щоб підтримати мотивацію підлітка до змін, важливо поговорити про те, що саме в його житті зміниться, якщо проблеми з його життя підуть або перестануть чинити такий вплив, як зараз, та орієнтуватися на майбутнє.

Таке ставлення до майбутнього, яке створюється та зміцнюється за допомогою визначення цілей, обговорення сильних сторін і ресурсів, за допомогою компліментів, з'ясування винятків із проблемної історії, дає клієнтові надію, яка, своєю чергою, живить його можливості в подоланні поточних труднощів, при цьому сама ще більше посилюється та зміцнюється. До цього моменту в ході аналізу та обговорення клієнт уже оцінив наслідки проблеми, усвідомив, що йому не подобається в цих наслідках і що він хотів би, щоб було по-іншому. Також клієнт розповів, що він намагався робити з цією проблемою, що йому вдавалося, що – ні. Ці знання стануть у пригоді під час розмови про бажане майбутнє і його планування. У цій розмові можна використати технічні прийоми орієнтованого на рішення підходу і поставити запитання про ознаки поліпшення.

Інструментом для цього етапу послужать техніки «Запитання про диво» [27] та «Дерево життя» (Нказело Нкубе та Девід Денберо) – метод було розроблено для роботи з людьми, що пережили травматичні події – насильство, стихійні лиха, катастрофи, військові конфлікти. Його засновано на ідеях наративного підходу [10]:

«Запитання про диво»

Хід роботи: *«Уяви, що після цієї зустрічі ти підеш додому, звично проведеш свій вечір, ляжеш спати. А поки ти спатимеш, станеться диво, і проблеми, які привели тебе до нас, зникнуть. Але ти не знатимеш про те, що*

диво сталося. Коли ти здогадаєшся, що диво сталося? Що саме підкаже тобі про це? Як твої близькі здогадаються, що сталося диво?» [27, с. 56].

Запитаннями для шкалування: За шкалою від 0 до 10 оціни поточний стан справ, де 10 – це те, що ти розповів/ла, коли описував/вала диво, а 1 – найгірший стан справ.

1. Чому не 1?
2. Тобі хочеться просунути вперед чи тебе влаштовує те, що є? Що потрібно робити, щоб утриматися на цьому рівні?
3. Що зміниться, якщо ти просунешся на 1 бал уперед?
4. Що помітять твої близькі? Що для них буде по-іншому?
5. Які нові можливості з'являться для тебе і твоїх близьких, якщо ти просунешся на 1 бал уперед? [27, с. 57]

Один із потужних механізмів дії запитання про диво полягає в тому, що, занурюючись у бажане майбутнє, «втільюючи його в плоть і кров», людина набуває нового досвіду, який може дати відчуття здатності впливати на власне життя. Використання цього запитання дозволяє зруйнувати внутрішню невіру в можливість змін, дає змогу людині відчутти і зрозуміти, що бажана поведінка та події можуть відбутися і відбудуться в майбутньому. Так зростає надія та очікування змін. Опис «чудесних» змін може бути досить віддаленим і здаватися не надто досяжним при поточному стані справ.

«Дерево життя»

Хід роботи. *Перший етап:* пропонується дітям намалювати дерево. Кожна з частин дерева має особливе значення. Коріння символізує походження: де дитина народилася, походження та історію родини, її предків, улюблені книги, фільми, які мали сильний вплив. Поверхня землі символізує повсякденне життя: як виглядає звичайний день, якими подіями і справами він заповнений. Стовбур символізує вміння і навички, все те, що дитина вміє добре робити. Гілки – це мрії, надії і бажання дитини. Листочки – це важливі люди в житті дитини: батьки, родичі, друзі та всі ті, хто для неї

має значення. Плоди символізують дари життя – те, що в житті було нам подаровано. Передусім це нематеріальні дари: турбота, дружба, любов тощо.

Другий етап: обговорити з дітьми особливості цього «лісу»: чим він подобається дітям, у чому вони бачать його силу та можливості, скільки людей про нього піклується?

Третій етап: обговорення небезпек, які загрожують дітям. Запитати про те, які небезпеки загрожують дітям, як усі ці небезпеки впливають на них і як вони з цими небезпеками справляються, узагальнено, не підштовхуючи дітей говорити про їхній особистий досвід. Але якщо хтось із дітей хоче поділитися власною історією виживання, підтримати його в ході розмови. Після обговорення важливо запитати, чи винні діти в тому, що вони наражаються на небезпеку.

Четвертий етап: заняття завершується врученням імпровізованих сертифікатів кожному з учасників заняття. У сертифікаті зазвичай вказуються вміння, навички дитини, її цілі, мрії й надії, визнається внесок інших людей у її життя.

Четвертий етап. Під час консультацій на цьому етапі (як і на етапі оцінки потреб) також можливо використовувати запитання про винятки. Обговорення ситуацій, коли проблема не мала звичних для неї негативних проявів, може відчутно підтримати клієнта на його шляху до змін. Але що робити, якщо в ході бесіди клієнт заявляє, що винятків не було зовсім, або каже, що недавно справи погіршилися, або ж клієнт говорить, що перебуває під впливом важких обставин, на які не може впливати? В такий момент консультант може використовувати запитання подолання та досліджувати, що клієнт робить для того, щоб справи не стали ще гіршими, ніж зараз. Ці запитання можуть допомогти клієнтові зберегти віру у власні сили. На етапі реалізації плану дій особливо важливо приділити час пошуку зовнішньої підтримки змін підлітка.

Інструментами для цього етапу послужать техніки: «Реалізація проєкту» [63], «Щоденник емоцій» [27].

«Реалізація проекту»

Хід роботи. Під час групових або індивідуальних зустрічей підлітків розпитують, що з їх проєктів, які почали з перших етапів роботи з ними здійснювати вдалося виконати. Звертається увага навіть на найменші зміни. Чи надавав їм хтось підтримку. Підлітку пропонується сказати слова подяки безпосередньо помічникам по групі, якщо вони здійснювали підтримку. Після виступу підлітка пропонується іншим учасникам написати на аркушах слова підтримки, які складаються у власну теку кожного учасника. Підліткам пропонується вести «Журнал змін» і записувати в нього будь-які ознаки прогресу. Це допоможе відстежувати зміни та озвучувати їх під час наступних зустрічей.

«Щоденник емоцій»

Хід роботи. Для роботи з емоціями залежних підлітків в кризовому стані використовується вправа «Щоденник емоцій», використовуючи «Колесо емоцій». Вправа допоможе визначити емоційний стан на всіх стадіях виконання плану дій, чим сприятиме мотивації до змін та досягнення успіху. Важливо, щоб дитина навчилася фіксувати емоції в ситуаціях конфлікту та його вирішення, щоб оцінити передумови подібних ситуацій у майбутньому. Таким чином підлітки опановують саморегуляцію емоцій, набувають досвіду оцінки факторів ризику для себе та свого стану, навчаються планувати свої подальші дії для уникнення ризикованих наслідків. Спільно з консультантом обговорюється мета ведення такого щоденника та обирається зручний формат його ведення. Консультант надає інструкцію з ведення щоденника та ознайомлює підлітка з «Колесом емоцій» (рис. 2.1). У щоденнику емоцій фіксуються:

1. Час/дата; • опис ситуації, в якій відчуються емоції.
2. Емоції, які викликає ситуація.
3. Дії клієнта в момент перебування в цій ситуації.
4. Наслідки ситуації для клієнта.
5. Бажана поведінка чи ситуація.

підліток озвучив, що він хоче відчувати себе щасливим, але при цьому не описав, що має для цього статися, скоріше за все, ви не зможете провести оцінку. Чим детальніше і конкретніше було сформульовано цілі і план дій у роботі з підлітком, тим легше буде оцінити отримані результати. У рамках підходу з опорою на сильні сторони опитування починається з запитання про те, що змінилося (маються на увазі позитивні зміни).

Консультант очікує позитивних змін, і це почуття поступово передається учасникам програми, які також починають помічати та свідомо шукати зміни на краще і таким чином також починають очікувати, що ситуація буде рухатися в потрібний бік. Це запитання може бути сформульовано так: «Що стало кращим?» У будь-якому випадку, консультант намагається «розвинути успіх», детально розпитуючи про це: коли підліток вперше помітив цю зміну, де це сталося, наскільки велика ця зміна, хто ще її помітив? Що зробили інші, щоб це стало можливим, і що зробив сам клієнт, щоб ця зміна на краще відбулася? Одне з найкращих запитань, які дозволяють наповнити деталями та посилити опис змін, зробити його більш насиченим, – це запитання «Що ще?». Як результат, людина дивиться на своє життя під іншим кутом і починає помічати свої сильні сторони та ресурси. На цьому етапі також можна використовувати методику «Шкалування», яке використовувалося на третьому етапі:

За шкалою від 0 до 10 оціни поточний стан справ, де 10 – це те, що ти розповів/ла, коли описував/вала диво, а 1 – найгірший стан справ.

1. Що з твоїх дій за планом сприяло такому результату?
2. Які твої досягнення у проведеній роботі допомогли просунутися вперед за шкалою, і завдяки чому?
3. Які ще зміни відбулися в житті завдяки реалізації плану?
4. Яким чином зміни вплинули на твоє ставлення до себе та до оточення?
5. Як змінилося ставлення оточення до тебе?

Допомогти завершити програму і зробити вихід із неї більш комфортним може святкування досягнень. Святкування успіху можливо підкріпити символічними діями: можна запропонувати підлітку виступити з «переможною» промовою перед іншими учасниками, вручити йому імпровізовану грамоту. Формат святкування повинен бути прийнятий на загальному обговоренні всіх учасників. Комфортне середовище, колективне позитивне налаштування на роботу, фахова підготовка консультанта та застосування потрібних інструментів в роботі повинні стати основою позитивного результату.

Висновки до розділу 2

За результатами аналізу особливостей та методології психологічного профілактичного консультування залежних особистостей можливо зробити наступні висновки. Особливостями, які відрізняють консультування залежних підлітків є в першу чергу повага до особистості дитини та конфіденційність з винятками стосовно наявності реальної загрози для життя та здоров'я дитини та його оточення. Також дуже важливим є спонукання залежного підлітка до самостійного прийняття рішення про допомогу, він має відчувати безпеку та увагу до його проблеми. Результативність наявних методологій організованого подолання визначається тим, що методи, що використовуються в них, «працюють» із зоною найближчого розвитку підлітка. Тобто тим особистісним потенціалом, інтенсивний розвиток якого можливий лише при організації провідної для даного віку діяльності – спілкування підлітка з однолітками та значним дорослим. Необхідним є провести попередню роботу по з'ясуванню впливу на підлітка сім'ї та оточення та наявність попереднього досвіду консультування та психологічної роботи.

Також важливим та необхідним є враховувати тип акцентуації характеру підлітка під час виборів стратегії психокорекційного впливу, а основою ефективного консультування стане фаховий підхід до проведення консультацій. Основними якостями психолога при роботі з підлітками повинні бути гнучкість і вміння співпереживати, однак емоційні реакції консультанта в процесі співпереживання не повинні супроводжуватись втратою дистанції. Важливо підтримувати стосунки з батьками підлітка, своєчасно втручаючись у труднощі, що виникають, тобто здійснювати психологічний супровід сім'ї та проводити роботу також із батьками залежного підлітка.

Розроблена програма на основі п'ятикрокової моделі консультативного інтерв'ю для осіб, які знаходяться у кризовому стані для проведення профілактичного консультування залежним підліткам в кризовому стані розподілена на п'ять етапів: встановлення контакту, визначення потреб клієнта, визначення цілей роботи і розробка плану дій, реалізація плану дій для зміни поведінки або розв'язання складних ситуацій, оцінка результатів та (за потреби) корекція плану. Ця робота зумовлює використання специфічних інструментів на кожному з етапів проведення роботи: вправи, які дають можливість консультанту розібратися якнайглибше в проблемі, а залежному підлітку дають можливість вийти із кризового стану та на основі роботи з консультантом, ефективних позитивних комунікацій в групі, а також додаткового самостійного аналізу наявної проблеми підлітком позбутися залежності та закріпити результат роботи.

РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ ПІДЛІТКІВ У КРИЗОВИХ СТАНАХ

3.1. Організація емпіричного дослідження

Психологічні аспекти боротьби з підлітковими залежностями полягають, перш за все, у виявленні психологічної готовності до вживання психоактивних речовин або до певних дій, що призводять до залежності та кризових станів, тобто таких психологічних особливостей підлітків, які роблять їх вразливими у процесі соціалізації особистості. Таким чином, пошук методів діагностики схильності до залежності повинен проходити за допомогою виявлення феномену психологічної готовності підлітків до адиктивної поведінки. Такий вектор спрямованості діагностичних досліджень є особистісним підходом до проблеми залежності підлітків, що дозволяє застосовувати нові, якісно інші критерії визначення схильності до виникнення залежності та тривожних розладів у підлітків у кризовому стані.

Компонентами комплексного діагностичного дослідження особистості підлітка з метою виявлення психологічної готовності до виникнення залежності та кризових станів є такі особливості:

1. Відсутність мотивації досягнення, до відмови вважати себе суб'єктом діяльності, переважання уникаючої мотивації.
2. Несформованість функції прогнозу.
3. Низький рівень розвитку самосвідомості, відсутність навичок рефлексії.
4. Низький рівень самоконтролю та самооцінки (аж до неприйняття образу «Я», що, однак, може маскуватися захисною поведінкою, що демонструє підвищену самооцінку).
5. Емоційна нестійкість.

6. Тип реакції на фрустраційну ситуацію «з фіксацією на самозахисті», зумовлений невпевненістю у собі.

7. Переважання пасивних форм психологічного захисту, суперечливість самооцінки та рівня домагань, що виявляється в алогічності та непослідовності діяльності, пов'язаної з подоланням перешкод (поєднання завищеного рівня домагань з низькою самооцінкою);

8. Тенденція до уникнення реальності в стресовій ситуації – висока потреба у зміні стану свідомості як засіб розв'язання проблем.

Для діагностичного дослідження підлітків, схильних до адиктивної поведінки перелічені компоненти є важливими. У разі наявності більшості (або всіх) з цих компонентів у підлітка, що обстежується, варто говорити про виявлену психологічну готовність до адиктивної поведінки.

В процесі теоретичного дослідження в даній роботі було вивчено наукову літературу щодо проблеми, конкретизувався науковий апарат, підтвердилася актуальність теми дослідження, а також визначилися мета та завдання емпіричного дослідження, методи підтвердження гіпотези дослідження. На цьому ж етапі була визначено базу дослідження та вибірку досліджуваних.

Мета емпіричного дослідження: вивчити психологічні особливості підлітків у кризових станах та визначити ефективність розробленої програми профілактичного психологічного консультування. Відповідно до мети емпіричного дослідження вирішувалися наступні **завдання:**

1. Організувати емпіричне дослідження діагностування схильності підлітків до афективної поведінки та визначити наявність залежності та кризового стану.

2. Провести профілактичну консультативну роботу з підлітками на основі розробленої програми профілактичного психологічного консультування залежних підлітків у кризовому стані.

3. Здійснити повторну діагностику на основі визначених методик та порівняти показники досліджуваних підлітків до та після проведення роботи за розробленою програмою консультування.

4. Провести кількісний та якісний аналіз результатів емпіричного дослідження.

5. Сформулювати відповідні висновки щодо результатів діагностування підлітків та впровадження програми профілактичного психологічного консультування залежних підлітків у кризовому стані.

Дослідження проводилося на базі загальноосвітньої школи I-III ступенів №27 міста Чернівці. У дослідженні брали участь 40 підлітків від 13 до 15 року, з них 16 дівчат та 24 юнаки. Для кожного досліджуваного була проведена інструкція по заповненню бланків опитувальника: «Заповнюючи бланки опитувальника, не пропускайте жодного пункту опитувальника. Просимо в тексті опитувальника нічого не писати і не наголошувати». Опитування було анонімним, кожному бланку досліджуваних присвоєний порядковий номер.

Дослідження психологічних особливостей, схильності підлітків до адиктивної поведінки та профілактичного консультування залежних підлітків у кризових станах проводилось нами в три етапи:

1. *Констатувальний (підготовчий) етап дослідження.* з метою визначення вихідних даних з залежними підлітками було проведено психологічне обстеження. Здійснити підбір необхідних методик відповідно до мети та завдань дослідження, скласти бланки протокольних записів по кожній дитині та провести аналіз отриманих результатів діагностування.

2. *Формувальний (основний) етап дослідження.* Впровадження розробленої програми профілактичного консультування залежних підлітків у кризовому стані та перевірка її ефективності, ставлячи за мету на цьому етапі дослідження вивести підлітків з кризового стану та на основі роботи з консультантом, ефективних позитивних комунікацій в групі та самостійного

дослідження підлітком наявної проблеми мінімізувати вплив залежності на психіку дитини, позбутися залежності та закріпити результат роботи.

3. *Контрольний етап дослідження.* Проводиться з метою визначення ефективності застосованих засобів профілактичного консультування залежних підлітків у кризовому стані за допомогою порівняльної характеристики отриманого емпіричного матеріалу до та після формувального експерименту в експериментальній групі підлітків.

Вибір діагностичного інструментарію було здійснено з урахуванням предмета емпіричного дослідження, показників валідності та надійності кожної методики, адекватності її використання на віковій групі піддослідних. У програму психологічного обстеження увійшли такі методики:

Методика №1 – методика Куна – Макпартленда [41] для визначення схильності до адиктивної поведінки. З метою емпіричного вивчення особливостей самоприйняття та ідентифікації в контексті визначення схильності до адиктивної поведінки було використано методику «Хто Я?» М. Куна та Т. Макпартленда (Модифікація Т.В. Рум'янцевої), яка традиційно застосовується у психодіагностичних підходах як результативний варіант нестандартизованого самозвіту. Методика «Хто Я?» є нестандартизованим самоописом з відкритою формою і (у деяких модифікаціях) кількістю відповідей. Методика була запропонована в 1954 М. Куном та Т. Макпартлендом, і має кілька модифікацій російською мовою.

Тест створено на основі Я-концепції Манфреда Куна. Теоретичною основою методики служать концепції соціальних ролей та рольової поведінки, у яких задається і спосіб самоприйняття людини як носія цих ролей. Цей факт знаходить свій відбиток у самоописах піддослідних. У той самий час особистості властиво рефлексувати і психологічні характеристики, своє місце у соціальному світі, а й у світі загалом. Тому методика охоплює не тільки рольові аспекти, але всі сфери уявлень людини про свою особистість та її ядро – «Я». У загальних уявленнях методика не передбачає формалізованого стимульного матеріалу як запитань, тверджень, списку

якостей чи картинок. Натомість випробуваний на чистому аркуші повинен скласти список характеристик самого себе і висловити своє ставлення до даних характеристик.

Процедура проведення, оригінальний варіант: випробуваний повинен протягом 12 хвилин дати двадцять різних відповідей питання, звернений себе: «Хто я такий?» Відповіді слід давати у тому порядку, у якому вони спонтанно виникають. Потім він повинен оцінити кожен якість як позитивну (+), негативну (-), неоднозначну (\pm), або поставити знак того, що він утруднюється в оцінці (?). Головна відмінність методики в модифікації Рум'янцевої – відсутність жорсткої регламентації кількості відповідей (випробуваний може дати їх більше або менше 20). Методика містить 24 показники, які, об'єднуючись, утворюють сім узагальнених показників-компонентів ідентичності: соціальне «Я», комунікативне «Я», матеріальне «Я», фізичне «Я», діяльнісне «Я», перспективне «Я», рефлексивне «Я». Виділяються також, як окремі, два наступні показники: проблемна ідентичність і ситуативний стан як стан, що переживається особистістю зараз [62].

Інтерпретація. За кількістю відповідей, даних за відведений проміжок часу, можна побічно судити про рівень рефлексії особи. Що більше відповідей дано за відведений час, то рівень рефлексії вищий. В нашому дослідженні слідом за Н. Максимовою ми за кількістю відповідей на запитання тесту будемо робити висновки про відхилення у самосвідомості підлітків та схильності їх до адиктивної поведінки [23, с. 165].

Відповіді досліджуваних реєструвалися на спеціальних бланках (Додаток Г).

Методика №2 – Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А) (Hamilton Anxiety Rating Scale). У 1959 році Макс Гамільтон розробив першу версію рейтингової шкали тривоги. Він розрізняв тривогу як нормальну реакцію на небезпеку, тривогу як патологічний стан, не пов'язаний зі стресом і тривогу як «тривожний невроз» (невроз страху). Розроблена у 1959 р., як один із

перших інструментів вимірювання рівня тривоги, вона й досі успішно застосовується у клінічній практиці [14, с. 166].

Шкала складається з 14 пунктів. 13 пунктів належать до проявів тривоги у повсякденному житті, а 14-ий – до прояву тривоги при огляді. Оцінюється як психічна тривога (психічна ажитація та психологічний дистрес), так і тривога соматична (фізичні складові, пов'язані із тривогою). Варіанти відповідей стандартизовані, що значно спрощує розуміння шкали і процедуру підрахунку. Як і будь-яка подібна клінічна шкала, НАМ-А призначена для фахівців сфери охорони здоров'я – лікарів загальної практики, сімейний лікарів, психіатрів і психотерапевтів. Її заповнення відбувається у процесі напівструктурованого інтерв'ю, під час якого фахівець у тому числі збирає анамнестичні дані та спостерігає за поведінкою чи іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Не слід пред'являти шкалу пацієнтові і ставити йому прямі запитання.

Інтерпретація. Рівень тривожності ми будемо інтерпретувати як рівень кризового стану досліджуваних. Для отримання загального бала, що відбиває рівень вираженості тривожного розладу, необхідно підсумувати бали за усіма пунктами. Крім того, перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а решта вісім – як прояви тривоги у соматичній сфері. Кожен пункт опитувальника оцінюється за шкалою від 0 до 4, де 0 – симптом відсутній, 4 – симптом сильно виражений [14, с. 166] (Додаток Д).

Сумарний бал усіх пунктів: 17 балів і менше – відсутність тривоги; 18-24 бали – середня вираженість тривожного розладу; 25 балів і більше – виражений тривожний розлад.

У дослідженні нами використовувалися також **інші додаткові методи дослідження**, застосування яких визначалося специфікою вирішення дослідницьких завдань: спостереження, індивідуальна бесіда зі студентами,

метод експертної оцінки, аналіз результатів тестування, також застосовувалися методи математичної статистики.

Для визначення якісних характеристик показників досліджуваних була використана схема за рівнями самоактуалізації та мотивації досягнення. Під час обробки емпіричного матеріалу необхідним є адаптувати критерії оцінки рівнів до вікових особливостей студентів та результатів додаткових методів дослідження. Характеристики змісту показників за окремою методикою подані у таблиці 2.1

Таблиця 2.1

Рівні показників за двома методиками

Рівні показників	За методикою №1 (відповідей)	Характеристика показників Методики №1	За методикою №2		Характеристика показників Методики №2
			За пунктами	Загально	
I рівень (високий)	15-20	Високий рівень самосвідомості (рефлексії)	3-4	25 та вище	Виражені розлади
II рівень (середній)	9-14	Середній рівень Самосвідомості (рефлексії)	1-2	18-24	Середня вираженість розладу
III рівень (низький)	2-8	Низький рівень самосвідомості (рефлексії)	0	0-17	Відсутність розладу
IV рівень (дуже низький)	0-1	Дуже низький рівень самосвідомості (рефлексії)			

Під час обстеження дітей *враховувалися*: прояви активності при виконанні завдань, потреба у допомозі зі сторони дорослих, наявність та загальна кількість і якість помилок та загальний час, який був витрачений на виконання завдань.

В процесі нашого дослідження визначені основні показники та критерії проведення дослідження та обробки результатів, встановлення взаємозв'язку між вимірюваними параметрами. Для вирішення цього завдання нами використовувався кореляційний аналіз, критерій Пірсона. Формула (1) для розрахунку емпіричного коефіцієнта Пірсона має такий вигляд:

$$r_{xy} = \frac{n \cdot \sum x_i y_i - (\sum x_i)(\sum y_i)}{\sqrt{(n \cdot \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2)(n \cdot \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2)}}, (1)$$

Де x_i – значення, що приймаються змінною X; y_i – значення, що приймаються змінною Y. Емпіричний коефіцієнт кореляції – це абстрактне число, що лежить у межах від 0 до +1. При незалежному варіюванні ознак, коли зв'язок між ними відсутній $r = 0$. Чим сильніший зв'язок між ознаками, тим більша і величина коефіцієнта кореляції. При позитивному або прямому зв'язку, коли великим значенням однієї ознаки відповідає великі значення іншої, знаходиться в межах від 0 до +1, а при негативному, або зворотному зв'язку, коли більшим значенням однієї ознаки відповідає менше значення іншої, коефіцієнт кореляції супроводжується негативним (–) знаком та знаходиться в межах від 0 до –1 [45].

Таким чином підібрані методики обстеження та синтезовані висновки за підсумками діагностування допоможуть виявити рівні схильності до адитивної поведінки та рівні тривожності у досліджуваних підлітків. Результати діагностики стануть приводом для проведення профілактичного консультування залежних підлітків на формувальному етапі дослідження.

Загальні результати діагностування досліджуваних підлітків подані в таблиці Е.1 у Додатку Е.

Виконання завдань методики №1 «Хто Я?» (М. Куна та Т. Макпартленда). Діагностувалося виявлення рівнів самосвідомості підлітків як передумова проявів адитивної поведінки. За допомогою складання списку

характеристик самого себе досліджуваний підліток повинен висловити своє ставлення до даних характеристик, вклавшись у відведений час.

Результати діагностування досліджуваних підлітків за методикою №1 представлені в таблиці 2.2 та на рисунку 2.2 та в таблиці Е.1 Додатка Е.

Таблиця 2.2

Результати діагностування рівня самосвідомості у підлітків за методикою №1 «Хто Я?» (М. Куна та Т. Макпартленда) (чол.) (n=40)

рівні	відповіді
високий	3
середній	17
низький	16
дуже низький	4

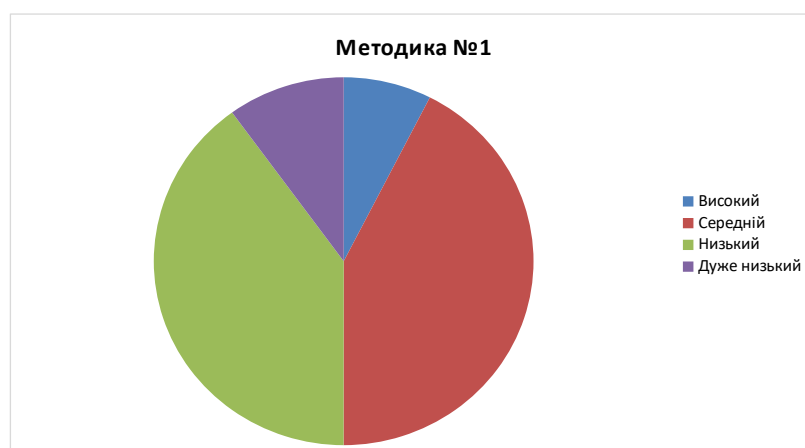


Рис. 2.2. Розподіл балів за методикою №1 (чол.)

За підсумками проведення діагностики та визначення рівнів самосвідомості залежних підлітків на констатувальному етапі дослідження відповіді на запитання методики №1 розподілилися наступним чином:

- з усіх досліджуваних 4 підлітка (10%) не змогли дати відповіді на жодне запитання тесту або дали тільки одну невпевнену відповідь, тобто не справилися із завданням, вони були агресивні, відмовлялися давати відповіді на запитання або не могли зрозуміти зміст завдання, вагалися та не вкладалися з відповіддю навіть на

- кілька запитань у відведений час, ображалися, коли їм намагалися надати допомогу чи ставили прості питання;
- 16 підлітків (40%) з досліджуваних підлітків дали тільки кілька відповідей (від 2 до 6), відповіді були невпевнені, часто була присутня нецензурна лексика, коли загалом було важко розпізнати точну відповідь та дати оцінку цій відповіді, вони були пасивні, відповіді надавали неохоче та плутались із наданням відповіді;
 - решта досліджуваних були більш активними та давали відповіді на запитання, з них 17 (42, 5 %) дали від 9 до 10 відповідей. Дехто робив це неохоче, але вклався у відведений час, вони значною мірою користувалися допомогою, але відповідали менш агресивно та мало користувалися нецензурною лексикою, хоча агресія була присутня. Декілька підлітків агресії не проявляли, але був пасивніші, з допомогою консультанта справився із завданням, хоча й не повною мірою;
 - тільки 3 підлітки (7,5%) без допомоги сторонніх та з меншим ступенем агресії за відведений час справилися із завданням, хоча на всі запитання не відповіли, але значною мірою змогли більш чітко надати собі змістовну характеристику.

Отже, надаючи собі характеристику за методикою №1 «Хто Я?» (М. Куна та Т. Макпартленда) ніхто з досліджуваних не зміг відповісти більше, ніж на 15 запитань з 20 запропонованих.

Результати діагностування досліджуваних підлітків за методикою №2 Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А) представлені в таблиці 2.3 та на рисунку 2.3, а також в таблиці Е.1 у Додатку Е.

Підсумки діагностування за методикою №2 Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А). діагностувався рівень тривожних проявів у залежних підлітків як передумова кризового стану. Питання консультанта та спостереження за досліджуваними виявили результати, які представлені у таблиці 2.4, на рисунку 2.4 та в таблиці Е.1 Додатку Е.

Таблиця 2.3

Результати діагностування рівня тривожності у підлітків за методикою №2 Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А) (чол.) (n=40)

рівні	відповіді
високий	17
середній	20
низький	3

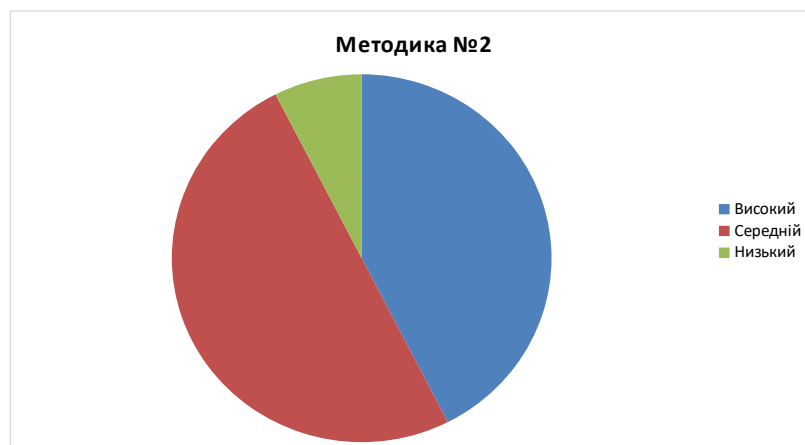


Рис. 2.3. Розподіл балів за методикою №2 (чол.)

Відповіді на поставлені питання та спостереження виявили наступні результати проявів тривожності у досліджуваних підлітків:

- високі рівні тривожності загалом по 14 шкалам методики були виявлені у 17 (42, 5%) досліджуваних підлітків, які загалом мали прояви погіршення пам'яті, проблеми з концентрацією уваги, відчуття напруги та занепокоєності, тремтіння, значний тиск у грудях, які були дуже сильно та сильно виражені, інші прояви були виражені меншою мірою;
- у 20 (50%) досліджуваних також різною мірою були виражені ці прояви, але вони не були систематичними та достатньо виразними, тобто були помірно та слабо виражені;
- у 3 підлітків з групи досліджуваних (7,5%) основні симптоми тривожності були слабо та помірно виражені;

- найвищі показники за підсумками результатів всіх досліджуваних були виявлені за шкалами «Інтелектуальні порушення» 90 балів, «Респіраторні симптоми» 87 балів та «Поведінка при огляді» 85 балів;
- також достатньо високими виявилися показники проявів за шкалами «Депресивний настрій» та «гастроінтестинальні симптоми» по 80 балів та «Сечостатевої симптоми» 81 бал;
- найнижчі показники діагностики були виявлені за шкалами «Страхи» та «Вегетативні симптоми» по 66 та 67 балів відповідно.

Таким чином, проведено констатувальний етап дослідження та діагностування схильності до адаптивної поведінки та наявності кризового стану. Кількісний аналіз засвідчив, що більше ніж половина досліджуваних мають ознаки кризового стану та схильність до адитивної поведінки. Вважаємо, що ці показники є ознакою необхідності проведення профілактичного консультування та повторної діагностики після формульовального етапу дослідження.

3.2. Аналіз результатів ефективності впровадження програми профілактичного консультування залежних підлітків у кризових станах

Враховуючи отримані результати діагностики на констатувальному етапі дослідження, проведено формульовальний етап дослідження та експериментальне *впровадження розробленої програми профілактичного консультування* залежних підлітків в кризовому стані та після закінчення колекційної профілактичної роботи проведена повторна діагностика досліджуваних підлітків для порівняння їх показників до та після проведення експерименту. Загальні результати повторної діагностики досліджуваних підлітків представлено в таблиці Ж.1 у Додатку Ж.

Результати повторного діагностування досліджуваних підлітків за методикою №1 представлені в таблиці 2.4, на рисунку 2.4 та в таблиці Ж.1 Додатка Ж.

Таблиця 2.4

Результати діагностування рівня самосвідомості у підлітків за методикою №1 «Хто Я?» (М. Куна та Т. Макпартленда) після формульовального етапу (чол.) (n=40)

рівні	відповіді
високий	6
середній	21
низький	13
дуже низький	-

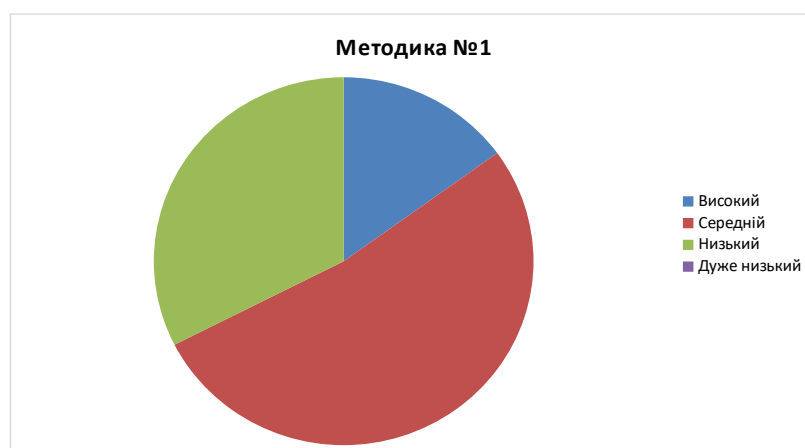


Рис. 2.4. Розподіл балів за методикою №1 після формульовального етапу (чол.)

В результаті повторної діагностики за методикою №1 «Хто Я?» (М. Куна та Т. Макпартленда) виявлено значне покращення результатів досліджуваних. Дуже низького рівня показників не виявлено зовсім. Всі досліджувані відповідали на питання, проявляли активність та не проявляли агресивності. 13 дітей (32,5%) справилися із завданням у відведений час, але не змогли заповнити навіть половину запропонованих характеристик, хоча справлялися із завданням набагато краще, ніж на попередньому етапі, мало користувалися ненормативною лексикою. Достатньо хороші результати показали 6 дітей (15%) досліджуваних, які активно брали участь у виконанні

завдання та не користувалися допомогою. Загалом таких дітей у порівнянні з попереднім етапом стало вдвічі більше. Решта дітей – 21 підліток (52,5%) теж мали непогані результати, але користувалися допомогою та не змогли відповісти більше, ніж на 14 запитань за відведений час, тому мали середні рівні схильності до адаптивної поведінки.

Питання консультанта та спостереження за досліджуваними при повторній діагностиці виявили результати, які представлені у таблиці 2.5, на рисунку 2.5 та в таблиці Ж.1 Додатку Ж.

Таблиця 2.5

Результати діагностування рівня тривожності у підлітків за методикою №2 Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А) після формувального етапу (чол.) (n=40)

рівні	відповіді
високий	9
середній	23
низький	8

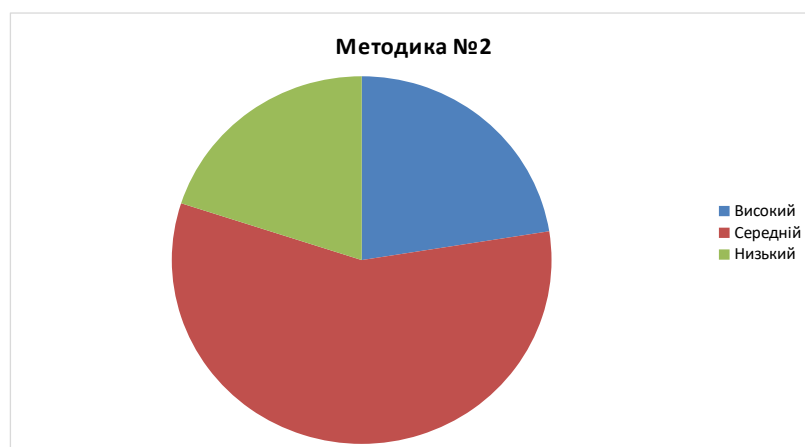


Рис. 2.5. Розподіл балів за методикою №2 після формувального етапу (чол.)

Після проведення роботи з підлітками на формувальному етапі дослідження виявлено значне покращення показників виявів тривожних розладів у досліджуваних підлітків. Вони не виявляли дуже сильно виражених проявів основних симптомів. Хоча 9 (22,5%) досліджуваних мали показники високого рівня тривожності. Ця цифра вдвічі менша, ніж була при

попередньому діагностуванні, але присутня. Одночасно дітей зі слабо вираженими та помірно вираженими симптомами, які мають низькі показники тривожності стало в 2,5 раза більше з 3 (7,5%) досліджуваних на попередньому обстеженні до 8 (20%) – на контрольному етапі дослідження. Середні рівні мають 23 підлітка (57,5%) досліджуваних.

Порівняння показників до та після проведення профілактичної роботи з підлітками експериментальної групи представлено на рисунку 2.6.

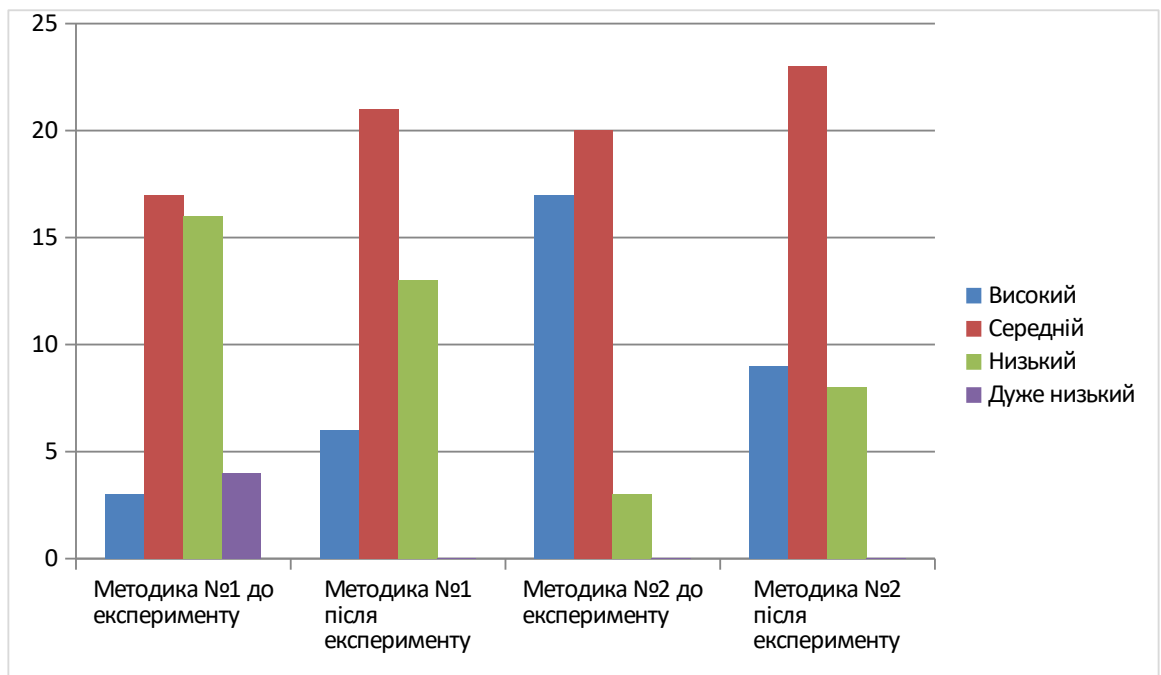


Рис. 2.6. Порівняння показників за двома методиками до та після проведення формувального експерименту

В результаті проведення кореляції нами були виявлені зв'язки між складовими рівнів самосвідомості за методикою №1 та складовими кризового стану – проявами тривожності, напруги та страхів у досліджуваних підлітків, виміряними за методикою № 2: самосвідомість та тривожність ($r_{\text{емп}} = 0,4$; $r_{\text{крит}} = 0,38$ при $p \leq 0,05$), самосвідомість та напруга ($r_{\text{емп}} = 0,32$; $r_{\text{крит}} = 0,3$ при $p \leq 0,01$), самосвідомість та страхи ($r_{\text{емп}} = 0,37$; $r_{\text{крит}} = 0,35$ при $p \leq 0,05$). Таким чином, залежні підлітки у кризовому стані мають відповідно низькі рівні самосвідомості.

Висновки до розділу 3

Таким чином, під час експериментальних досліджень ми підтвердили свої припущення щодо позитивного впливу профілактичного консультування залежних підлітків у кризовому стані. Розроблена програма консультувань та вибір інструментів, які допомогли в його проведенні сприяли створенню позитивної атмосфери при проведенні роботи, ефективним комунікаціям всередині групи підлітків, для чого спеціально були підібрані необхідні засоби у вигляді виконання вправ, що дало додаткові можливості спостереження за групою залежних підлітків та виявлення додаткових ознак та особливостей їх психологічного стану та схильності до афективної поведінки.

Визначені нами етапи експериментальної роботи із залежними підлітками дали змогу поступово, без надмірного тиску здійснювати профілактичну роботу, переходячи від простих завдань до складніших, на кожному етапі маючи змогу здійснювати попередню оцінку проведеної роботи та забезпечити ефективний контакт підлітків з консультантом. Ми змогли в результаті проведеної роботи збільшити вдвічі кількість дітей з високими показниками самосвідомості та знизити показники загальної тривожності досліджуваних, що означає вихід більшості підлітків з кризового стану, в якому вони перебували до проведення консультацій. Показники значно поліпшилися. Математично-статистичний аналіз діагностики дав змогу виявити кореляційні зв'язки між рівнями проявів тривожності у досліджуваних підлітків та рівнями їх самосвідомості.

Тому можливо зробити висновки, що проведення профілактичної роботи із залежними підлітками у кризовому стані за розробленою нами програмою є ефективним засобом подолання залежності у підлітків при здійсненні такої роботи систематично та зважено підходити до можливості залучення до цієї роботи оточення та сім'ї залежних підлітків.

ВИСНОВКИ

У даній роботі здійснено теоретичне та експериментальне дослідження проведення профілактичного консультування із залежними підлітками у кризовому стані. Отримані результати дослідження засвідчили досягнення мети, вирішення поставлених завдань роботи і стали підставою для формулювання висновків.

В результаті теоретичного дослідження визначено основні проблеми залежності підлітків та причини виникнення адитивної поведінки, а також види підліткової залежності. Виявлено, що адиктивна поведінка є формою деструктивної поведінки, коли підліток прагне втекти від реальності змінивши свій психічний стан шляхом приймання певної речовини або постійного звернення уваги на певний об'єкт чи діяльність. Залежна поведінка може мати форми хімічної, сексуальної залежності, порушень харчової поведінки, залежності від азартних ігор, релігійної деструктивної поведінки. Руйнівний характер адиктивної поведінки у тому, що встановлюються емоційні стосунки з неживими предметами чи явищами замість взаємин з іншими людьми. Емоційні стосунки з людьми втрачають свою значущість, стають поверхневими. У результаті адиктивна поведінка із засобу поступово перетворюється на мету.

Схарактеризовано поняття кризового стану людини, визначено причини кризових станів у підлітків та види кризової допомоги. Визначено, що під кризовим станом загалом розуміють особливий стан підлітка, породжений проблемою, що постала перед ним, чого він не може уникнути і тому він не може вирішити за короткий час та звичним способом, що породжено життєвими проблемами, протилежностей або подій, що призвели до викривлення понять про можливості вирішення цих труднощів, зміни відношення до здійснення діяльності та змін у поведінці.

Досліджено теоретичні основи подолання залежності у підлітків засобами профілактичної психологічної допомоги та з'ясовано, що мотивація

до зміни проблемної поведінки – складний і багатофакторний процес, який складається з багатьох етапів та зумовлює використання багатьох інструментів на основі наукових методологічних розробок та з врахуванням, що цей процес додатково ускладнюється віковими особливостями підлітків. Але загалом необхідно підтримувати його позитивну самооцінку, знаючи свої сильні сторони та обмеження, дитині буде легше переходити поетапно до повного звільнення від залежності. Допмагаючи розвивати ці навички, ми допомагаємо підлітку формувати мотивацію до змін.

Проаналізовано особливості психологічного профілактичного консультування залежних особистостей. основою консультування стає спонукання підлітка до ефективної співпраці, тому дуже важливим виявляється шанобливе ставлення до підлітків, яке гарантує якість послуги, впливає на залучення та утримання клієнтів у проєктах профілактики залежностей. Особливо це важливо в моменти, коли необхідно надати консультацію з таких чутливих тем, як сексуальне здоров'я, використання контрацепції, вживання наркотиків, питання насильства або психічного здоров'я. Спираючись на стадії процесу змін, фахівці можуть ефективно допомогти рухатися вперед навіть підліткові, який активно чинить опір змінам.

Здійснено аналіз наявної методології діагностики та профілактики залежності та кризових станів у підлітків із залежністю. В результаті визначено основні етапи та методи здійснення профілактичної роботи із залежними підлітками, яка зумовлює на початкових етапах проведення комплексної діагностики стану дитини для вибору найбільш дієвих інструментів здійснення такої роботи. Вона зумовлює різні підходи та різні етапи проведення профілактики, такі як загальна, вибіркова та профілактика за показаннями, а також первинна, вторинна та третинна, які зумовлюють окремі методи на кожному з етапів.

На основі наявних методологій та вивчення теоретичного матеріалу за проблемою дослідження та на основі наукових досліджень здійснено

розробку програми профілактичного психологічного консультування із залежними підлітками у кризових станах, використовуючи в якості базової п'ятикрокову модель консультативного інтерв'ю для осіб, які знаходяться у кризовому стані (подружжя Айві). Програма профілактичного консультування зумовлює проведення роботи із залежними підлітками в п'ять етапів, кожний з яких є продовженням попереднього та включає можливість оцінки результатів на кожному з етапів та наприкінці роботи. Також передбачено закріплення результатів та використання специфічних інструментів для роботи із залежними підлітками, що повинно враховувати вікові особливості та створення комфортної атмосфери і якісних комунікацій всередині групи, оскільки програма передбачає як індивідуальні, так і групові форми роботи із залежними підлітками.

Проведено емпіричне дослідження впровадження програми профілактичного психологічного консультування із залежними підлітками у кризових станах, яке проводилося за трьома етапами. На констатувальному етапі здійснено попередню діагностику стану досліджуваних за двома методиками: методика Куна – Макпартленда для визначення схильності до адиктивної поведінки, Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А) вимірювання проявів тривожних розладів у дітей та підлітків в кризовому стані. Кількісний аналіз засвідчив, що більше половини досліджуваних мають ознаки кризового стану та схильність до адитивної поведінки. Це стало підставою для проведення профілактичного консультування та повторної діагностики після формувального етапу дослідження.

Визначені нами етапи експериментальної роботи із залежними підлітками дали змогу поступово, без надмірного тиску здійснювати профілактичну роботу, переходячи від простих завдань до складніших, на кожному етапі маючи змогу здійснювати попередню оцінку проведеної роботи та забезпечити ефективний контакт підлітків з консультантом. В результаті проведеної роботи на формувальному етапі дослідження вдалося збільшити вдвічі кількість дітей з високими показниками самосвідомості та

знизити показники загальної тривожності досліджуваних, що означає вихід більшості підлітків з кризового стану, в якому вони перебували до проведення консультацій. Математично-статистичний аналіз діагностики дав змогу виявити кореляційні зв'язки між рівнями проявів тривожності у досліджуваних підлітків та рівнями їх самосвідомості.

Таким чином проведення профілактичного консультування із залежними підлітками у кризовому стані за програмою з використанням поетапного здійснення роботи, переходячи від простіших завдань до складніших та закріплення результату є потужним та ефективним засобом подолання залежності у підлітків при здійсненні такої роботи систематично та зважено, використовуючи також можливості залучення до цієї роботи оточення та сім'ї залежних підлітків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк-Даулинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники. Москва: Психотерапевтический колледж, 1999. 487 с.
2. Балакирев В.П. Отрицательные переживания у детей. *Журнал практического психолога*. 1996. № 1. С. 6-23.
3. Белова Л.А., Сафонова А.Н. Работа с подростками, склонными к аддиктивному поведению: методическое пособие для педагогов-психологов. Майкоп, 2009. 48 с.
4. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании. Самара, 1997. 65 с.
5. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). Москва : МГУ, 1984. 200 с.
6. Василюк Ф. Е. Психологический анализ переживания преодоления критических ситуаций : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук : спец. 19.00.01. Общая психология, история психологи. Москва, 1981. 18 с.
7. Выготский Л. С. Психология. Москва: Изд-во ЭКСМОПресс, 2000. 1008 с.
8. Гоголева А.В. Аддитктивное поведение и его профилактика. Москва: Изд-во Моск.псих.-соц. ин-та, Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК. 2002. 240 с.
9. Дети в кризисных ситуациях: профилактика негативных явлений и социально-психологическая помощь. Серия «Благополучие детей и молодежи. / Ред. : И. Д. Зверева Київ : Наук. світ, 2001. 63 с.
10. Дерево Жизни. Способ работы с группами детей, переживших травмирующую ситуацію. Разработан Нказело Нкубе (Зимбабве) и Дэвидом Денборо (Австралия). 2009.
URL: <https://narrlibrus.wordpress.com/2009/01/18/tree-of-life/> (дата звернення: 28.11.2021).

11. Заїка В. М. Динамічна модель особистісних трансформацій в умовах подолання кризових станів особистості. *Соціальна психологія*. 2009. № 1. С. 69-76.
12. Заняття психолога з підлітками / Упоряд. Т. Гончаренко. Київ: Вид. дім «Шкільний світ», 2006. 120 с.
13. Загайнов Р.М. Психолого-педагогические основы преодоления кризисных ситуаций: Автореф. докт. дис. С-Петербург, 1992. 40 с.
14. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
15. Змановская Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений. 2-е изд., испр. Москва: Издательский центр «Академия», 2004. 288 с.
16. Козлов В. В. Социальная работа с кризисной личностью. Метод. Пособие. Ярославль, 1999. 238 с.
17. Криворучко П. П. Основи психологічної допомоги : навч. посіб. / П. П. Криворучко, О. Ф. Хмеляр ; Нац. акад. оборони України. Київ, 2009. 215 с.
18. Леонова Л. Г., Бочкарева Н. Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Новосибирск, 1998. 41 с.
19. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). Ленинград: Медицина, 1979. 416 с.
20. Личко А.Е. Психотерапия при психопатиях у подростков. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. С-Петербург: Медицина, 1985. С. 484 – 513.
21. Личко А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков: *Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования*. Ленинград. 1990. С. 75-82.
22. Марценюк М.О. Особливості переживання криз і методи надання психологічної допомоги дітям у кризових ситуаціях. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Випуск 30. С. 381-397.

23. Максимова Н.Ю. Психологічна діагностика схильності до афективної поведінки. *Врачебное дело*, 2017. №7. С. 162-167.
24. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. Навчальний посібник. Київ: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2002. 308 с.
25. Максимова Н.Ю., Милютіна Е.Л. Курс лекцій по детскої патопсихології: Учебное пособие. Ростов на Дону: Феникс, 2000. 576 с.
26. Менделевич В.Д. Психологія девиантного поведіння: Учебн. Пособ. Москва: МЕДпресс. 2001. 432 с.
27. Найкращі практики роботи з підлітками: методичний посібник / І.О. Нерубаєва, А.П. Павловський, А.В. Шебардіна. Київ, 2020. 180 с.
28. Никадров В.В. Вербально-комунікативні методи в психології / В.В Никадров. С-Петербург: Издательство «Речь», 2002. 72 с.
29. Особистість в умовах кризових викликів сучасності: Матеріали методологічного семінару НАПН України (24 березня 2016 року) / За ред. академіка НАПН України С.Д. Максименка. Київ, 2016. 629 с.
30. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ , 2012. 275 с.
31. Психогігієна: українсько-російський тлумачний словник / В.О. Коробчанський, М.А. Лісова. Харків. ВПП. «Контраст». 2008. 292 с.
32. Пугачов Д.Л. психологічні особливості формування образу «Я» комп'ютерно-залежними молодшими підлітками: дис..канд. психолог. наук. 10.00.05 – соціальна психологія. Київ, 2020. 262 с.
33. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. 84 с.
34. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. Москва, 1994. 320 с.

35. Романовська Д., Собкова С. Робота з підлітками, схильними до суїциду. *Психолог*. 2006. № 15 (207). С. 26- 29.
36. Сабат Н. Профілактика суїцидальної поведінки серед підлітків. *Соціальний педагог*. 2007. № 11. С. 35-37.
37. Сафонова Л. В. Содержание и методика психосоциальной работы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений. Москва : Изд. центр «Академия», 2006. 224 с.
38. Санникова О. П. Психологический портрет кризисной личности. *Вісник Харківського університету*. Серія: Психологія, 2000. № 498. С. 115-121.
39. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди детей и подростков. Москва: Фонд «Система профилактических программ», 2003. 98 с.
40. Степанов О.М. Психологічна енциклопедія / О.М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. 426 с.
41. Тест «Кто Я» Тест Куна - Макпартленда «Кто Я» (Модификация Т.В. Румянцевой).
- URL: <https://nsportal.ru/shkola/psikhologiya/library/2020/01/12/test-kuna-makpartlenda-kto-ya-modifikatsiya-t-v-rumyantsevoy> (дата звернення: 28.11.2021).
42. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування / Т. М. Титаренко. Київ : Главник, 2004. 96 с.
43. Титаренко Т. М. Життєві кризи: технології консультування : навч. посіб. Ч. 1. Київ : Главник, 2007. 144 с.
44. Туманова Е.Н. Помощь подростку в кризисной ситуации жизни: учебное пособие. 2002. 69 с.
45. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов, Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Москва: Изд-во Института Психотерапии. 2002. 544 с.

46. Фурман Б. Навыки ребенка в действии. Как помочь детям преодолеть психологические проблемы. Москва: Альпина нон-фикшн, 2013. 71 с.
URL:<http://psychologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2019/10/biblioteka/file81.pdf>
(дата звернення: 28.11.2021).
47. Цільмак О.М. Психологічне консультування: лекційний матеріал для здобувачів вищої освіти. Одеса, 2020. 319 с.
48. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів : навч. посіб. Київ : Здоров'я, 2005. 120 с.
49. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T) (дата звернення: 28.11 2021).
50. Bandura A. (1986). Observational learning. In A. Bandura (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (pp. 169-195).
51. Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol. 6. Six theories of child development (pp. 1-60).
52. Bandura A. (2016). The power of observational learning through social modeling. In R. Stenberg, S.T. Fiske, D.J Foss (Eds.). *Scientists making a difference* (pp. 235-239).
53. Bleuler M. Chronicity or chronification among our schizophrenics. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*. 1980. Vol. 126, N 2. P. 245-253.
54. Caplan G. Emotional crises. *The encyclopedia of mental health*. N.Y., 1963. vol. 2. P. 521-532.
55. Evers, K. E., Prochaska, J. O., Johnson, J. L., Mauriello, L. M., Padula, J. A., & Prochaska, J. M. (2006). A randomized clinical trial of a population and transtheoretical model-based stress-management intervention. *Health Psychology*, 25, 521–529.

56. Johnson, S. S., Driskell, M. M., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M., et al. (2006). Transtheoretical model intervention for adherence to lipid-lowering drugs. *Disease Management*, 9, 102–114.

57. Kvale S. *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Researches Interviewing* / Kvale S., Brinkman S. – SAGE publication Inc, 2009. 376 p

58. Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S. *Hardiness and Health: A Prospective Study*// *J. Pers. and Soc. Psychol.* 1982. V. 42. № 1.

59. PubMedCrossRefGoogle Scholar Hall, K. L., & Rossi, J. S. (2008). Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Preventive Medicine*, 46, 266–274.

60. PubMedCrossRefGoogle Scholar Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992b). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.

61. Prochaska, J. O., Wright, J. A., & Velicer, W. F. (2008). Evaluating theories of health behavior change: A hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model. *Applied Psychology: An International Review*, 57(4), 561–588.

62. Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

63. WHAT IS KIDS'SKILLS? URL: <https://www.kidsskills.org> (дата звернення: 27.11.2021).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Приклади інструментів при проведенні психологічної роботи з підлітками (етап встановлення контакту)



Цю вправу можна виконати, якщо знайомство учасників відбувається у групі.

Учасники сідають у коло. Кожному учасникові необхідно описати себе усно від імені третьої особи. Наприклад: *«Ніна – невисока дівчина 14 років. У неї темне волосся, зелені очі. Вона носить окуляри»*. Після короткого опису зовнішності необхідно перейти до опису рис характеру. Інші учасники групи можуть ставити запитання, спрямовані на уточнення деталей, але також запитуючи про третю особу.

Ведучому необхідно керувати процедурою самоопису та постановки запитань. Запитання мають бути по суті, відображати зацікавленість у людині й мати на меті отримання додаткової інформації.

ДОДАТОК Б

Приклади інструментів при проведенні психологічної роботи з підлітками (етап визначення потреб та оцінка стану)



Екстерналізація може стати основою інтерв'ю з опорою на сильні сторони. З одного боку, вона дозволяє підлітку відсторонитися від проблеми, простежити історію проблеми ніби збоку, виявити «союзників» проблеми, супутні труднощі, оцінити ступінь впливу проблеми на життя, а з іншого боку, визнати зусилля людини для розв'язання своїх проблем, досліджувати ресурси та можливості підлітка

в аспекті впливу на цю проблему та формулювання мрій і сподівань щодо життя без проблеми.

Екстерналізація починається з того, що підліток називає проблему, спираючись на свій життєвий досвід. Цьому можуть допомогти такі запитання:

- *Що привело тебе до нас? Як можна було б назвати цю проблему? Чому це є проблемою для тебе і твоїх близьких? Як можна було б описати проблему?*
- *Як і коли це стало для тебе проблемою? За яких обставин (історія життя з проблемою)?*
- *Де й коли (в яких контекстах: будинок, літо, осінь, гості, ранок, вечір, коли втомився та ін.) проблема стає гострішою, а де – слабшою?*
- *Чи є в неї проблеми-супутники (ті, які підтримують проблему)?*
- *Хто або що сприяє тому, що проблема стає гострішою? А що сприяє тому, що вона слабшає?*

Наприклад, якщо оцінка проводиться з підлітком, котрий скоїв правопорушення, проблема може називатися «порушення закону». За допомогою наведених запитань ми можемо простежити те, коли «порушення закону» з'явилися в житті підлітка, що або хто на це вплинув. Ми можемо виділити фактори, які сприяють «порушенням закону», наприклад, поганий настрій, образи на інших, друзі, які підтримують «порушення закону», тощо. Може виявитися, що «порушення закону» загострюються під час конфліктів з батьками і слабшають, коли в стосунках з ними все добре.

Після того як проблему визначено, можна починати проводити оцінку впливу проблеми на життя підлітка. Цьому можуть допомогти такі запитання:

- *Як проблема впливає на тебе і членів твоєї сім'ї?*
- *На які сфери життя проблема впливає більше, а на які – менше (уявлення про себе, навчання, робота, стосунки з близькими, улюблені заняття)?*
- *Наскільки глибоко проблема проникла у твоє життя, життя твоїх близьких?*
- *Які уявлення про майбутнє диктує проблема? Як вона впливає на мрії, надії, цінності?*

Але не тільки проблеми впливають на людину, а й людина впливає на проблеми.

Оцінка того, як людина впливає на проблеми, дозволяє визнати значущість її попередніх зусиль, підтримати її здатність впливати на своє життя. Оцінити зворотний вплив дозволять такі запитання:

- *Чи бувають моменти, коли проблема слабшає або зникає? Що відбувається в ці моменти? Як виглядає життя, коли проблеми немає?*
- *Що члени сім'ї намагалися робити з проблемою? Що з цього спрацювало?*

Можна також запитати про те, куди звертався підліток по допомогу, та оцінити корисність цих дій. Це дозволить при складанні плану врахувати попередній досвід, робити більше з того, що працює, і не повторювати того, що не працювало в минулому. Ось деякі запитання, що дозволяють це прояснити:

- *Чи звертався ти по допомогу раніше? Де? До яких організацій? До яких фахівців?*
- *Що було корисним для тебе та твоєї сім'ї при роботі з фахівцями, а що – ні?*
- *Які способи роботи принесли користь, а які – ні?*

Після цього важливо допомогти підліткові оцінити вплив проблеми на його життя, поставити запитання щодо обґрунтування оцінки, обговорити опис кращого майбутнього. Це допоможе створити й підтримати мотивацію до змін.

Але перш ніж ставити запитання для оцінки наслідків, бажано узагальнено повторити найголовніше з попередньої розмови:

- *Чи влаштовує тебе те, як проблема впливає на твоє життя? Як ти ставишся до того, що відбувається? Що в цьому хорошого, а що – поганого?*
- *Чому тобі це подобається чи не подобається? (Запитуємо в будь-якому випадку: і коли влаштовує, і коли не влаштовує). Чому ти саме так ставишся до того, що відбувається? Чому ти займаєш саме цю позицію?*

ДОДАТОК В

П'ятикрокова модель консультативного інтерв'ю

Назва кроку	Ключові слова	Мета	Результат	Зміст
1. Взаєморозуміння / структурування.	Привіт!	Встановлення психологічного контакту з клієнтом, формування психологічно комфортної довірчої атмосфери міжособистісної взаємодії	Формування у клієнта відчуття безпеки	Фахівець пояснює можливості діагностичного та консультативного процесу у вирішенні психологічних проблем клієнта. Відбувається попереднє роз'яснення цілей консультування, його структури і засобів допомоги. Клієнт отримує інформацію про психолога (психотерапевта), його кваліфікацію та професійний досвід.
2. Окреслення проблеми	«У чому полягає Ваша проблема?»	Окреслення найбільш значущих, ключових психологічних проблем клієнта	Визначається проблема, вирішенню якої будуть присвячені зустрічі клієнта з психологом / психотерапевтом	Фахівець вислуховує виклад проблем клієнтом; допомагає йому чітко сформулювати найбільш актуальну проблему; допомагає визначити конкретну мету своєї взаємодії із психологом. На цьому етапі клієнти говорять в основному про труднощі, тому корисно знати сильні риси характеру клієнта. У клієнта з'являється можливість порівняти свої проблеми з минулими і теперішніми успіхами
3. Бажаний результат	«Що Ви хочете отримати в результаті бесід із психологом?»	Виявити мету, або бажаний результат консультування. По суті, необхідно прояснити, що хоче клієнт від консультації.	Визначення того, що станеться, коли проблеми клієнта будуть вирішені. Визначення життєвих перспектив, побудова планів як далеких, так і ближніх цілей життя клієнта	Іноді чітке промовляння мети, усвідомлення власної життєвої перспективи може стати першим кроком до змін. У цьому випадку психологічна допомога може обмежитися наданням клієнтові емоційної підтримки і стимуляцією його творчих здібностей, адаптивних і компенсаторних можливостей.
4. Напрацювання альтернативних рішень	«Що, окрім бажаного для Вас результату, ми можемо з Вами зробити?»	Допомогти клієнту виробити якомога більше стратегій поведінки. Оцінити реальні умови і можливості досягнення бажаного результату	Формування діапазону можливих рішень актуальної психологічної проблеми	Допомогти клієнту вийти з глухого кута, подолати ригідність сприйняття і мислення, що носить при психологічних утрудненнях характер алгоритму, жорсткої заданої схеми, від якої клієнт не може відступити. Розширити рольовий репертуар, який передбачає засвоєння широкого діапазону соціальних ролей з метою вироблення найбільш адекватної, конструктивної та ефективної у даній ситуації поведінки
5. Узагальнення	«Що саме Ви будете робити і яким чином?»	Визначити шляхи подальшого самостійного вирішення клієнтом своїх життєвих проблем	Оцінка того, наскільки консультування реально змінило поведінку клієнта і його життєву ситуацію	На цій стадії психолог може використовувати будь-які методи і техніки: парадоксальні директиви, домашні завдання, розмови з клієнтом по телефону, складання плану зміни поведінки.

ДОДАТОК Г

Бланк методики Т. Куна і Т. Макпартленда «Хто я?»

Інструкція. Протягом 12 хвилин дайте 20 відповідей на запитання: «Хто я такий?». Відповіді варто давати у тому порядку, у якому вони спонтанно виникають. Постарайтеся дати якомога більше відповідей. Кожну нову відповідь починайте з нового рядка (залишаючи деяке місце від лівого краю аркуша). Ви можете відповідати так, як вам хочеться, фіксувати всі відповіді, що приходять до вас в голову, оскільки в цьому завданні немає правильних або неправильних відповідей. Також важливо помічати, які емоційні реакції виникають у вас в ході виконання даного завдання, наскільки важко чи легко вам було відповідати на це запитання».

Потім оцініть кожную свою якість як позитивну (+), негативну (-), неоднозначну (\pm), або поставте знак того, що ви утруднюєтеся в оцінці (?).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

ДОДАТОК Д

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

Симптоми	Відсутні	Слабо виражені	Помірно виражені	Сильно виражені	Дуже сильно виражені
1. Тривожний настрій (заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	0	1	2	3	4
2. Напруга (відчуття напруги, здригання, легко виникає плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)	0	1	2	3	4
3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)	0	1	2	3	4
4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни)	0	1	2	3	4
5. Інтелектуальні порушення (складнощі концентрації уваги, погіршення пам'яті)	0	1	2	3	4
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів, почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)	0	1	2	3	4
7. Соматичні м'язові симптоми (біль, напруга, клонічні судоми, скрипіння зубами, зривається голос, підвищений м'язовий тонус)	0	1	2	3	4
8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)	0	1	2	3	4
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	0	1	2	3	4
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання)	0	1	2	3	4
11. Гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запори, зниження ваги тіла)	0	1	2	3	4
12. Сечостатеві симптоми (часте сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	0	1	2	3	4
13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі із відчуттям напруги)	0	1	2	3	4
14. Поведінка при огляді (непосидючість, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини)	0	1	2	3	4

ДОДАТОК Е

Таблиця Е.1

Таблиця зведених емпіричних даних дослідження психологічних особливостей залежних підлітків до проведення профілактичної консультації

№	Методика №1	Методика №2														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Всього
1	3	3	0	0	3	1	0	0	4	1	4	4	1	2	0	23
2	3	3	0	2	4	2	4	4	1	1	0	2	0	2	2	27
3	9	0	1	0	2	2	1	0	2	2	3	0	1	0	4	18
4	11	0	0	0	1	3	1	3	3	2	2	0	2	1	0	18
5	6	4	2	0	1	2	1	0	2	1	1	4	3	3	1	25
6	1	0	1	3	1	4	4	1	0	1	4	3	3	3	4	32
7	5	3	0	1	3	3	4	2	1	1	1	1	2	0	4	26
8	15	1	1	1	1	1	2	2	0	1	2	0	0	0	0	12
9	2	2	3	4	2	1	0	4	1	0	3	3	1	1	0	25
10	1	1	4	1	1	4	2	4	4	3	2	1	0	3	2	32
11	11	3	3	1	0	0	3	1	1	0	2	1	3	0	4	22
12	5	4	3	4	0	4	2	1	2	0	3	0	1	0	3	27
13	11	0	1	3	1	4	2	1	3	3	0	3	0	3	2	26
14	6	0	3	0	1	0	3	4	0	0	4	1	1	4	4	25
15	9	2	1	1	0	1	1	0	0	2	4	3	2	2	2	21
16	10	0	1	2	4	1	0	4	0	2	0	4	4	0	1	23
17	0	1	2	1	3	3	0	1	4	3	4	2	2	2	3	31
18	6	2	2	1	1	1	2	1	0	4	2	4	3	2	4	29
19	10	2	3	1	0	4	0	1	1	2	3	0	2	0	2	21
20	6	4	4	4	1	0	1	1	0	1	2	2	2	2	1	25
21	15	1	1	1	1	2	2	2	0	1	3	0	0	0	0	14
22	4	0	1	3	1	1	4	3	0	4	3	1	3	3	1	28
23	11	2	3	0	0	1	4	0	0	2	1	2	2	2	1	20
24	0	3	1	1	4	2	3	1	2	3	1	4	3	0	3	31
25	10	0	3	2	0	4	1	0	2	2	1	2	1	0	1	19

ДОДАТОК Ж

Таблиця Ж.1

Таблиця зведених емпіричних даних дослідження психологічних особливостей залежних підлітків після проведення профілактичної консультації

№ п/п	Методика №1	Методика №2														
	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	всього
1	3	3	0	0	3	1	0	0	4	1	4	4	1	2	0	23
2	15	0	0	2	0	2	0	2	1	1	0	2	0	2	2	14
3	9	0	1	0	2	2	1	0	2	2	3	0	1	0	4	18
4	11	0	0	0	1	3	1	3	3	2	2	0	2	1	0	18
5	6	4	2	0	1	2	1	0	2	1	1	4	3	3	1	25
6	6	3	3	1	0	0	3	1	1	0	2	1	3	0	4	22
7	5	3	0	1	3	3	4	2	1	1	1	1	2	0	4	26
8	18	1	1	1	1	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	10
9	8	2	3	0	1	1	0	0	1	0	1	3	1	1	2	16
10	4	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	21
11	11	3	3	1	0	0	3	1	1	0	2	1	3	0	4	22
12	16	0	3	0	0	0	2	1	2	0	3	0	1	0	3	15
13	11	0	1	3	1	4	2	1	3	3	0	3	0	3	2	26
14	6	0	3	0	1	0	3	4	0	0	4	1	1	4	4	25
15	9	2	1	1	0	1	1	0	0	2	4	3	2	2	2	21
16	10	0	1	2	4	1	0	4	0	2	0	4	4	0	1	23
17	5	1	2	1	2	2	0	1	4	3	4	2	2	2	3	29
18	6	2	2	1	1	1	2	1	0	4	2	4	3	2	4	29
19	10	2	3	1	0	4	0	1	1	2	3	0	2	0	2	21
20	6	4	4	4	1	0	1	1	0	1	2	2	2	2	1	25
21	18	1	1	1	1	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	10
22	9	2	1	1	0	1	1	0	0	2	4	3	2	2	2	21
23	11	2	3	0	0	1	4	0	0	2	1	2	2	2	1	20
24	8	3	1	1	4	2	3	1	2	3	1	2	0	0	3	27
25	10	0	3	2	0	4	1	0	2	2	1	2	1	0	1	19

