

**Міністерство освіти і науки України**  
**ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ**  
**УНІВЕРСИТЕТ»**

Факультет наук про здоров'я  
Кафедра психології та психотерапії

**Магістерська робота**

на тему: «Особистісні кореляти схильності до хімічної залежності у чоловіків».

**Виконала: студентка 6 курсу групи ЗПП19/М,**  
**спеціальності 053 Психологія,**  
**освітньої програми «Клінічна психологія з основами ПДТ»**

**Саврук О. Ю.**

**Керівник: доц. Миколайчук М.І.**

**Рецензент: \_\_\_\_\_**

**Львів – 2021**

## ЗМІСТ

<b>Вступ</b>	3
<b>Розділ 1. Теоретичні засади дослідження особистісних характеристик схильності до хімічної залежності.</b>	
1.1. Поняття хімічної залежності та біопсихосоціальна модель її виникнення.	7
1.2. Огляд психодинамічних теорій схильності до хімічної залежності.	18
1.3. Особистісні кореляти схильності до хімічної залежності у сучасних наукових дослідженнях.	25
<b>Розділ 2. Розділ 2. Методологічні засади дослідження особистісних корелят схильності до хімічної залежності</b>	
2.1. Особливості групи досліджуваних та реабілітаційної програми РЦ «Назарет»	34
2.2. Характеристика методик оцінки особистісних особливостей	39
<b>Розділ 3. Результати емпіричного дослідження особистісних корелят схильності до хімічної залежності у чоловіків</b>	
3.1 Розподіл особистісних особливостей у досліджуваній групі	48
3.2. Виявлення відмінностей особистісних характеристик чоловіків з хімічною залежністю відповідно до етапу реабілітації та виду хімічної залежності.	50
3.3. Виявлення зв'язків між особистісними рисами, показниками Я-концепції та показниками особистісної зрілості.	55
3.4. Виявлення особистісних корелят, які найбільше детермінують схильність до хімічної залежності.	59
Висновки	63
Список використаної літератури	67

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Багато психотерапевтів, лікарів, науковців, які працюють з людьми узалежненими від хімічних речовин пробують знайти відповідь на питання про те, який чинник визначає, що в особи розвивається залежність? Динаміка узалежнень від хімічних речовин вимагає не тільки постійного спостереження, але і проведення досліджень, які б визначали найважливіші кореляти та детермінанти у біопсихосоціальной сфері, які формують схильність до узалежнення від хімічних речовин.

Україна посідає 4 місце в світі за смертністю спричиненою вживанням алкоголю, згідно дослідження вчених Університету Вашингтонської школи медицини (в дослідженні взяли участь 28 мільйонів людей із 195 країн світу). Українки на першому місці в світі за кількістю спожитого спиртного (42 гр спирту на день), чоловіки займають п'яте місце в рейтингу (70 гр. спирту), а також перше місце в світі за рівнем дитячого алкоголізму. Згідно статистичних даних в Україні на обліку стоїть близько 1 млн. залежних осіб, це ті, які переважно примусово потрапляють в медичні заклади, бо хочуть позбутися симптомів стану відміни ПАР [1].

Проблемою також є звернення до наркотичних речовин осіб підліткового віку. За даними дослідження серед підлітків віком від 14 до 17 років, 18% мали досвід вживання наркотиків. 18,3% склали дівчата, та 16,6% хлопці. На сьогоднішній день наркотики вживають 6 млн. осіб і 48% з них залучені до злочинної діяльності [2].

Згідно досліджень, вживання психоактивних речовин (ПАР) є провідним фактором ризику втрати працездатності, здоров'я та загрозою смерті, оскільки залежність від хімічних речовин є первинним, хронічним і смертельним захворюванням. Вживання речовин, що змінюють свідомість негативно впливає

на всі сфери життєдіяльності людини: духовну, фізичну, соціальну. Зрозуміти причину і виявити фактори узалежнення дуже важко, бо для деякого узалежнення є втечею від важкого життя, а для іншого пошук задоволення і швидка винагорода.

З огляду на вище сказане, важливим є розроблення державної програми для попередження і боротьби з алкоголізмом і наркоманією, а також підтримки реабілітаційних центрів, популяризацію програм реабілітації від хімічної залежності, скеровування на реабілітацію правопорушників, відкриття безкоштовних центрів для соціально незахищених прошарків населення.

Нажаль вчені різних напрямків, які досліджують причини виникнення залежності не можуть прийти до однієї думки, так як чинників формування хвороби багато. Ми хочемо в роботі зупинитися на виявленні особистісних корелятивів в осіб з залежністю. Актуальність проблематики та її прикладний аспект (запровадження рекомендацій у реабілітаційній програмі особам з певними характеристиками особистісних портретів, можливість прослідкувати динаміку особистісних рис в процесі проходження психосоціальної реабілітації та опосередковано перевірити ефективність реабілітаційної програми у РЦ «Назарет»), зумовили вибір теми дослідження.

**Об'єктом дослідження** є психологічні чинники схильності до хімічної залежності.

**Предмет дослідження:** особистісні кореляти схильності до хімічної залежності.

**Мета роботи:** виявлення індивідуально-психологічних особливостей осіб з алко- та наркозалежністю, на різних етапах проведення психосоціальної реабілітації.

Для досягнення поставленої мети і підтвердження або спростування гіпотез було поставлено наступні завдання:

1. Проаналізувати теоретичні засади щодо розуміння поняття «схильності» та дослідити біопсихосоціальну модель хвороби.

2. Оглянути психодинамічні підходи щодо формування схильності до хімічної залежності.
3. Проаналізувати особистісні кореляти схильності до хімічної залежності у сучасних наукових дослідженнях та розробити теоретичну модель можливого впливу особистісних чинників.
4. Обґрунтувати методичні засади дослідження особистісних корелятів до хімічної залежності та підібрати методики для їх аналізу.
5. Порівняти особливості особистості нарко- і алкозалежних.
6. Порівняти особистісні кореляти залежних чоловіків на різних етапах реабілітації.
7. Виділити психологічні чинники, які впливають на схильність до виду хімічної залежності
8. Впровадити результати досліджень у реабілітаційну програму шляхом проведення мотиваційних лекцій для працівників реабілітаційного центру та реабілітантів по результатах дослідження.

#### **Гіпотези дослідження.**

1. Існує відмінність особистісних характеристик осіб з хімічною залежністю відповідно до етапу реабілітації та виду хімічної залежності.
2. В осіб з хімічною залежністю існує взаємозв'язок між особистісними рисами, показниками Я-концепції та показниками особистісної зрілості.
3. Особистісні риси найбільше визначатимуть схильність до хімічної залежності.

В дослідженні використані наступні методики та опитувальники:

1. Фрйбургський багатофакторний особистісний опитувальник FPI (Й. Фаренберг, Х. Зелг, Р. Гампел; 1963), який складається із 12 шкал і характеризує особистість з різних сторін. Адаптований Луценко О.Л [3].
2. Проективна методика «Hand-test» (Э. Вагнер, З. Пиотровский, Б. Бриклин), застосовується для глибинного дослідження особистості, може

валідно прогнозувати схильність до відкритої агресивної поведінки. Адаптований Т.Н.Курбатовой [4].

3. Методика діагностики особистісної зрілості (В.А.Руженков, В.В.Руженкова, И.С.Лукянцева) вимірює відповідальність, терпимість, самоактуалізацію, позитивне мислення і самостійність, які складають рівень розвитку особистісної зрілості [5].
4. Індекс ясності Я-концепції (SCC), розроблена Кемпбелом Д.[6].
5. Короткий індекс самоактуалізації (SI). Методика є скороченою версією «Опитувальника особистісної орієнтації» (POI), її розробниками є Джоунс і Крендалл (1986) [6].

Обробка результатів проводилася за допомогою методів програми STATISTICA 8.0., задіюючи порівняльний, кореляційний та дискримінантний аналіз. Дослідження проводилося на база реабілітаційного центру «Назарет» при РО «Карітас» Дрогобицько-Самбірської Єпархії УГКЦ.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СХИЛЬНОСТІ ДО ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ.

#### 1.1 Поняття хімічної залежності та біопсихосоціальна модель її виникнення.

З проблемою залежності від психоактивних (ПАР) або хімічних речовин людство зіштовхнулося ще у минулому столітті і була це алкогольна залежність. Державою вводилися різні санкції для боротьби з алкоголізмом, було оголошено так званий «сухий закон», заборону на виробництво самогону. У 80-х роках з'являється ще одна проблема – наркоманія. Держава Україна переживає важкі часи встановлення самостійності і суверенності. На той час, коли в Польщі починає функціонувати перший Монар, (реабілітаційний центр, який функціонує за принципом терапевтичної спільноти), в Україні повна розруха, залежні мають дати собі раду самі або померти. В цей час особи могли звернути ся по допомогу до психіатра-нарколога, але зважаючи на стигму радянською владою психіатрії і це поготів. Початок 21 століття – «ера нових залежностей», залежностей біхевіоральних або від поведінки (ігроманія, сексоголізм, шопоголізм, інтернет- залежність і т.д.).

В останнє десятиліття ситуація загострилася, адже споживачами хімічних речовин стають особи підліткового віку, змінюються способи їх прийому, виробляються синтетичні наркотики, що призводить до їх дешевизни і одночасно до низької якості, наркотичні речовини стали доступніші завдяки новітнім технологіям, інтернету, можна купити їх швидше аніж алкоголь. Це однозначно становить загрозу для нації в цілому і для окремої особистості зокрема.

Феномен залежності найчастіше пов'язують з вживанням хімічних речовин, хоча останнім часом все більше людей звертається в реабілітаційні центри з поведінковими залежностями. В даній роботі нас цікавить хімічна залежність, як неконтрольоване вживання алкоголю, наркотичних засобів, медичних препаратів, тобто будь-якої речовини, що змінює відомість, збільшує адаптивні можливості, компенсує брак соціально-психологічної адаптації. При аналізі літератури ми виявили ще декілька трактувань поняття «хімічної залежність».

Хімічна залежність - це хвороба, згідно положення Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке прийняте у 1956 році. Хімічна залежність – це первинне, прогресуюче, хронічне, смертельне захворювання, яке характеризується втратою контролю та можливістю ремісії [7]. Залежність є певною формою рабства, коли людина не належить собі, вона обмежує її можливості. Ця хвороба не дискримінує, вражає молодих і старих, багатих і бідних, освічених і без освіти. Те, що людина хвора, не означає, що у неї слабка воля. Хімічна залежність – це хвороба заперечення та рецидивів. Хворобу заперечує не тільки хворий, а й близьке оточення. Поряд із терміном «хімічна залежність» вживається термін «адиктивна поведінка», як одна із форм девіантної (такої, яка не відповідає загальноприйнятим нормам у суспільстві) поведінки, яка характеризується відходом від реальності за допомогою психоактивних речовин.

Залежність — це «більше, ніж поведінковий розлад. Залежність включає особливості поведінки, когнітивної функції, емоційного стану та взаємодії з іншими, зокрема здатності особи взаємодіяти із членами сім'ї, людьми з її оточення, впливати на свій психологічний стан та на речі, які виходять за межі її повсякденного досвіду» [8, с.30]

Тезою Stantonа Peele є те що, причиною узалежнення є не речовина, а особистий досвід особистості в контакті з нею (Peele, 1975). Roman



Potianowski каже, що залежність – це досвід, який особа отримує зі звичної реакції на щось, що важливе, без чого не може існувати [9]. Перший клінічний опис механізму узалежнення зробив експерт у цій галузі Griffith Edwards (1986), працюючи виключно із залежними від алкоголю. Однак швидко виявилось, що виявлені механізми і риси можна віднести до інших хімічних речовин. Edwards і співавтори зауважили, що узалеженні від алкоголю мають схожі симптоми, до яких належить: сильне бажання випити, ріст толерантності, абстинентний синдром [8].

З 1999 р. в Україні офіційно запроваджено міжнародний класифікатор хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Новіша версія МКХ-11 буде запроваджено з січня 2022 року. Згідно нього, усі види залежностей від психоактивних речовин кодують у рамках діагностичного модуля F10 — F19, що об'єднує «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин». Згідно МКХ-10 до ПАР належать: алкоголь, опіоїди, канабіоїди, седативні чи снодійні засоби, кокаїн, кофеїн, галюциногени, тютюн, летючі розчинники, складні лікарські засоби та інші психоактивні речовини. Ці речовини мають здатність впливати на центральну нервову систему, зокрема на ділянку мозку, яка відповідає за відчуття задоволення [8].

Клінічні діагностичні критерії, згідно яких встановлюється діагноз «Розлад, пов'язаний з уживанням психоактивної речовини», можуть виконуватися для будь якого класу речовин (наявність двох критеріїв свідчить про розлад):

1. сильна потреба або необхідність прийняти речовину;
2. порушення спроможності контролювати прийом речовини;
3. ознаки толерантності — збільшення дози речовини, необхідної для досягнення ефекту сп'яніння;
4. прогресуюче забуття альтернативних інтересів на користь вжитку речовини;

5. поява абстинентного стану, що виникає, коли прийом психоактивної речовини зменшити або припинити;
6. продовження вжитку речовини, незважаючи на очевидні шкідливі наслідки;
7. витрачання багато часу для того аби роздобути речовину, приховати наслідки вживання [10].

Проблемами, які пов'язані із вживанням хімічних речовин займаються політики і соціологи, бо це проблема суспільна. Також займаються вивченням хвороби психологи, педагоги, терапевти, так як у формуванні схильності до хвороби беруть особистісні чинники особистості. Так як частина ПАР є нелегальною, то задіяні в цій сфері досліджень також працівники правопорядку, бо часто вживання супроводжується насиллям відносно інших людей, злочинною діяльністю. Отже, питанням впливу на організм наркотику, цікавляться нейрофізіологи, фармацевти, медики, бо це проблема також медична. Тобто залежність – це хвороба мультифакторна, біопсихосоціальна, шкодить функціонуванню людини на фізичному, психічному, соціальному і духовному рівнях.

Так як хімічна залежність є мультифакторним захворюванням, тобто зумовленим поєднанням різних чинників, то для багатofакторних захворювань запропоновано термін «схильність». Схильністю є потяг, прагнення до якої-небудь діяльності, бажання чогось, наявність фізичних умов до розвитку якої-небудь якості, стану, любов до чого-небудь (залежність часто називають любов'ю на все життя, з якою не може зрівнятися ніяка інша) [11].

Схильність відображає вроджену тенденцію до розвитку хвороби, тобто сприйнятливність або вразливість, генетичну схильність і всю комбінацію зовнішніх обставин, які забезпечують більшу або меншу ймовірність розвитку захворювання. Схильність – це ймовірність захворювання, яка детермінується всією сукупністю зовнішніх і внутрішніх чинників [12]. «Схильність до

адиктивної поведінки – це особистісне новоутворення, що детермінує готовність до вживання психотропних речовин» [13, 166 с.].

Це означає, що відправною точкою для розуміння людини, її конструктивного розвитку, а також процесу узалежнення та інших часто співіснуючих розладів, планування профілактичних заходів, терапії, лікування є біопсихосоціальна модель. Джордж Енгель (George Engel, 1977) першим описав біопсихосоціальну модель. Видатний лікар XX століття, який розширив біомедичну модель, включивши фактори психологічні, соціальні та культурні умови, що впливають на виникнення захворювання як альтернативу суто біомедичній моделі охорони здоров'я. Хвороба узалежнення є багатофакторною і тому потрібно її розглядати через призму факторів біологічних, психологічних, соціальних.

**Біологічна модель** включає в себе фактори генетичні, неврологічні та фізіологічні, стать, наявність психічних захворювань, стан здоров'я, але це не означає, що, наприклад, гени безпосередньо відповідають за узалежнення (Goodman, 2008). Генетична спадковість, зокрема наявність гену ALDH2 при певних умовах зовнішнього середовища і наявності психологічних предикторів, може призвести до хвороби [8].

Біологічні концепції трактують схильність до залежності як порушення функціонування організму. Дослідники виділяють генетичну, генетотрофічну, етанолову, адренохромну, ендокринопатичну та біоенергетичну концепції.

Згідно *генетичної концепції* на схильність впливає спадковість. Так дослідження, які проводилися на однойцевих близнюках, котрі мають однаковий набір генів, спадковий компонент становить 50–60 % як у чоловіків, так і в жінок (McGue, 1999). У 1950-1981 роках минулого століття вчені Швеції працювали над поняттям «сімейний алкоголізм», який виявляли у осіб, що є дітьми чи внуками алкоголіків. Результати показали, що внуки осіб залежних мають ризик захворіти - 12% , коли батьки залежні, то ймовірність захворювання - 25% (Cotton N., 1979). Виявлено показники спадковості для

різних наркотичних залежностей: 0,4 для галюциногенів; 0,7 для кокаїну; 0,5 для алкоголю (Goldman D. et al., 2005) [8]. Є дослідження, які вказують на високу толерантність до алкоголю у дітей алкоголіків. Ефект полягає в тому, що в дитини з початком вживання асоціюються гарні враження і має слабші наслідки впливу на початку вживання і це є загрозою залежності. Одночасно є спостереження, що 2/3 дітей залежних батьків, ніколи не узалежнилися [8].

*Етанолова концепція* пояснює виникнення залежності як відсутність ферменту альдегіддегідрогенази, який бере участь у метаболізмі речовини. Є відомим фактом, що різні люди по різному реагують на вжиті алкоголь чи наркотики, це витікає із біохімічної відмінності організмів. Одні особи відчують приємні стани, зникає тривога, покращується настрій, з'являється сміливість. Інші особи стають сонливими, мають блювотні реакції, головні білі. Відповідно перші захочуть повторити досвід, інші - будуть уникати цього. Наприклад, у мешканців Японії (20-40%), Китаю (30%), євреїв, американських індіанців з'являється нудота, запаморочення, що є результатом дисфункції ферменту альдегіддегідрогенази.

*Адренохромна концепція* говорить про порушення метаболізму, який полягає у порушенні обміну ендорфінів. У 1999 році були проведені дослідження в Балтиморському університеті, які вказують на зв'язок особливостей обміну ендогенних опіоїдів (ендорфінів та енкефалінів) і схильністю до хімічної залежності. Ці речовини виділяються в головному мозку і мають заспокійливий вплив на організм, допомагають пережити стрес і регулюють реакцію органів і систем організму. У дітей алкоголіків система ендогенних опіоїдів працює менш ефективно, тому вони починають шукати шляхи до компенсації стресу у хімічних речовинах [14].

*Ендокринопатична концепція* говорить про порушення в ендокринній системі організму, яка координує діяльність організму. У складі ендокринної системи такі гормони як адреналін, норадреналін, дофамін, які беруть участь у процесах адаптації, відповідають за адекватні емоційні реакції. Коли є

порушення в цих процесах, то залежна особа речовиною штучно стимулює вироблення цих гормонів задоволення.

Нейромедіатори відіграють суттєву роль у формуванні залежностей. Наприклад, нейромедіатор серотоніну корелює із споживанням алкоголю. Низький рівень серотоніну призводить до виникнення депресії, а алкоголь на початкових етапах призводить до збільшення речовини, тоді як хронічне споживання до зменшення. В багатьох залежних осіб спостерігаються симптоми депресії, тому після проходження курсу детоксикації лікарі призначають вживати курс антидепресантів та нейролептиків. Споживання ПАР призводить до вивільнення іншого нейромедіатора – дофаміну, який відповідає за позитивне підкріплення, відчуття задоволення, активується система винагород, а це служить підкріплюючим механізмом у формуванні залежності. Особа женеться за збільшенням насолоди, збільшуючи при цьому дозу речовини, але в цьому місці є пастка залежності, яка пояснюється зростанням толерантності (Vetulani, 2009) [15].

В.Д.Москаленко зазначає, що незважаючи на ріст аддикцій серед жінок, чоловіки частіше хворіють на алкоголізм [12]. Алкоголь по-різному метаболізується в жіночому і чоловічому організмі, тому жінки за несприятливих умов більш вразливі до узалежнення, гірше піддаються лікуванню (Prescott C. A. at al., 1999; Hesselbrock M. N. at al., 1999). Є дослідження, які вказують на зв'язок дефіциту вітамінів, зокрема групи В зі схильністю до залежності. Особи, як страждають від гіпертензії почувають себе погано після вживання алкоголю, тому обмежують споживання. Визначальною є також наявність супутніх психічних розладів (таких як депресія, тривожні розлади), вони виступають предикторами формування хімічної залежності [8].

Такий фактор як критичні етапи розвитку в житті людини у взаємодії з іншими чинниками може призвести до ризику залежності. Вживання ПАР у будь-якому віці може призвести до узалежнення, але чим раніше особа починає вживати, то існує більша ймовірність цього. Особливо в підлітковому віці особи

схильні до ризикової поведінки, погано контролюють свої імпульси, мозок, а особливо префронтальна частина, ще не сформована. Згідно дослідження підлітки, які почали вживати в 14-річному віці й раніше, мають ризик узалежнитися у 4 рази більший аніж ті особи, які почали вживати алкоголь у віці 20 років і пізніше (Grant and Dawson, 1997). Синдром гіперактивності, а також інші порушення уваги корелюють зі схильністю до залежності. Синдром дефіциту уваги є предиктором ризику алкоголізму та наркоманії [16].

**Соціальна модель** включає теорії, які вивчають вплив оточення на формування схильності до узалежнення. Сюди входить сім'я, ровесники, знайомі, друзі і шкільне оточення, а по закінченню навчання оточення професійне. Вплив засобів масової інформації теж не можна недооцінювати (інтернет, телебачення, радіо).

Сімейні чинники є найбільш вагомими і проявляються у стосунках батьки-діти-родичі. Сюди відносять такі фактори як: непослідовність в системі виховання чи її директивність, дитина не має розуміння і усвідомлення своєї поведінки; високий рівень конфліктності в сім'ї; слабкі емоційні контакти в сім'ї; байдужість батьків до вживання дітьми алкоголю; розлучення батьків; примус займатися певною діяльністю. В сім'ї дитина засвоює патерни поведінки, формує цінності і світогляд, емоційну сферу. Сім'я є осередком становлення людини, батьки показують на власному прикладі як потрібно жити і ще має пройти багато часу аніж дитина підважить ці установки [17].

Теорія соціального наочіння (Н. Міллер, Дж. Доллард) пояснює причини узалеження як наслідування поведінки значущої особи. Особа приймає рішення вживати алкоголь, бо це нормальна поведінка для батьків чи родичів і вона толерується оточенням. Інтерперсональні теорії говорять, що на людину впливає специфіка сімейної системи, розлади особи є результатом відносин з іншими людьми. Визначальним є фактор соціального успадкування, який полягає у передачі наступному поколінню норм і звичаїв, які діють в батьківському домі. Доведено, що особи, які страждають на алкоголізм,

походять із «алкогольних» або «наркотичних» сімей або сімей, де зовсім не вживали ПАР. Цей факт можна пояснити тим, що жодна з цих родин не мала правильної моделі споживання алкоголю [18].

Чжао Сінь досліджуючи особливості впливу сім'ї на зрілість особистості, наводить докази високої кореляції емоційної зрілості з теплим, підтримуючим батьком. Емоційно незріла особа важко справляється з тривогою, не розуміє свого емоційного стану, в небезпечних ситуаціях не звертається по допомогу, має ризиковану поведінку, інфантильна. Ці риси є характерними для залежних осіб [19].

В.Д.Москаленко виділяє як найголовніший чинник схильності до узалежнення – наявність хімічно залежних осіб у сім'ї. Має значення не тільки наявність захворювання у батьків, а й число хворих родичів, враховується число поколінь поширеності захворювання. Хворі на алкоголізм чи наркоманію сиблінги теж є обтяжуючим фактором. Москаленко В.Д. виділяє ще такі предиктори формування залежності як: рання смерть батька, розлучення, якість стосунків, характер прив'язаності, співзалежна поведінка. За результатами дослідження алкоголізм батька підвищує ризик узалежнення для сина і доньки, хвороба матері є фактором ризику для доньки [12].

Згідно теорії наuczіння А.Бандури проблема схильності до адиктивної поведінки розглядається в контексті педагогічної занедбаності дитини. Діти, які вирости в соціально неблагополучних сім'ях мають більшу вірогідність узалежнитися від шкідливих звичок. Хоча соціальний статус, чи наявність негативного прикладу, як показує досвід не завжди є предиктором формування залежності. Діти із забезпечених сімей, через наявність коштів часто узалежнюються від наркотичних речовин.

На думку Б. Уільямса, В.Д.Менделевич є певні схожі риси в сімейному анамнезі. Це стосується фігури батька, який є відсутнім у вихованні або має слабкий характер, тоді як мама є авторитарною; батьки характеризуються непослідовною поведінкою, мають великі, нереалістичні очікування щодо дітей.

Поведінка батьків характеризується емоційною холодністю, жорстокістю та небажанням враховувати зовнішні обставини, особливості вікових періодів, невмінням зрозуміти дитину, відгукнутися на її емоційні потреби [20].

**Психологічні моделі** пояснюють схильність до хімічної залежності як психологічного явища і передбачає для цього цілу низку психологічних підходів, як розглядають адикцію як наявність в особі особистісних дефіцитів, певних особистісних рис, захисних механізмів, патернів поведінки. Модель включає теорію особистісних рис, психодинамічні, біхевіоральні, когнітивно-поведінкові концепції. Різні психологічні парадигми підкреслюють роль тих чи інших параметрів психіки: особистісних рис, мотиваційної, емоційно-вольової, когнітивної сфери.

Крамченкова В.О., аналізуючи наукові підходи щодо дослідження чинників формування адиктивної поведінки, класифікує особистісні особливості згідно трьох сфер: поведінкової, мотиваційно-потребнісної та когнітивної. До особистісних рис, які проявляються в поведінковій сфері відносять: егоцентризм у спілкуванні, відсутність інтересу до інших людей, невміння справлятися з труднощами, невідповідність домагань своїм можливостям, схильність перекидати відповідальність за проблеми на оточення. Емоційно-потребнісна сфера знаходить відображення в таких рисах: емоційна лабільність, низька толерантність до фрустрації, тривожність, депресивність, занижена самооцінка, гедонізм, реактивна агресія. Когнітивна сфера характеризується: несформованістю абстрактно-логічних, рефлексивних функцій; спотвореннями афективної логіки. Для того аби пояснити причини формування схильності до залежності звертаються до психодинамічних, більш глибоких теорій, які пояснюють мотиви і причини узалежнення [21].

*Приходинамічні теорії* мають на меті дослідити несвідомі механізми, які обумовлюють поведінку людини. Механізм узалежнення розглядається як регресія до нижчих стадій психосексуального розвитку, речовина має захисну і



адаптивну функцію. ПАР підсилює Его, захищає від болісних почуттів, таких як сором, відчуття провини, є заміником добрих інтерналізованих фігур.

*Біхевіоральна психологія* вивчає поведінку, яка обумовлена життєвим досвідом індивіда. Залежність виникає в наслідок позитивного підкріплення, яке отримує особа при вживанні, намагаючись позбутися негативних емоцій, травмуючих спогадів. В процесі реабілітації особа має покинути звичне місце, де проходило вживання, і вчиться жити по-новому, вчить і закріплює нові патерни поведінки.

*Когнітивна психологія* пояснює психопатологічні процеси впливом неадаптивних думок, які негативно впливають на самооцінку, сприйняття себе і світу в цілому. Терапевтичний підхід у рамках когнітивної психології полягає у роботі з когніціями, думками, допомагає розпізнати деструктивні установки і замінити їх на позитивні.

*Гуманістична психологія* розглядає адикцію як порушення розвитку і самореалізації особистості, яка має тенденцію до самоактуалізації. Залежна поведінка виступає захисним механізмом і є причиною дезадаптації. Причиною схильності до залежностей є нестійкість «Я-концепції» (уявлення про себе, яке визначає поведінку індивіда), яка проявляється у низькому рівні самосвідомості, вибудові захисних механізмів від переслідуючого оточення, невірі в себе, низькій самооцінці, почутті провини і виконує регулюючу та контролюючу функції. М.Ланда у дослідженнях, опійних наркоманів виявили відсутність критичності до хвороби і власної особистості. Самооцінка у хворих має лабільний характер і змінюється в залежності від перебігу захворювання, це призводить до того, що хворі не можуть реально оцінити своїх можливостей, ставлять нереальні цілі і розчаровуються, не досягаючи їх. У залежних не достатньо сформована «Я-концепція», низька когнітивна дифенційованість самоусвідомлення та низька рефлексивна здатність у сумі із високою схильністю до ризику не дозволяють спертися на власний досвід і доводиться діяти відповідно до обставин, які складаються [22].

Оскільки залежна особистість по своїй природі інфантильна, то в гуманістичних теоріях особистості ставка робиться на такому особистісному понятті як «зрілість». Частково поняття самоактуалізації включає наявність таких зрілих рис як відповідальність і автономність. Г.Олпорт пише, що нажалі не всі дорослі досягають зрілості [20].

*Екзистенційна парадигма* трактує хімічну залежність як втечу від буденності, самотності, екзистенційного вакууму, який засмоктує особистість і вона не розуміє для чого їй бути тверезою. Алкоголь і наркотики як анестезуючі речовини, дозволяють не відчувати екзистенційного болю.

Модель, яка поєднує біологічні, соціальні та психологічні чинники дає повну картину формування схильності до uzалежнення. Таким чином модель імплікує для лікування захворювання, роботу терапевтичну, соціальну і медичне втручання.

Слід також відмітити, що головною мішенню роботи із залежною особистістю є психологічна залежність від хімічної речовини, яка має проходити комплексно на когнітивному, поведінковому, емоційному, а також мотиваційному рівнях. Обовязковою передумовою є зняття абстинентного синдрому у медичних закладах. Окрім цього ефективно лікування передбачає роботу із соціальним атомом залежної особи. Тільки такий комплексний підхід може давати надію на позитивний результат від лікування.

## **1.2. Огляд психодинамічних теорій схильності до хімічної залежності.**

Психодинамічні концепції цілком логічно обґрунтовують формування схильності до хімічної залежності, пояснюючи цей феномен як фіксацію на певній стадії психосексуального розвитку, порушеннями привязаності в ранньому віці, низькою толерантністю до фрустрації, впливом колективних несвідомих процесів, реакціями на травму і пошкодження Селф, нездатністю переживати екзистенційні кризи, порушенням Я-концепції та низьким рівнем

самоактуалізації. Надалі будуть розкриті основні положення відносно цих феноменів.

Згідно психоаналітичної теорії З.Фрейда людина перебуває у стані постійного внутрішнього конфлікту, джерело якого у боротьбі сексуальних та агресивних потягів, які потребують розрядки і вміщуються у позасвідомій частині психіки – Ід. Ід постійно перебуває під тиском структури Супер-Его (суспільні норми подінки), тому доходить до формування захистів психіки і утворення точок фіксації відповідно до певного періоду психосексуального розвитку, які корелюють з певними особистісними рисами. Згідно цієї теорії дію наркотика порівнюється з відчуттями, які отримує немовля, коли його покормили грудьми, тобто задоволення від оральної активності. З. Фрейд називає людину постійним шукачем задоволення [23].

Слід сказати, що у працях З.Фрейда відсутні розгорнуті теорії формування адиктивної поведінки. Але незважаючи на це, в його працях зустрічаються тези, які намагаються пояснити виникнення залежності. Отож, згідно теорії Фрейда, на поведінку людини головним чином впливають несвідомі процеси. Спостереженням Фрейда був той факт, що не всі люди, які вживають наркотики узалежнюються, він вказує, що наркотики присутні в економіці лібідо і фактором, який формує хильність до узалежнення – дефіцит сексуального задоволення. У статті «Три нариси з психології сексуальності» (1905), Фрейд доводить той факт, що в хлопчиків, в яких конституційно зберігся еротизм губ, в дорослому віці мають потяг до алкогольної і тютюнозалежності. В статті «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905) Фрейд підкреслює, що людині, яка відчула задоволення від ПАР, важко відмовитися від цього стану. Тут йдеться про регресію на оральну фазу психосексуального розвитку, визволення від контролю, в результаті чого доросла людина стає дитиною [24, 25, 50].

В статті «Об особом выборе объекта у мужчин» (1910) З. Фрейд доводить, що спяніння у алкоголіка має аутоеротичний характер, вони відносяться до

нього як до сексуального об'єкту або «одружені на випивці». В статті «Печаль і меланхолія» (1917) він стверджує, що стан оп'яніння являється штучним маніакальним станом. В нарисі «Достоевский и отцеубийство» (1927) Фройд проаналізував роль едипового комплексу, інтрапсихічного конфлікту, регресії, аутоеротизму, мазохізму та садизму у відношенні до рідних. Під дією наркотиків людина може звільнитися від тягара буденності, знайти прихисток у внутрішньому світі і саме в цьому є пастка і небезпека, бо затрачається велика кількість енергії і часу намарно [24, 50].

На думку, ще одного психоаналітика Радо, особи, які зловживають наркотиками, мають особистісні особливості і реагують на стани фрустрації депресією. Депресивні стани характеризуються тривогою і високим ступенем нетерпимості болі, тоді психічний процес зосереджений на потребі полегшити цей стан. По суті людина готова спожити речовину і не має значення як вона потрапить їй в руки. Ці стани запускають нарцисичні процеси, як відірвані від реальності. Індивід нехтує функціями Его, які пов'язані з контактуванням реальності. Оп'яніння роздуло Его до гігантських розмірів і витіснило реальність, а згодом Его скорочується і реальність збільшується – зворотній ефект наркотика. Для того аби повернутися в реальність потрібно діяти, а це важко, з'являються так знайомі всім залежним особам почуття провини, сорому, страху. Его не витримує цього і знову спокушається спогадами про вчорашнє задоволення, так працює тяга. В результаті запускаються циклічні процеси, відстань між якими стає щоразу коротшою, а життя людини, її інтеракції – збіднені [24].

Відносно теорії Г.Юнга залежність має глибинну природу і обумовлена культурними особливостями, несвідомим колективними процесами, які впливають на формування цінностей і установок особистості. К.Г. Юнг стверджує, що залежність є перепорою до розвитку, психіка людини застигає в ембріональному стані. На відміну від інфантильної, зріла особистість характеризується стійкістю та індивідуальною сутністю.

Vaillant (1988) зауважив, що наркомани мали важке дитинство і вживають наркотики в лікувальних цілях. Згідно його теорії наркотик виконує важливі психологічні функції: захищає від негативних емоцій; заспокоює голос сурового внутрішнього критика; підвищує самооцінку; сприяє комунікації; дозволяє пережити задоволення [9]. .

Згідно теорії прив'язаності Дж.Болбі залежність трактується як порушення прив'язаності і реакція на травму або пошкодження селф. Автори припускають, що травматичний досвід у дитинстві впливає на центральну нервову систему і це відображається в дорослому житті як компульсивна або ризикова поведінка, яка призводить до залежності. Люди з ненадійними типами прив'язаності є вразливими до залежностей, так як хімічна речовина стає заміником людської близькості, заповнює вакуум, створений відсутністю стосунків. Однак, вживання суперечить побудові стосунків з іншими і це призводить до пошуку задоволення в собі, речовина дозволяє отримувати задоволення поза інттерперсональними зв'язками. Хімічна залежність стає подібною до самозакоханості, нарцисизму, формується фальшиве селф – організація особистості, яка не потребує привязаності. У осіб з ненадійними типами прив'язаності спостерігаються дефіцити психічних і особистісних структур. Спостерігаються такі дефіцити як слабкість Его, відсутність здатності до самоопіки, відсутність почуття власної вартості. Психоактивна речовина має замінити відсутність навичок і ментальних структур, а отже таким чином, принаймні на короткий час відновити самооцінку і внутрішню гармонію [26, 27].

Х. Кохут вважає залежність розладом, що належить до групи нарцисичних розладів поведінки, при яких ослаблюється Селф. Особа вибирає втечу до речовини, щоб компенсувати структурний дефіцит, бо не вміє підтримувати внутрішню конгруентність, не вміє заспокоїти себе чи справитися з внутрішньою тривогою. Алкоголь виступає ілюзійним селф-об'єктом, який приносить моментальне задоволення, дарує відчуття контролю, тріумфу над

проблемами в рамках селф. Так як ефект є короткотерміновим, його потрібно повторити і це закручує спіраль наркоманії [28].

Зв'язок нарцисизму і наркоманії підкреслюють автори R.V. Ulman і H. Paul. Згідно цієї теорії причиною схильності залежності є архаїчна форма нарцисизму – мегаломанія, яка виникає із недорозвиненості викликаної неемпатичним оточенням. Полягає мегаломанія у нарцисичній фантазії, що може в магічний спосіб керувати оточенням, зокрема психоактивною речовиною. Таким чином речовина замінює важливий в дитинстві об'єкт [29].

Flores говорить про те, що привязаність до речовини у особи залежної є дуже сильною, тому що це інтеракція надійніша і простіша, цей стосунок легше контролювати, аніж непередбачуваний для залежної особи стосунок з іншим. В переважній більшості у осіб залежних, як показують дослідження, домінували в стосунках зі значимими особами такі почуття: суперечливість, непослідовність, ревності, недовіра, розчарування. Інтерналізовані репрезентації болючих ранніх стосунків з іншими, призвело до слабкості і крихкості селф, таким особам важко будувати стосунки і звертатися по допомогу. Вони залишаються самотні, на допомогу приходять алкоголь і інші речовини, які зменшують відчуття самотності, болю, підтримують ослаблене селф [30].

Психоаналітик Wursmer L. у дослідженні обґрунтовує причину залежності як порушення в сімейній системі. Коли в сім'ї присутнє насилля, то дитина відчуває сором, біль, жах, почуття безсилля, які у дорослому віці можуть стати предикторами залежності. Наступним моментом у вихованні може бути гіперконтроль, грандіозні очікування від дитини. Такий сценарій формує фальшиве Селф і невідповідність істинному Я, може призвести до компенсаторних механізмів у вигляді речовини. Коли в сім'ї постійна брехня, то домінуюча емоція в дитини – сором, запускається механізм деперсонілізації [29].

В.Франкл, екзистенційний терапевт пояснює причини хімічної залежності як відсутність сенсу в житті. Людина втікає від гнітючої дійсності і буденності.

«Сама по собі боротьба за тверезість без боротьби за сенс, не має значення». Або відома цитата передає суть проблеми: «якщо знаєш для чого, то витримаєш будь-яке як». Сьогодні люди страждають не від фрустрації сексуальних потреб, а від фрустрації екзистенційних потреб. Ця потреба сприяє утворенню своєрідного вакууму, який як муляж, має форму, та не має змісту. Людина намагається заповнити пустку речовиною і ослабити фрустраційну тривогу, вибирає форму втечі від себе, наповнює форму сурогатом. Речовина чи поведінкові залежності як втеча від екзистенційного вакууму. Алкоголь і наркотики є засобами втечі, з їх допомогою можна забути, відключитися, не відчувати, не бачити. Згідно В.Франкла «Наркотизація – духовна анестезія, яка може призвести до духовної смерті» [31].

Згідно положень транзактного терапевта Е.Берна, людина слідує за сценарієм «Вбий себе», згідно якого не боїться померти і втратити здоров'я. Згідно цієї концепції має залежний тип поведінки від матері, який проявляється у його сімейному сценарії. БERN описує життєву гру «Алкоголік», яка має декілька учасників і ролі в грі розподілені згідно трикутника Карпмана (Рятівника, Переслідувача і Жертви)[46, 100 с.]. Під час процесу гри задоволення від алкоголю є випадковим, кульмінаційним моментом є похмілля, яке носить психологічну муку. Транзакційна мета пиття – створення ситуації, де Дитина отримує прочухана від внутрішнього Батька і від будь-яких батьківських фігур [48].

Один з найважливіших теоретиків, дослідників і практиків, що розробив концепцію схильності до наркоманії з психодинамічної точки зору - E.J. Khantzian. Він створив модель залежності від психоактивних речовин на основі припущення, що наркомани демонструють особливий дефіцит у сферах Self та Ego, в результаті вживання в них речовин розвивається механізм самовідновлення. Суть наркоманії, включаючи алкогольну залежність – заглушити біль, який походить з ранніх фаз розвитку особистості. Отже,

залежність розглядається автором як спроба самолікування, компенсації структурних дефіцитів, спробою підсилити селф [18].

Дещо інший погляд на формування схильності до узалежнення має J. McDougall, відносить залежність до психосоматичних розладів. Трактуює механізм узалежнення як захисний механізм від почуттів, стресу. Вважала, що собі залежні відчувають занадто примітивні емоції і страхи, тому хочуть їх виключити зі свідомості. McDougall стверджував, що несвідомі страхи у наркоманів більше подібні до психотичних, ніж до невротичних страхів і передбачають глибоку невпевненість у праві на існування, праві мати окрему ідентичність, так як вони переживають втрату почуття самотності та контролю над власними діями. Формується фальшиве Селф, яке захищає від переживань, страху та езестенції. Причини криються в браку внутрішньої репрезентації матері як надійного об'єкту Речовина виконує функцію контейнеру, який після вживання переробляє всі болючі переживання [29].

Цікавим є феноменологічний підхід К.Роджерса до особистості, згідно якого головним є психологічна реальність або суб'єктивний досвід, згідно якого особистість інтерпретує дійсність. Роджерс вводить поняття «Я-концепції», яка включає в себе сприйняття себе реального і уявлення про те якою людиною хоче бути. Згідно теорії Роджерса особистість прагне до самоактуалізації, тобто хоче реалізувати свої природні схильності і задатки, це і є рушійною силою людини. В процесі самоактуалізації для особистості є важливим розумінн Я-концепції, а також позитивне підкріплення від оточення, особливо від значущих осіб. Коли дитина отримує обумовлену увагу, тобто її люблять за хороші поступки. Така особистість має умовні цінності, її Я-концепція не відповідає можливостям, психіка продукує багато захисних механізмів. Особистість непристосована до життя, не розуміє своїх емоцій, ігнорує сигнали тіла, контролює свої реакції, ці характеристики присутні в залежних осіб. Коли є порушення Я-концепції, розвиваються психопатологічні порушення, особа відчуває постійну тривогу, розвивається невроз.



Отже терапевтичний стосунок з хімічно залежними полягає у побудові доброго терапевтичного альянсу і теплих стосунків, які є завжди добрим предиктором у всіх формах терпії. Підтримувати терапевтичний контакту з пацієнтами узалежненими є завжди важко, бо несвідомо клієнт буде перевіряти терапевта чи той як і значимі фігури може їх травмувати. Пацієнт в терапевтичному стосунку використовує контрзалежну поведінку, щоб несвідомо довести собі, що тільки речовина може задовільнити всі потреби. Звідси витікає, що навчитися будувати стосунки і збудувати привязаність є головними завданням терапевтичної роботи.

### **1.3. Особистісні кореляти схильності до хімічної залежності у сучасних наукових дослідженнях.**

На формування схильності до хімічної залежності впливає ряд факторів, таких як біологічні, соціальні та психологічні. Метою цієї роботи є виявлення особистісних факторів, які впливають на формування схильності до залежності від хімічних речовин. У підрозділі 1.1 проаналізовано біологічні та соціальні чинники, в даному підрозділі зупинимося на допрацюваннях, які виділяють особистісні причини виникнення залежності.

Є дві тенденції в дослідженні особистісних рис, при яких науковці стараються виявити особистісні особливості, а при іншій – вибудувати цілий комплекс рис переднаркотичної особистості. Дослідники виділяють такі індивідуально психологічні риси особистості: екстернальний локус контролю, інфантильність, депресивність, низька толерантність до фрустрації, реактивна агресія, емоційна лабільність, низька самооцінка, тривожність, інтраверсія. Дослідження також вказують несформованість «Я-концепції» та особистісну незрілість.

Н.Г.Борок стверджує, що виявивши особистісні кореляти схильності до хімічної залежності, можна сформулювати особистісно-індивідуальний підхід у

реабілітації залежних осіб, підібрати індивідуальну програму соціалізації. Для цього нам потрібно дослідити механізми адаптації, виявити порушення, вивчити психологічні особливості залежних осіб. Так як вивчення захворювання все більше переміщується із клінічної сфери у соціально-психологічну [32].

Згідно диспозиційної теорії Гордона Оллпорта особистісна риса – це готовність поводитися однакою способом у різних ситуаціях, визначальна схожість індивіда, незважаючи на плин часу і зміну середовища. Тобто, якщо людина депресивна, то вона буде такою на роботі, вдома і відпочинку. Суспільство, сім'я можуть стимулювати розвиток одних рис і гальмувати розвиток інших. Отже, можемо зробити висновок, що особистісні риси – це ті детермінанти які найбільше впливають на схильність до адиктивної поведінки [33].

Н.Ю. Максимова займається дослідженням схильності до залежності багато років і говорить про те, що психологічна готовність до вживання бере початок формування в дитинстві, завершується в пубертаті і є наслідком особистісного неблагополуччя. Згідно досліджень Н.Ю.Максимової наявність певних особистісних рис, які «є свого роду «слабкою ланкою» в процесі соціалізації особистості провокують «відхід від реальності» при зіткненні з життєвими труднощами». Психологічна готовність до вживання хімічних речовин детермінована особистісними корелятами схильності до залежної поведінки. Згідно дослідження, яке тривало 15 років, було виділено наступні особистісні чинники: відсутність мотивації, нездатність будувати причинно-наслідкові звязки, низький рівень Я-концепції, відсутність навичок рефлексії, екстернальний локус контролю, низький рівень самоповаги, втеча від реальності [13, 163 с.].

Згідно досліджень Н.Ю. Максимова, особистісна схильність до адиктивної поведінки складається з таких компонентів: «відсутність мотивації досягнення; несформованість функції прогнозу поведінки; низький рівень розвитку

самоусвідомлення, відсутність навичок рефлексії; екстернальний локус контролю; низький рівень самоповаги, аж до неприйняття образу «Я», який, однак, може маскуватися захисною поведінкою, що демонструє завищену самооцінку; самозахисний тип реакції на фрустрацію, що виявляється в відмові від діяльності при зіткненні з найменшими труднощами; суперечність самооцінки та рівня домагань, що виявляється в алогічності та непослідовності діяльності, що пов'язана з подоланням перешкод; тенденція до втечі від реальності в ситуації фрустрації» [13, 166 с.].

В.Д.Менделевич виділяє такі особистісні особливості як інфантильність, сугестивність і наслідування; прогностична некомпетентність; ригідність і впертість; наївність; цікавість і пошукова активність; максималізм; егоцентризм; яскравість уяви, вражень і фантазій; нетерплячість; схильність до ризику; страх бути покинутим. Інфантильності В.Д.Менделевич у своїй праці відводить багато місця, протиставляючи цій рисі особистісну зрілість, яка характеризується відповідальністю, терпимістю, автономністю. Згідно Г.Олпорта зрілій особистості притаманний постійний процес індивідуалізації, стійкість до фрустрації, самопізнання [34].

Багато дослідників звертає увагу на визначення локусу контролю в залежних осіб. Локус контролю – це здатність особистості перекладати відповідальність за результати своєї діяльності на інших осіб (зовнішній локус контролю, екстернальний) або брати на себе відповідальність (внутрішній локус контролю, інтернальний). А. А. Реан і Д. Ю. Карандашев проводили дослідження людей з просоціальною поведінкою, вивчаючи локус контролю, виявили, що інтерналами виявилось 72 %, а екстерналами лише 4 %, тоді коли серед залежних частина екстерналів складає 84 %, а до інтерналів відноситься 16 % [35].

Н. Г. Борок, М. А. Суботялов в дослідженні порівнювали особистісні особливості чоловіків у двох вибірках: експериментальна (залежні чоловіки, які проходили реабілітацію) і контрольна (здорові чоловіки). Результати

дослідження говорять про виявлення в хворих екстернального (зовнішнього) локусу контролю на відміну від здорових чоловіків, що свідчить про перекладання відповідальності на інших осіб, в тому числі і за хворобу. У пацієнтів більш низька самооцінка, високий рівень тривожності та депресивності. Ці показники свідчать про незрілість особистості, невмінні ставити реальні цілі, небажанні розвиватися [32].

На думку А. Даніліна екстернали мають низьку ясність «Я-концепції», тому мають схильність перекладати відповідальність за свої поступки, в тому числі за вживання, на дружин, рідних, директора, важкі життєві обставини. Для інтерналів, ПАР є тим фактором, який заважає реалізувати свою життєву позицію. (данілін) З огляду на ці дослідження цікаво дослідити дані риси на нашій вибірці [36].

С. Михайлів в своєму дослідженні вивчає емоційну сферу залежних, які проходять реабілітацію. Респонденти були розділені на 2 групи: ті, які мають досвід реабілітації до року і від року до п'яти. Науковець вивчає такі показники як імпульсивність, агресивність, рівень тривожності. З результатів видно, що показники імпульсивності не корелюють з терміном реабілітації. Рівень агресивності у реабілітантів вищий середнього, без поправок на термін. В період одужання чоловіки оцінюють себе як високотривожних осіб, постійно очікують загрози від зовнішнього світу, коли дія речовини послаблюєть переживають за рідних і наслідки вживання. Кореляція між залежністю і емоційною сферою полягає в тому, що речовина є своєрідним стабілізатором настрою, полегшує переживання станів фрустрації, тривоги і депресії, вживається для підвищення настрою, для відчуття емоційного піднесення [37].

В.В. Литвиненко, досліджуючи особливості формування хімічної залежності отримує такі результати: патологічними психологічними предикторами формування алкогольної залежності у чоловіків є афективність поведінки, конфліктність, превалювання неконструктивних форм копінг-стратегій, наявність тривожно-депресивних розладів [38].

А.М.Хлестова для дослідження особистісних корелят схильності до хімічної залежності використовує методику FPI (багатофакторний особистісний опитувальник), який призначений для вимірювання психологічних характеристик по дванадцятьох шкалах. Вибірку становили чоловіки, які відвідують групи взаємодопомоги АА/АН. Згідно результатів, у чоловіків головні особистісні характеристики - це інтраверсія і реактивна агресія. Портрет чоловіка, який відвідує групи АА/АН: емоційно лабільний чоловік, який схильний до агресивної поведінки, незадоволений життям, боїться майбутнього [39].

Е.В.Опря під час клініко-психопатологічного обстеження хворих відзначив, що «у випадку синдрому відміни депресивні розлади зустрічалася у 32% хворих, в тому числі у 19% з них середнього і високого ступеня, тривога у 39% обстежених, у у тому числі у 17% з них середнього та високого ступеня виразності, емоційна лабільність у 19% та дисфорії у 34% хворих». Дослідження підтверджують афективні порушення при алкоголізації та вказують на важливість проведення роботи, спрямованої на усвідомлення хворим емоційного стану і будування ним причинно-наслідкових зв'язків [40].

М.Г.Єрофєєва в дисертаційній роботі порівнює наркозалежних чоловіків з різними термінами вживання наркотиків. Перша контрольна група – до п'яти років, друга – більше п'яти років вживання наркотичних речовин. Особливістю залежних чоловіків у порівнянні з контрольною групою є емоційна неврівноваженість, низька самооцінка, низька здатність до адаптації, тривожність, дратівливість, конфліктність, імпульсивність, агресивні тенденції. Головні захисні механізми: раціоналізація, заперечення, проєкція, регресія. Психологічні особливості для залежних до п'яти років: занижена стресостійкість, підвищени рівень залежності від оточення, ворожість. Емоційний фон занижений, є схильність до депресивних настроїв, тривожності. В поведінкових патернах превалює агресивність, конфліктність. Захисний механізм психіки – раціоналізація. Для чоловіків з досвідом вживання більше

п'яти років характерними є наступні особливості: психологічний дискомфорт, психічна виснаженість, мають проблеми з комунікацією, відчуття самотності і нездатності до переживання, висока конфліктність, готовність проявити агресію. Захисний механізм – проекція [41].

Адиктивні особистості об'єднані проблемою, яка наносить відбиток на спосіб життєдіяльності, відносини з оточенням. Особистості також притаманні певні якості, які спостерігаються в представників цієї групи, такі як імпульсивність, незрілість, низький поріг фрустрації, тривожність і депресивність.

Автор С.Ю. Грузкова у дослідженні диференціювала особистісні риси нарко- і алкозалежних. Чоловіки, залежні від наркотичних речовин більш тривожні і аутичні. Коли навіть незначні стани фрустрації ведуть до збільшення рівня тривоги і негативних емоцій, то йде компенсація за рахунок аутизації. У зв'язку з чим поведінка особи може здаватися дивною для оточуючих, хоча насправді особа має труднощі з комунікацією вербальною і невербальною. Особи, які хворіють на алкогольну залежність, мають підвищені показники з писемізму і імпульсивності. Для них характерні реакції, які супроводжуються почуттям провини, гніву та автоагресією [42].

Н. Є. Завацька вивчала особистісні чинники схильності до хімічної залежності серед підлітків, залежно від хімічної речовини, яку вони приймають. В результаті роботи виявила такі кореляти схильності до алкогольної залежності як ініціативність, енергійність, гіперактивність. Залежні при тому нецілеспрямовані, не знають чим зайнятися, мають поверхневі і нестійкі інтереси, некритично ставляться до своїх невдач, а також мають завищені показники непрямой та вербальної агресії. При вживанні опіоїдів виявлено такі риси як виражена імпульсивність, конфліктність, схильність до ризику, особистісна незрілість. Підліткам, які вживають канабіоїди притаманна замкнутість, пасивність, некомунікабельність, ірраціональність суджень і вчинків, емоційна холодність [43].

Рональд Д. Поттер-Ефрон (Ronald T. Potter-Efron) у книжці «Сором, провина, алкоголізм» розгорнуто обгрунтовує психодинамічний аспект виникнення сорому і провини, формування соромязливості як особистісної риси та вплив її на формування схильності до алкоголізму. Формування соромязливості має прсиходинамічний характер і формується в дитинстві, коли батьки занадто пристиджували дитину, дитина росла в «наркотичній» чи «алкогольній» сім'ї, як наслідок інтерналізованих батьківських очікувань або як наслідок невідповідності ідеалізованій фігурі. Сором торкається центральної ідентичності особистості, її Самості. Сором – болюче усвідомлення своєї дефектності, носить аутоагресивний характер. Захисти, якими користується особа, пов'язані з патернами алкогольної залежності, особа використовує речовину як захист від цього почуття[44].

Згідно досліджень С.Ю. Больман особи, які мають високий рівень сорому є тривожними, залежать від думки оточення, емоційно нестійкі, тобто їм притаманні риси превалюючі у залежних осіб [45].

### **Висновки до теоретичного розділу**

Проблема узалежнення від хімічних речовин стоїть гостро в умовах сьогодення, зважаючи на нестабільну економічну ситуацію та пандемічні умови. З 1956 року залежність від хімічних речовин визнана хворобою, а не слабкістю характеру чи відсутністю сили волі, як це розглядалося раніше. Дослідники почали звертати увагу на психологічну складову узалежнення, на вивчення досвіду який отримує особа, звертаючись до речовини. Griffith Edwards у 1986 році першим виявив механізми і риси особистості залежних осіб від алоголю, як з'ясувалося, їх можна віднести до всіх видів залежностей.

Так як хімічна залежність є мультифакторним захворюванням, тобто зумовленим поєднанням різних чинників, то для багатофакторних захворювань запропоновано термін «схильність». Схильність відображає вроджену

тенденцію до розвитку хвороби, тобто сприйнятливість або вразливість, генетичну схильність і всю комбінацію зовнішніх обставин, які забезпечують більшу або меншу ймовірність розвитку захворювання.

З цього витікає, що відправною точкою для розуміння людини, її конструктивного розвитку, а також процесу узалежнення та інших часто співіснуючих розладів, планування профілактичних заходів, терапії, лікування є біопсихосоціальна модель, яку вперше запропоновано Джорджем Енгелем. Схильність розглядають як набір біологічних, соціальних та психологічних факторів. Згідно теми даної роботи ми детальніше зупинилися на вивченні особистісних корелят схильності до хімічної залежності, а також на психодинамічному трактуванні хвороби залежності.

Психодинамічні концепції обґрунтовують формування схильності до хімічної залежності як: фіксацію на оральній стадії розвитку, дефіцит сексуального задоволення, аутоеротичну поведінку; відхід від реальності і депресивних станів; застигання в ембріональному стані, незрілість особистості; заспокоєння голосу внутрішнього критика; порушення привязаності і реакції на травму; структурний дефіцит, розлади Самості, нарцисичний розлад; формування фальшивого Селф; відсутність вищого сенсу в житті; спроба самолікування, компенсації структурних дефіцитів, спроба підсилити Селф; формування контейнеру, який допомагає пережити біль; низький рівень самоактуалізації та ясності Я-концепції.

В численних дослідженнях науковці доводять, що формування схильності до хімічної залежності детермінують особистісні риси особистості. Проаналізувавши теоретичні підходи, складено перелік особистісних рис, які при генетичній схильності і несприятливому оточенню призведуть до формування залежності: інфантильність, депресивність, реактивна агресія, емоційна лабільність, екстернальність, низька толерантність до фрустрації, наслідування, егоцентризм, тривожність, соромязливість.



На основі проаналізованої літератури на Рис. 1.1. запропоновано теоретичну модель впливу особистісних чинників на формування хімічної залежності чоловіків у загальній структурі біопсихосоціальної моделі.

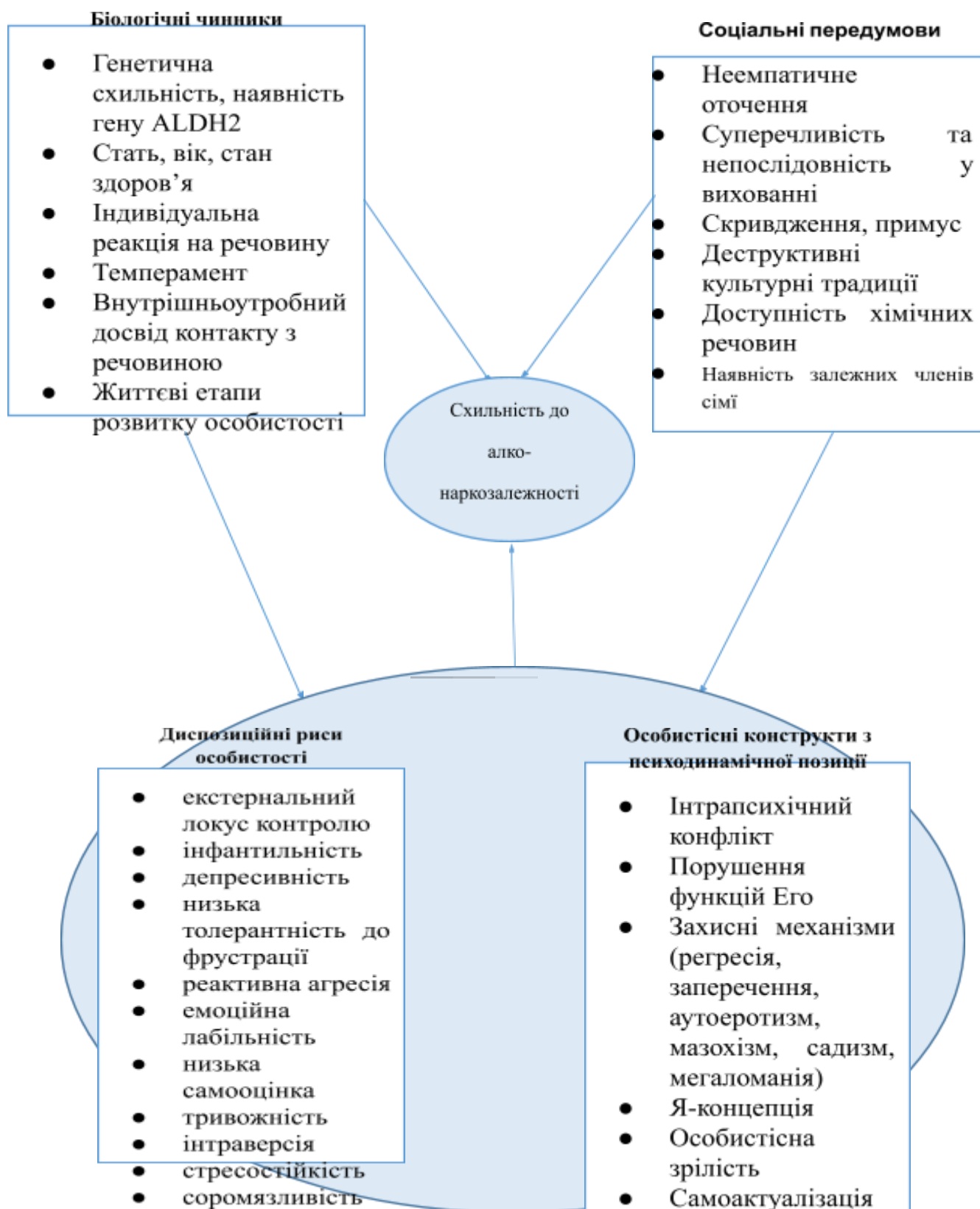


Рис. 1.1. Біопсихосоціальна модель схильності до хімічної залежності

## **РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ КОРЕЛЯТ ДО ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

### **2.1. Особливості групи досліджуваних та реабілітаційної програми РЦ «Назарет».**

Емпіричне дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру «Назарет» при РО «Карітас» Самбірсько-Дрогобицької Єпархії УГКЦ для uzалежнених від хімічних речовин та поведінкових залежностей. Вибірку склали 50 чоловіків, які є uzалежнені від наркотичних речовин, алкоголю та тютюнопаління. Вік учасників дослідження коливається від 18 до 63 років. В опитуванні взяло участь 24 алкозалежні особи і 26 наркозалежних. Вік алкозалежних - від 28 до 63 роки, середній вік – 41 рік. Вік наркозалежних - від 18 до 40 років, середній вік 29 років. Вік початку вживання в переважній більшості у підлітковому віці у 13-16 років, середній вік початку вживання - 15 років.

Дослідження було спрямоване на вивчення особистісних характеристик хімічнозалежних чоловіків. Дослідження проводилося в грудні у декілька етапів. Перший – це вивчення та систематизація теоретичної бази із проблематики дослідження, підбір методик для виявлення особистісних корелят, вибір групи залежних людей від хімічних речовин. Другий – проведення дослідження. Емпіричне дослідження проводилося в спільнотській кімнаті, де постійно проводяться збори і терапевтичні групи для реабілітантів. Досліджувані прийняли участь у зборі інформації добровільно. Для того з

учасниками дослідження було налагоджено добрий контакт, щоб подолати захисний бар'єр, проведено мотиваційну бесіду, так як неодноразово дослідники звертаються в даний центр відкритого типу для проведення подібних проектів і чоловікам не хотілося затрачати свій час. Після того як учасники дали письмову згоду, пояснили правила опрацювання методик, чоловіки мали час, щоб їх заповнити, в середньому це зайняло 30 хвилин.

В роботі ми хочемо перевірити гіпотезу про відмінності особистісних характеристик чоловіків на різних етапах реабілітації та з різними видами хімічної залежності. Отож, доречним буде внести ясність про програму в реабілітаційному центрі, диференціювати етапи одужання.

Програма в центрі складається з чотирьох етапів, немає чітких рамок про термін перебування на етапі і в центрі. Реабілітанти проходять програму від 8 до 24 місяців. Може бути так, що учасник не стає випускником центру, бо не може виконати умов етапів реабілітації. Це зумовлено багатьма індивідуально-психологічними особливостями, мотивацією, рівнем розвитку, патопсихологічними порушеннями.

Реабілітаційни центр «Назарет» заснований на ідеї терапевтичної спільноти, це головна терапевтична складова: спосіб життя пацієнта у терапевтичній групі, яка на період реабілітації стає його родиною. Програма в центрі довгострокова і передбачає повну відмову від хімічних речовин, усунення антисоціальної поведінки і засвоєння нових, корисних навичок. В програмі активна робота ведеться з соціальним атомом залежного, проводяться групи для співзалежних родичів, сімейна терапія.

Реабілітація – це процес повернення до попередніх вмінь і навичок, людина вчиться жити по-новому. Процес реабілітації в центрі охоплює всі сфери життєдіяльності людини: біологічну, соціальну, психологічну і духовну. На біологічному рівні людина проходить програму детоксикації, задіяна в активні спортивні тренування, трудотерапія. На психологічному рівні ведеться психотерапевтична робота, групова терапія, постійне проговорення

психоемоційного стану. Соціальний аспект передбачає роботу з налагодженням і відновленням стосунків з рідними, адже більшість реабілітантів мають проблеми у соціальному функціонуванні. Так як центр є християнським, то чоловіки мають можливість обрати духовного наставника, брати участь у літургії і щотижневих духовних групах. Це дає змогу набути нові духовні цінності, адже залежність носить езестенційний характер. Повертаючи віру в Бога, людина отримує підґрунтя, для того аби будувати довірливі стосунки з ближніми.

Програма в центрі базується на 12 кроковій Мінесотській моделі, але навчання спеціалісти центру проходили в польському Монарі, тому в центрі авторська модель, поєднання обох досвідів, яка успішно працює 16 років.

Програма базується на таких принципах:

1. Хімічна залежність розуміється як хвороба, яка є первинною, тобто не є проявом іншого захворювання;
2. Залежність є прогресуюча і смертельна, що виникла в наслідок поєднанн багатьох факторів;
3. Первинна мотивація не впливає на результат, тобто коли людина під тиском родини потрапляє в центр, то в процесі може з'явитися мотивація і навпаки;
4. Визнання механізму заперечення та ілюзії;
5. Відповідає за своє одужання пацієнт;
6. Системний підхід до лікування, в якому залучені родичі хворого;
7. Проведення психотерапевтичних груп, лекцій для розуміння механізму узалежнення, заперечення, антирецидивні групи, заняття по голоду написання письмових робіт по «Програмі 12 кроків», відвідування груп АА/АН [46].

Кожен день чоловіків наповнений психотерапією, активним відпочинком та трудотерапією. Реабілітанти проходять програму в терапевтичній спільноті, разом проживають, готують їсти, прибирають. «Терапевтична спільнота – співтовариство для тих, хто зловживає психоактивними речовинами, - це спільнота людей, реабілітація та реадaptaція яких відбувається в структурованому певним чином середовищі, готуючись до майбутнього життя без ПАР у сучасному соціумі»[46].

В терапевтичній спільноті людина пробує безліч соціальних ролей, пробує сили в різних галузях життєдіяльності. Інколи це доволі важко, бо коли чоловік був у місцях позбавлення волі, а отримує функцію охоронця в спільноті, людини яка слідує за дотриманням правил, це викликає опір. Існує ротація функційних в спільноті, тобто одну із функцій чоловік займає приблизно два місяці. Спільнота відтворює соціум, це модель соціальної структури, тут все прозоро, все проговорюється на вечірніх чи ранкових зборах. По суті учасники самі лікують і вказують на недоліки один одного, консультант є регулятором процесу, слідує за дотриманням правил, виконує роль фасилітатора. Правила і процедури тут чітко регламентовані і це створює безпеку і структуру для залежної людини, вчить брати на себе відповідальність за наслідки.

Реабілітація, тобто повернення до вмінь, розділена на чотири етапи, кожен з яких має свої критерії і програму. Два перші спрямовані на усвідомлення хвороби, механізмів її дії, а інші два – на соціалізацію і вмінні брати на себе відповідальність. На кожному з етапів є свої завдання, прописуються письмові роботи, які зачитуються на зборах спільноти, для переведення на наступний етап потрібно виконати певні критерії. Перехід на наступний етап приймається спільнотою і працівниками центру.

На першому етапі реабілітант має такі завдання:

1. усвідомити, що його привело в центр;

2. дослідити минуле, створити власну історію від раннього дитинства до сьогодні, для того аби виявити можливі причини узалежнення;
3. зрозуміти, чому важко позбутися залежності на одинці;
4. переглянути свою історію залежності.
5. усвідомлення залежності як захворювання;
6. дізнатися про вплив алкоголю і наркотиків на організм;
7. дізнатися, що таке первинна, перехресна залежність, толерантність, подвійний діагноз;
8. створити власну схему одужання;
9. навчитися розпізнавати власні заперечення та механізми захисту.

#### Другий етап:

1. зрозуміти, що таке безсилля перед хворобою і як визнання допомагає одужувати;
2. проаналізувати шкоду від вживання речовин на фізичному, матеріальному, духовному, соціальному рівнях;
3. зрозуміти, що одужання це тісні взаємини із вищою силою;
4. провести оцінку та аналіз моральних якостей, та виявити дефекти характеру, над якими потрібно працювати.

#### Третій етап:

1. повністю ознайомитися із «Програмою 12 кроків»;
2. навчитися застосовувати програму в житті;
3. розробити власний план одужання на базі програми;

#### Четвертий етап:

1. продовження роботи над дефектами характеру;
2. планування свого робочого дня незалежно від спільноти, з можливістю відвідувати регламентовані події;
3. активне відвідування груп АА/АН поза межами центру;
4. пошук роботи, можливість працювати перебуваючи в центрі.

## **2.2 Характеристика методик оцінки особистісних особливостей**

Для досягнення мети дослідження необхідно дослідити психологічні чинники, які пов'язані із схильністю до хімічної залежності. Отож, у дослідженні були використані методики спрямовані на виявлення особистісних особливостей, а також методики, визначення рівня «Я-концепції», самоактуалізації та особистісної зрілості.

*1. Модифікований опитувальник FPI (Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник).*

Методику розробили Фаренберг Й., Зелг Х. та Гампел Р. в 1963 р. в Німеччині. Даний опитувальник спрямований на діагностику станів та особистісних особливостей, які мають першочергове значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. Містить висловлювання, які стосуються способів поведінки, емоційних станів, орієнтацій, відношення до життєвих труднощів і т. д. Існує декілька варіантів опитувальника. У нашому дослідженні використана форма В, яка була адаптованою в Україні [3].

Форма В включає в себе 12 шкал: «Невротичність», «Спонтанна агресивність», «Депресивність», «Дратівливість», «Товариськість», «Врівноваженість», «Реактивна агресивність», «Стриманість/Сором'язливість», «Відкритість», «Екстраверсія», «Емоційна лабільність», «Маскулінність-фемінінність». Загальна кількість питань в опитувальнику –

114. Питання сформульовані у формі тверджень, на які респондент повинен дати відповіді «так» або «ні».

*Шкала «Невротичність»* – визначає рівень невротизації особистості. Високі показники вказують певні прояви соматизації, люди можуть часто відчувати головні болі, сильне серцебиття, напруження, інтенсивне потовиділення тощо. Такі люди належать до астеничного типу з вираженими психосоматичними проявами.

*Шкала «Спонтанна агресивність»* – дозволяє виявити схильність до тривалого відчуття образи, споглядання за стражданнями інших, отримання задоволення від нанесення комусь шкоди тощо. Загалом, високі бали за даною шкалою свідчать про високий рівень психопатизації людини, схильність до імпульсивної жорстокої поведінки.

*Шкала «Депресивність»* – дає можливість визначити ознаки, притаманні психопатологічному стану депресії. Люди з високими показниками за даною шкалою схильні до постійного роздумування про негативні події в своєму житті, постійно відчують себе нещасними, схильні звинувачувати себе, вважають, що краще було би не народжуватися. Вони не здатні насолоджуватися життям, їхній депресивний стан проявляється в емоційних переживаннях, поведінці, по відношенню до себе, в соціальному середовищі.

*Шкала «Дратівливість»* – вказує на емоційну стійкість респондента. Високі показники визначають схильність до різких висловлювань, прояву емоційної запальної поведінки з можливістю нанесення комусь чи собі фізичних пошкоджень. Загалом особам з високими балами притаманне афективне відреагування, яке проявляється у словах, емоційних реакціях, поведінці.

*Шкала «Товариськість»* – характеризує здатність до встановлення міцних соціальних зв'язків, потребою в спілкуванні. Особам з високими показниками притаманне бажання знаходитися в оточенні інших людей, вони беруть участь в



організації масових заходів, вільно почуваються при спілкуванні, легко будують дружні стосунки і зберігають теплі почуття до знайомих.

*Шкала «Врівноваженість»* – відображає емоційну стійкість особистості в стресових для неї ситуаціях. Люди з високими показниками здатні добре пристосовуватися до несприятливих умов, вони почуваються досить впевнено, оптимістично налаштовані на вирішення ситуації. Загалом, людям з високими балами за шкалою не притаманні образи, дратівливість, вони обирають спокійну і помірковану стратегію поведінки у стресових ситуаціях.

*Шкала «Реактивна агресивність»* – визначає ознаки психопатії. Особам з високими показниками притаманна підозріливість, агресивне налаштування проти інших людей, прагнення до домінування. Вони легко можуть вдатися до фізичної сили, якщо потрібно відстояти свої інтереси, здатні до помсти, не пробачають образ. Таким людям важко налагоджувати комунікацію з іншими, натомість свого вони досягають фізично силою, моральним тиском, маніпуляціями.

*Шкала «Стриманість/Сором'язливість»* – відображає пасивно-захисну стратегію поведінки у стресовій ситуації. Особи з високими балами характеризуються невпевненістю, закритістю, схильністю відчувати інтенсивний сором, тривогу. Таким особам важко встановлювати соціальні контакти через власну сором'язливість, вони часто передбачають найбільш негативний сценарій для себе, очікують невдач.

*Шкала «Відкритість»* – визначає здатність людини до позитивного ставлення до соціального оточення та рівень самокритичності. Високі показники свідчать про те, що люди з довірою ставляться до інших, легко себе почувають в компанії, не схильні до лицемірства, навпаки, щирі відносно себе та свого оточення.

*Шкала «Екстраверсія-інтроверсія»* – визначає тип особистості за напрямком направлення енергії – екстраверсія чи інтроверсія. Високі бали вказують на екстравертивний тип особистості, якій притаманна висока соціальна активність, прагнення виконувати завдання, які не потребують довгих роздумів, легко можуть висловлювати свою думку, можуть бути досить емоційними. Особам з низькими балами притаманна протилежна поведінка. Для них більш прийнятним є усамітнення чи невелика компанія близьких друзів, вони не так легко вступають у розмову з малознайомими людьми, люблять заняття, які можуть займати багато часу.

*Шкала «Емоційна лабільність»* – визначає здатність до стійкості емоційного стану. Високі бали свідчать про часті і різкі зміни настрою, дратівливість, відчуття пригніченості, самозвинувачення, загальну не здатність до саморегуляції.

*Шкала «Маскулінність-фемінність»* – визначає схильні особистості до маскулінного чи фемінного типу психічної діяльності. Високі бали вказують на маскулінний тип. Таким особам притаманна підвищена агресивність, рішучість, активність, впевненість. Низькі показники свідчать про фемінний тип.

2. *Короткий індекс самоактуалізації (SI)*. Науковці Джоунс і Крендалл у 1986 році розробили короткий індекс самоактуалізації. Методика є скороченою версією «Опитувальника особистісної орієнтації» (POI), що складається з 15 пунктів. Респонденти відповідають на кожне твердження, використовуючи 4-значну шкалу: 1 – не згоден, 2 – частково не згоден, 3 – частково згоден і 4 – погоджуюся. Чим вище загальне значення, тим вищим рівень самоактуалізації у респондента. Високі показники свідчать про те, що особистість здатна добре розрізняти власні емоції та потреби, діяти, прислухаючись до власних прагнень. Така людина може приймати власні й чужі слабкості та недоліки, але бачить і визнає сильні сторони, знає чого хоче й впевнено йде до мети.

3. *«Шкала ясності Я-концепції» (SCC)*. Методика розроблена дослідником Кемпбелом Д., який з колегами вивчили зв'язок між такою характеристикою самоусвідомлення, як «ясність уявлення про себе» (Self-Concept-Clarity – SCC). «Ясність уявлення про себе» відображає те, наскільки чіткі і визначений образ людини про себе, наскільки уявлення про власну ідентичність є внутрішньо узгодженими і стабільними. «Я-концепція» – являє собою певну систему знань, уявлень про себе та ставлення, відображає рефлексивну частину особистості та є стійкою характеристикою людини.

Даний опитувальник використовується для дослідження рівня усвідомленості уявлення про самого себе. Включає в себе 12 тверджень. Респондента просять оцінити їх, використовуючи 5-бальну шкалу, де 1 – абсолютно не згоден 2 – не згоден; 3 – частково згоден; 4 – згоден; 5 – цілком не згоден. Бали підраховуються і визначається рівень ясності Я-концепції. Чим вищий показник, тим вищий рівень. Бали від 0 до 20 означають низький рівень Я-концепції, 21-40 – середній, 41-60 – високий рівень [47].

4. *«Методика діагностики особистісної зрілості»* розроблена групою науковців Руженковим А., Руженковою В.В., Лук'янцевою І.С. та спрямована на визначення рівня розвитку особистісної зрілості. На основі літературних даних, дослідники виділили 5 базових складових (маркерів) особистісної зрілості індивіда: відповідальність, терпимість, самоактуалізація (саморозвиток), позитивне мислення і самостійність, на які вони спиралися при розробці даного опитувальника. Кожна шкала включає по 10 запитань, весь опитувальник включає в себе 50 питань. На кожне питання пропонується 4 варіанти відповіді: «ніколи», «рідко», «часто», «завжди», кожен з яких оцінюється відповідною кількістю балів. В результаті тестування можна буде оцінити як загальний рівень особистісної зрілості, так і кожен окрему складову. Отримання результату проводиться шляхом підрахування балів за кожне питання.

*Шкала «Відповідальність»* – визначає готовність людини брати на себе відповідальність за власні вчинки. Високі бали характеризують людину, яка прагне викликати довіру та виглядати надійною в очах свого оточення. Вона легко бере на себе зобов'язання і виконує поставленні перед нею вимоги, доводить справу до кінця та дотримується правил, обов'язок для неї важливіший власних бажань.

*Шкала «Терпимість»* – спрямована на визначення емоційної стійкості людини у стресових ситуаціях. Високі бали вказують на те, що особа легко може визнати свою помилку, спокійно витримує критику до себе, при конфліктній ситуації не вдається до образ чи агресивної поведінки, розсудливо ставиться до протилежних точок зору інших людей.

*Шкала «Саморозвиток»* – вимірює прагнення особистості до самовдосконалення. Високі показники свідчать про готовність люди до постійного розвитку, переймання досвіду від інших, читання художньої літератури, розвитком фізичної підготовки, вивчення іноземних мов тощо. Низькі бали вказують на те, що людині часто буває нудно, вона не знає, чим себе зайняти, має доволі консервативні погляди, нелегко відмовляється від своїх звичок.

*Шкала «Позитивне мислення»* – визначає здатність особистості при вирішенні життєвих труднощів і важливих завдань бачити в основному переваги, життєвий досвід, можливості і ресурси їх здійснення. Високі бали притаманні особистості, котра у будь-якій ситуації намагається знаходити позитивні сторони, високо оцінює власні можливості та покладається на них, не зневірюється і не панікує у стресових ситуаціях. Низькі бали вказують на те, що особа більш гостро сприймає власні недоліки, труднощі, поділяє світ на людей на «хороших» та «поганих».

*Шкала «Самостійність»* – вимірює здатність людини до рішучості, власної незалежних дій, суджень. Високі бали характеризують особу, котра, перша за все, покладається на власні сили і можливості, не прагне постійних порад від інших, відчуває, що може бути творцем власного життя. Особи з низькими балами прагнуть відповідати модним тенденціям, легко погоджуються з думкою інших людей, схильні діяти відповідно до думки старших, авторитетних людей.

5. *Проективна методика Тест руки Вагнера*, опублікована Вагнером Е., Брайкліном Б., Піотровським З. та в 1961 році і призначена для передбачення здатності до відкритої агресивної поведінки. «Hand-test» вигідно відрізняється від найбільш відомих проективних методик відносною простотою. Як і більшість проективних методик, даний тест є засобом глибинного дослідження особистості. Можливість прогнозувати схильність до «відкритої агресивної поведінки» становить специфічну особливість тесту.

Стимульний матеріал тесту складають 9 стандартних зображень кистей рук і одна порожня таблиця, при показі якої просять уявити кисть руки і описати її уявні дії. Зображення пред'являються в певній послідовності і положенні. Досліджуваний повинен відповісти на питання про те, яку, на його думку, дію виконує намальована рука (або сказати, що здатна зробити людина, рука якої приймає таке положення).

Оцінка отриманих даних здійснюється за наступними категоріям:

*Агресія* (Адд) – рука сприймається як домінуюча, така, що завдає пошкодження, активно захоплюючи який-небудь предмет.

*Директивність* (Dir) – рука описується як ведуча, спрямовуюча, така, що перешкоджає, пануюча над іншими людьми. Наприклад, респондент може описувати руку як таку, що читає нотації, проповіді, повчає, дає вказівки тощо.

*Емоційність* (Aff) – визначається наявністю відповідей, в яких рука сприймається як така, що виражає прихильність, любов, позитивне, доброзичливе ставлення до інших. До цієї категорії відносяться відповіді, в яких рука пропонує дружбу або допомогу.

*Комунікація* (Cogn) – відносяться відповіді, в яких рука спілкується або намагається спілкуватися з кимось. При цьому спілкується знаходиться в рівній або підпорядкованій позиції по відношенню до партнера. Наприклад, досліджуваний каже, що рука прагне домовитися, передає інформацію, показує дорогу тощо.

*Залежність* (Dep) – рука сприймається як така, що шукає допомоги або підтримки у інших людей. Наприклад, людина вказує, що рука просить, взиває про допомогу тощо.

*Страх* (F) – шкала відображають відчуття страху перед повторним ударом, агресією з боку інших людей. У таких відповідях рука може виступати як жертва агресивних проявів або прагнути захистити себе від фізичних впливів і пошкоджень.

*Демонстративність* (Ex) – відображає сприйняття руки, яка різними способами виставляє себе напоказ. Приклади: «Показує комусь руку», «Милується нігтями», «Показує лак на нігтях» тощо.

*Інвалідність* (Crip) – рука сприймається як деформована, хвора, нездатна до будь-яких дій.

*Опис* (Des) – включає відповіді, що є фізичним описом руки, при цьому не фіксується і не має на увазі будь-яка тенденція до дії і наявність енергії. Приклади: «Красива рука», «Неприваблива рука», «Пухка рука» тощо.

*Напруга* (Ten) – описує відповіді, в яких рука витрачає певну енергію, але практично нічого не досягає. Респондент може говорити про те, що рука прагне утриматися, нервово стискається тощо.

*Активні безособові відповіді (Act).* Ця категорія включає відповіді, в яких рука робить будь-яку дію, виконання якого не вимагає присутності іншої особи. Приклади: «Тягне», «Пише», «В'яже» тощо.

*Пасивні безособові відповіді (Pas).* Наприклад, «Лежить, відпочиваючи», «Спокійно витягнута»

*Галлюцинації (Bas).* До цієї категорії відносяться відповіді неймовірного, незвичайного, і разом з тим страшного і лякаючого змісту. При цьому контури малюнка, як правило, ігноруються. Приклади: «Великий клоп», «Голова смерті», «Півень з відрубаною головою» і т.д.

Дані категорії об'єднуються в узагальнені шкали:

*Схильність до відкритої агресивної поведінки* –  $1 = (Адд + Dir) - (Aff + Corn + Dep)$  или  $I = (Адд + Dir) - (Aff + Corn + Dep + F)$ .

*Ступінь особистої дезадаптації* –  $MAL = Ten + Crip + F$ .

*Тенденція до уникнення реальності* –  $WITH = Des + Bas + Fail$ .

*Наявність психопатології* –  $PATH = MAL + 2 WITH$ .

### **Висновок до другого розділу**

У розділі описано соціодемографічні характеристики досліджуваної групи, охарактеризовано специфіку реабілітаційної програми в РЦ «Назарет, адже надалі в роботі буде проведено дослідження особистісних характеристик відносно етапу реабілітації. Також в даному розділі описано методики психологічного дослідження, які відповідають меті роботи і цілям дослідження.

Підбір методологічного інструментарію для виявлення особистісних корелят схильності до хімічної залежності чоловіків, а також психодинамічних категорій «Яконцепції», самоактуалізації та особистісної зрілості, опирається на попередні дослідження авторів. Для роботи з респондентами обрано наступні методики: Фрйбургський багатофакторний особистісний опитувальник FPI

(Й.Фаренберг, Х.Зелг, Р. Гампел; 1963), адаптований Луценко О.Л; проективна методика «Hand-test» (Є. Вагнер, З. Пиотровский, Б. Бриклин), адаптований Т.Н.Курбатовой; методика діагностики особистісної зрілості (В.А.Руженков, В.В.Руженкова, И.С.Лукянцева); Індекс ясності Я-концепції (SCC), розроблена Кемпбелом Д.; короткий індекс самоактуалізації (SI).

### **РОЗДІЛ 3.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ КОРЕЛЯТ ХИЛЬНОСТІ ДО ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ**

### **3.1 Розподіл особистісних особливостей у досліджуваній групі**

У процесі проведення дослідження, за допомогою методу описової статистики було виявлено середні показники особистісних особливостей у групі осіб з хімічною залежністю за методикою FPI (Додаток А). Так в групі наших респондентів найбільш вираженими є такі особистісні риси як невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, реактивна агресія, сором'язливість, відкритість, емоційна лабільність. Середні значення за даними шкалами становить 7, що означає високий рівень вираження даних рис особистості. Дивлячись на ці результати описової статистики, можемо говорити про результати, які обґрунтовані в дослідженнях багатьох науковців, таких як Максимов А.В., В.Д.. Менделевич, С. Михайлів, В.В. Литвиненко, А.М.Хлестова, які наведені у розділі 1.3.



Натомість, найменш вираженим є показник Товариськості. Залежним чоловікам важко будувати стосунок із оточенням, так як залежні особи характеризуються аутизацією (С.Ю. Грузкова) [42], замкнутістю, відходом від реальності, згідно досліджень Н.Ю. Максимова [13]. У групі чоловіків із хімічною залежністю за шкалами «Екстраверсія-інтроверсія» та «Маскулінність-фемінність» середні показники становлять 5, що вказує на середнє значення вираження певної окремої ознаки (Рис.3.1).

Метод описової статистики показав нам розподіл рис особистості і за методикою особистісної зрілості. Виявлено, що групі наших досліджуваних притаманний середній рівень особистісної зрілості за всіма окремими складовими (Рис.3.2). На противагу інші дослідження говорять про низький рівень особистісної зрілості залежних осіб, що характеризується безвідповідальністю, депресивністю, низькою толерантністю до фрустрації. Згідно Г.Олпорта зрілій особистості притаманний постійний процес індивідуалізації.

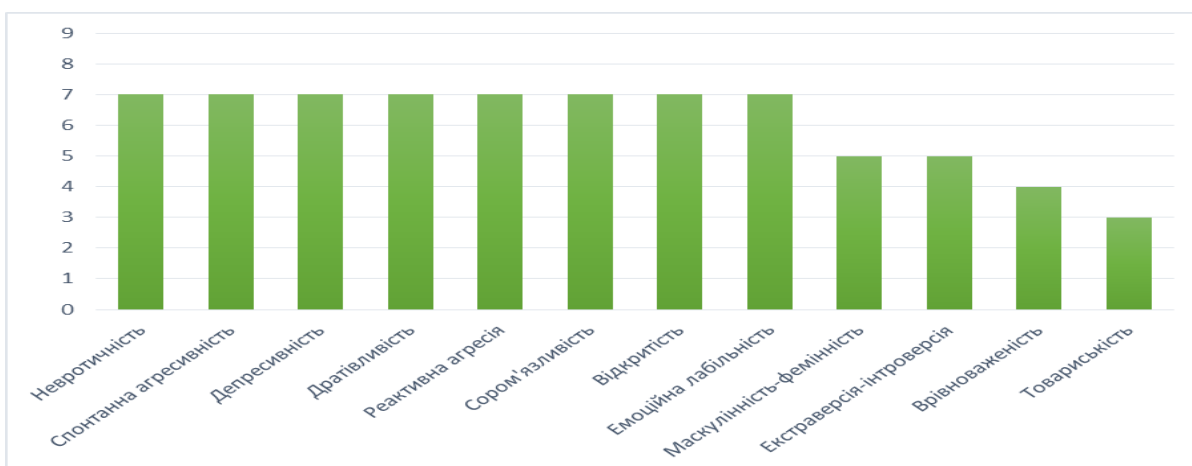


Рис.3.1 Розподіл особистісних особливостей у досліджуваній групі

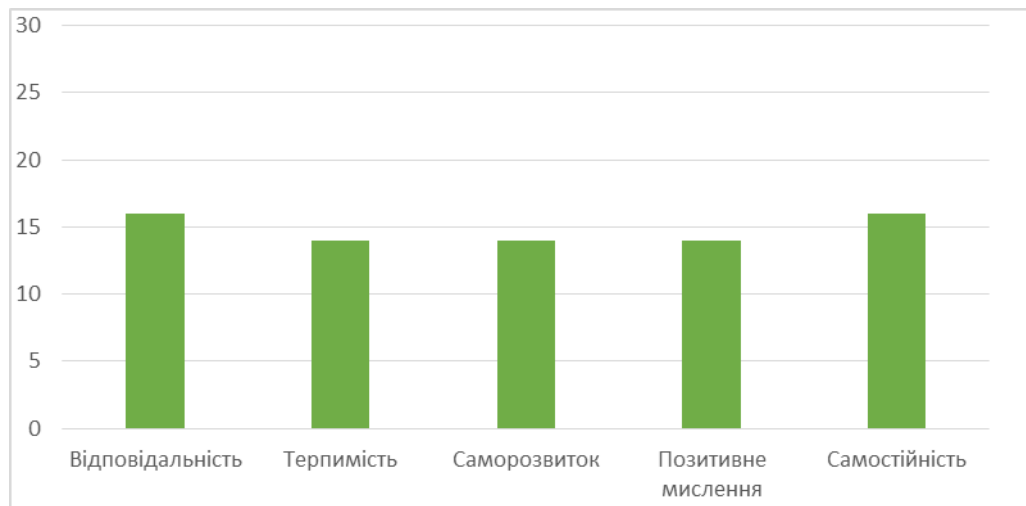


Рис.3.2 Розподіл рис особистісної зрілості у досліджуваній групі

Також було встановлено рівень ясності Я-концепції та індексу самоактуалізації для групи чоловіків із хімічною залежністю. Так виявлено, що середній показники рівня ясності Я-концепції становить 35, що означає достатньо добру «Я-концепцію». Ясність Я-концепції полягає у рефлексивності особи, вмінні описувати і розуміти свій стан. В результаті емпіричних досліджень показників Я-концепції, Н.Ю.Максимов, О.С. Кочарян, М.О. Антонович говорять про низькі показники ясності Я-концепції у хімічно залежних, які проявляються у низькій самооцінці, схильності вдаватися до захисних механізмів, емоційній лабільності, тому показники даного конструкту можна підважувати. В багатьох дослідженнях йде мова про високі показники недостовірності і брехні у таких вибірках.

Індекс самоактуалізації у групі становить 55, що виражає середній рівень здатності досліджуваної групи розрізняти власні емоції, потреби та діяти, прислухаючись до власних прагнень. Цей показник рівня самоактуалізації можна поставити під сумнів. Залежні особи рідко є самореалізованими особистостями, які відчувають, що вони є тими ким хотіли стати, реалізують свій внутрішній потенціал. Згідно О.М.Линда, А.Н. Линда , хворі мають знижену критичність до хвороби і власної особистості [22]. Оцінка показників Я концепції та рівня самоактуалізації залежить від стану хворого, коли особа

виходить з абстинентного синдрому, то оцінює себе за вищими показниками аніж у стані гострої абстиненції. Це пояснюється також наявністю захисного механізму заперечення та ілюзії. В реабілітаційному процесі багато уваги приділяється усвідомленню цих механізмів, коли залежна особа перестає вживати, вона забуває про негативний досвід вживання, має ілюзію, що зможе контролювано вживати і це призводить до рецидиву.

### **3.2. Виявлення відмінностей особистісних характеристик чоловіків з хімічною залежністю відповідно до етапу реабілітації та виду хімічної залежності.**

Для того, щоб перевірити гіпотезу дослідження щодо того, що існують відмінності в особистісних характеристиках осіб з хімічною залежністю відповідно до етапу реабілітації та виду хімічної залежності, було використано непараметричний метод порівняльного аналізу для двох груп (критерій Манна-Уїтні).

В дослідженні порівнювали особистісні особливості осіб, які знаходяться на першому і другому етапі реабілітації та осіб, які знаходяться на третьому і четвертому етапі. Термін перебування на кожному етапі визначається індивідуальними характеристиками особи і залежить від багатьох чинників як біологічних (напр. наявність розладів, вік, рівень деградованості, стан здоров'я, інтелект) так і соціально-психологічних. Тобто перехід між етапами відбувається за умови виконання завдань, які поставлені ними і відповідності певних критеріїв. У першу вибірку потрапили особи, які тільки розпочали реабілітацію - перший етап та другий етап. Друга група – це особи, які перебувають на третьому та четвертому етапі. Два перші спрямовані на усвідомлення хвороби, механізмів її дії, подолання заперечення, а інші два – на соціалізацію і вмінні брати на себе відповідальність. Було встановлено статистично значущу відмінність між особами, які знаходяться на початковому і

завершальному етапах реабілітації за шкалами «Реактивна агресія» ( $p=0,04$ ,  $p \leq 0,05$ ) (Рис. 3.3) та «Саморозвиток» ( $p=0,02$ ,  $p \leq 0,05$ ) (Рис. 3.4), (Таблиця Б.1. ). Таким чином, отримуємо підтвердження гіпотези, яка вказує на ефективність реабілітаційної програми.

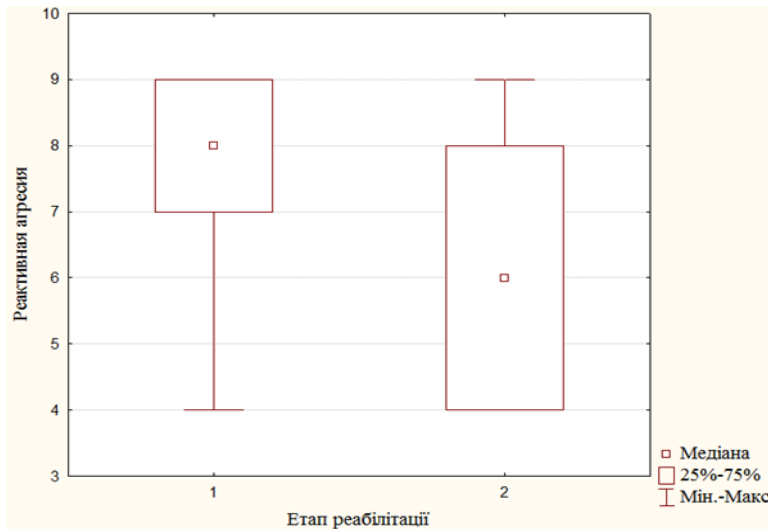


Рис.3.3. Порівняння показників за шкалою «Реактивна агресія» в осіб з хімічною залежністю на різних етапах реабілітації.

Так люди, які проходять завершальний етап реабілітації, на відмінну від тих, хто лише починає, у меншій мірі проявляють агресивне ставлення до соціального оточення, виражають прагнення до домінування. В статуті центру пописані «золоті правила», згідно яких, прояв агресії вербальної чи прямої карається, навіть виключенням з центру. Ці правила покликані забезпечити безпеку перебування, яка є базовою потребою особи. Коли чоловік має почуття гніву, агресії, люті, з ним працюють психологи, вчать проговорювати свій стан на групах і в індивідуальних розмовах, кожного тижня відбуваються заняття з асертивної поведінки, особа вчиться говорити про свої почуття через «Я-повідомлення». Весь комплекс заходів забезпечує досягнення такого результату із зменшення показника реактивної агресії. Люди з певним досвідом реабілітації також є більш незалежними від інших, здатні проявляти

рішучість, власну ініціативу в більшій мірі. Упродовж реабілітаційних заходів зменшується потреба використовувати агресивне відреагування, як захист від недовіри й образ, а також розрізняти свої потреби і самостійно їх задовольняти.

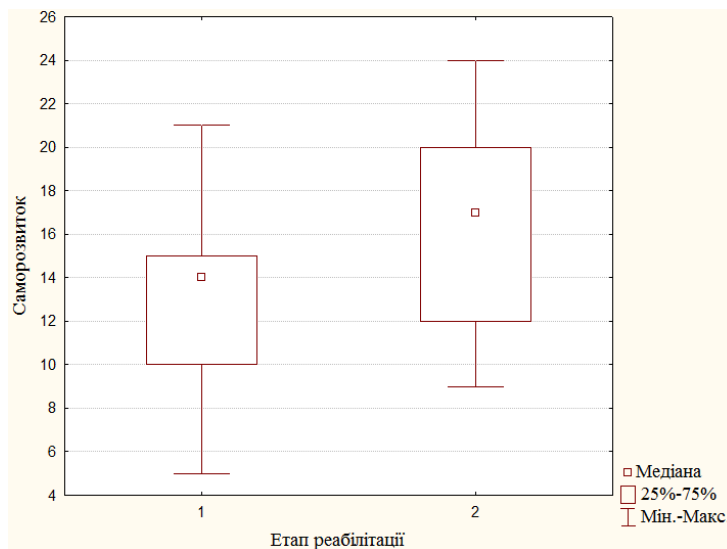
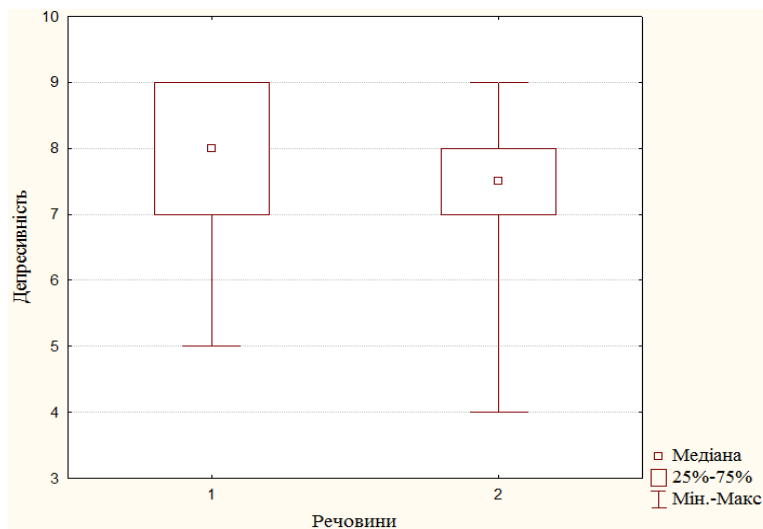


Рис.3.4. Порівняння показників за шкалою «Саморозвиток» в осіб з хімічною залежністю на різному етапі реабілітації

Показник Саморозвитку на пізніх етапах реабілітації збільшується, що ймовірно зумовлено програмою центру, яка побудована таким чином аби відкрити потенціал, розвинути нові навички. Саморозвиток є шкалою особистісної зрілості, це умова самоактуалізації особистості. Необхідною умовою для саморозвитку є самопізнання, яке відбувається постійно в процесі реабілітації за допомогою психотерапії, групової терапії, духовної програми, трудотерапії, фізичної активності. Особа знаходиться у постійному процесі віддзеркалення себе терапевтичною спільнотою, може знайти своє відображення в «материнських очах».

За допомогою непараметричного порівняльного методу (критерій Манна-Уїтні) також було встановлено статистично значущу відмінність між групами осіб з алкогольною залежністю та наркозалежністю за шкалами

«Депресивність» ( $p=0,03$ ,  $p \leq 0,05$ ) (Рис. 3.5) та «Сором'язливість» ( $p=0,02$ ,  $p \leq 0,05$ ) (Рис. 3.6), (Таблиця Б.2.). Група під номером 1 – алкозалежні, група 2 – наркозалежні. Отримуємо підтвердження гіпотези про різницю між залежними



за речовинами.

Рис.3.5 Порівняння показників за шкалою «Депресивність» в осіб з різними видами хімічної залежності

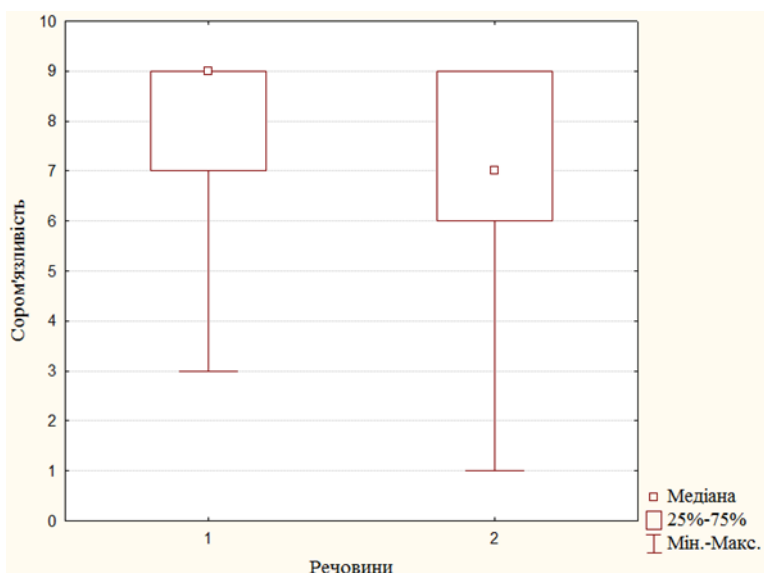


Рис.3.6 Порівняння показників за шкалою «Сором'язливість» в осіб з різними видами хімічної залежності.

Встановлено, що особам з алкогольною залежністю в більшій мірі притаманна схильність до переживання суму, боязкості, невпевненості, характерна стриманість, розгубленість, знижена здатність до встановлення контактів. Натомість, особам з наркотичною залежністю в меншій мірі схильні до даних переживань. Вони, на відмінну від осіб із алкогольною залежністю, більш сміливі, рішучі, схильні до ризику, не розгублюються при зіткненні з незнайомими речами і обставинами.

Вираження такої риси як депресивність у алкозалежних має місце у дослідженні відмінностей особистісних особливостей чоловіків за видом залежності, проведене С.Ю. Грузковим [42]. Згідно результатів, алкозалежні відрізняються від наркозалежних високими показниками писемізму та імпульсивності, що відображається у депресивності особи, наявності тривоги. Може видаватися, що алкозалежні уникають контактів, але насправді вони мають потребу в близькості і увазі рідних. Мають велике почуття сорому і провини, аутоагресії. Разом з тим для алкозалежних характерним є антисоціальна поведінка, протест проти правил, агресія проявляється до близького оточення. В реабілітаційному центрі спостерігається на групах, що алкозалежні мало активні на групах, перелякані, їм важко давати зворотні зв'язки, на відміну від наркозалежних.

Опря Е.В. теж підтверджує наявність депресивного та дисфоричного синдрому у алкозалежних. Згідно даних дослідження від 10% до 45% алкозалежних мають депресивні розлади, натомість їхні рідні – афективні [40].

Животовська В.В., Борисенко В.В., досліджуючи особистісні особливості пацієнтів із запійними формами алкоголізму, отримують профіль алкозалежного, який невпевнений у собі, має знижений настрій, переважають гальмівні риси характеру [49].

Аталієва А.О. в дослідженні порівнюючи алко- та наркозалежних отримує відмінність за схильністю до депресивних та маніакальних станів в

алкозалежних осіб, нейротизм виступає базовою рисою хімічно залежної особи [50].

### 3.3. Виявлення зв'язків між особистісними рисами, показниками Я-концепції та показниками особистісної зрілості.

За допомогою кореляційного аналізу (критерій Спірмена), було встановлено статистично значущі зв'язки між шкалою «Я-концепція» із шкалами «Невротичність» ( $r=-0,37$ ), «Емоційна лабільність» ( $r=-0,40$ ), «Депресивність» ( $r=-0,47$ ), (Рис.3.7.). Результати кореляційного аналізу зображені в Додатку В.

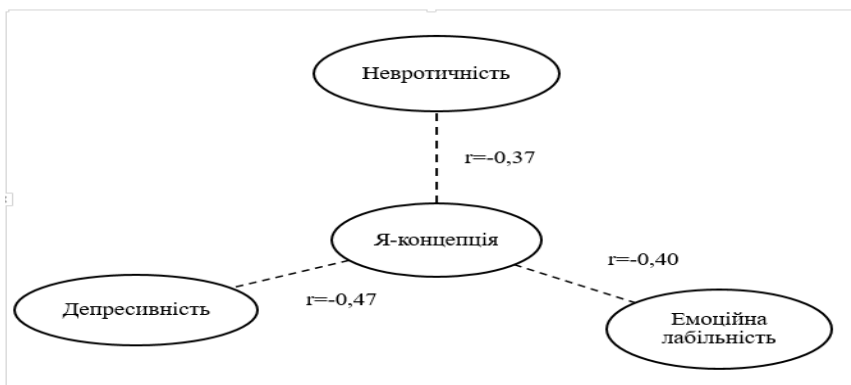


Рис.3.7. Кореляційна плеяда зв'язку шкали «Я-концепція» з іншими особистісними характеристиками

Таким чином, чим нижчий рівень чіткості і визначеності образу себе у людини із хімічною залежністю, тим вищий рівень невротизації, схильності до частих і різких зміни настрою, постійного роздумування про негативні події в своєму житті, відчуття себе нещасним.

Високі показники невротизму вказують на певні прояви соматизації, люди можуть часто відчувати головні болі, сильне серцебиття, напруження, інтенсивне потовиділення, перепади артеріального тиску тощо. Такі люди належать до астеничного типу з вираженими психосоматичними проявами. Так як залежні не ідентифікують емоцій, не розуміють свого стану, тіло виконує



рогулятивну функцію – соматизуючи, посилаючи сигнали про неконгурентність стану.

Залежні люди невротичні риси сприймають без критики, вони є їх сутністю, рисами характеру, про що свідчать попередні високі показники ясності Я-концепції. Це як спосіб справлятися з тривогою, депресивними станами, вони є способом адаптації до середовища, сформувалися згідно психодинамічної концепції при переході між етапами психосексуального розвитку. Коли індивід не може опиратися на власні почуття - емоційно лабільний, агресивний, це негативно впливає на стосунки з оточенням.

Згідно К. Роджерса, залежні особи ймовірно отримували обумовлену увагу, тобто їх любили за хороші поступки. Виростає особистість непристосована до життя, не розуміє своїх емоцій, ігнорує сигнали тіла, контролює свої реакції. Коли є порушення Я-концепції, розвиваються психопатологічні порушення, особа відчуває постійну тривогу, розвивається невроз. Слід відмітити, що згідно К. Хорні, великий розрив між Я-ідеальним і Я-реальним – веде до депресії.

О. С. Кочарян, М. В. Савіна, В. В. Слюсар, М. О. Антонович, досліджуючи особливості Я-концепції залежних отримують кореляцію із такими рисами як авторитарність, агресивність, доброзичливість, альтруїстичність в поєднанні з показником високого рівня індексу домінування. При тому хочуть подобатися оточенню, одягаючи маску доброзилivosti [51].

Статистично значущі зв'язки було встановлено також між шкалою «Індекс самоактуалізації» із шкалами «Дратівливість» ( $r=-0,38$ ), «Реактивна агресія» ( $r=-0,28$ ), «Сором'язливість» ( $r=-0,37$ ) (Рис.3.8.).

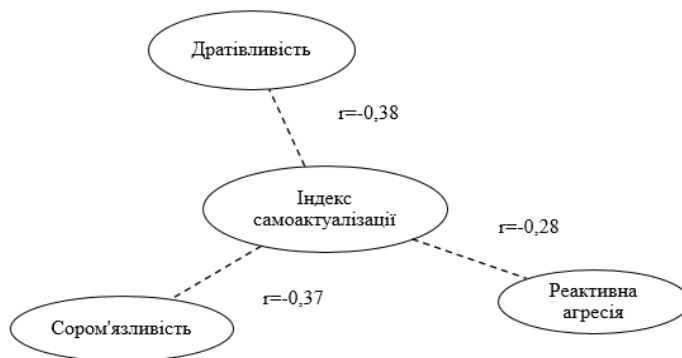


Рис.3.8. Кореляційна плеяда зв'язку шкали «Індекс самоактуалізації» з іншими особистісними характеристиками

Тобто, чим нижчий рівень здатності розрізняти власні емоції та потреби, діяти, прислухаючи до власних прагнень, тим вищий рівень схильності до різких висловлювань, прояву емоційної запальної поведінки, агресивне налаштування проти інших людей, прагнення до домінування, відчуття інтенсивного сорому, тривоги. Хімічно залежна особа не є на шляху розкриття свого потенціалу, професійної реалізації і це призводить до роздратування, сорому, як базового почуття залежних осіб.

Встановлено статистично значущі зв'язки з інтегрованою шкалою «Особистісна зрілість» із шкалами «Невротичність» ( $r=-0,39$ ), «Депресивність» ( $r=-0,42$ ), «Дратівливість» ( $r=-0,38$ ), «Реактивна агресія» ( $r=-0,41$ ), «Сором'язливість» ( $r=-0,30$ ), «Емоційна лабільність» ( $r=-0,41$ ), «Я-концепція» ( $r=0,34$ ), «Індекс самоактуалізації» ( $r=0,53$ ) (Рис.3.9.).

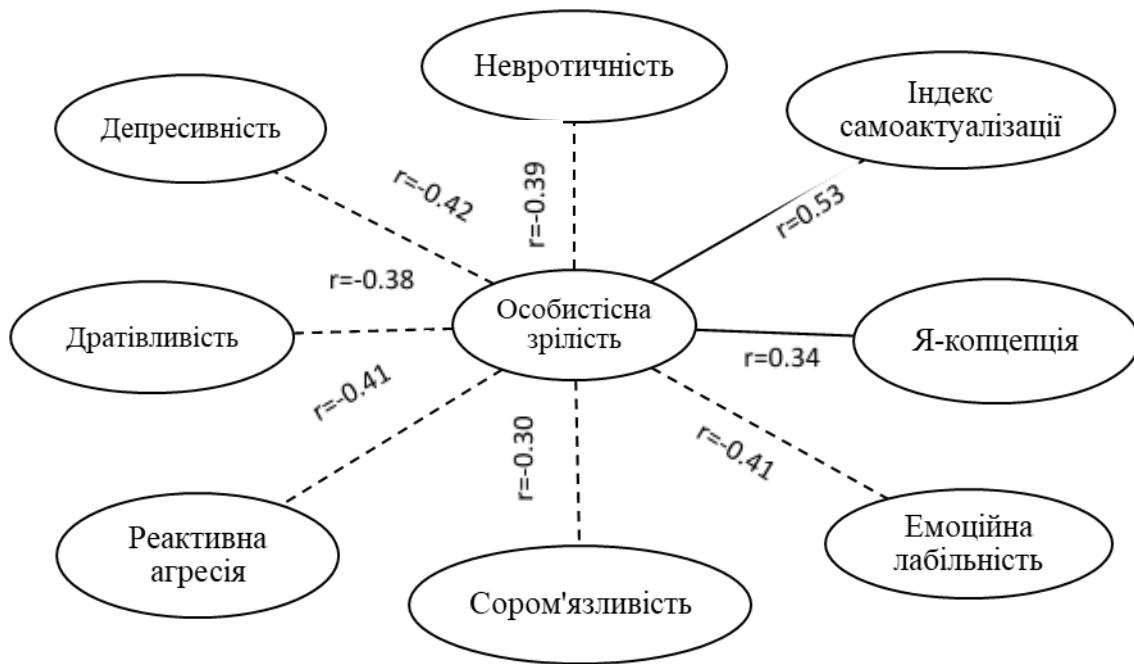


Рис.3.9. Кореляційна плеяда зв'язку шкали «Особистісна зрілість» з іншими особистісними характеристиками

Особистісна зрілість полягає у тому щоб розводити ідеальні і реальні цілі, робити малі рутинні справи, щоб досягнути мети. Залежна людина, коли вживає речовину – стає у фантазіях весільною, але коли стикається з реальністю – має сильні розчарування і впадає в депресивні стани.

Отже, чим нижчий рівень відповідальності, емоційної стійкості людини у стресових ситуаціях, вмінні бачити в труднощах переваги, життєвий досвід, здатність до рішучості, власних незалежних суджень, тим вищий рівень невротичності, депресивних станів, звинувачення себе, схильності до запальної, агресивної поведінки з можливістю нанести комусь шкоду, переживання невпевненості, закритості, тривоги, різкої зміни настрою, нестабільного емоційного стану в осіб із хімічною залежністю. Натомість зріла особистість розуміє хто вона, яке її місце в житті, самоактуалізована.

Згідно онтопсихології (А.Мененгетті) незріла особистість звинувачує оточення у невдачах, відповідальність за свої вчинки перекладає на зовнішні обставини. Щоправда, особа може вирішувати свої проблеми і задачі до того ступеня, до якого навчили її дорослі. Така тенденція поведження із залежними підтримується оточенням. Тому багато психоедукаційної роботи проводиться в центрі із співзалежними, бо коли і надалі вирішувати всі проблеми замість залежного, то він ніколи не відчує наслідки вживання і не зможе подорослішати.

### 3.4. Виявлення особистісних корелят, які найбільше детермінують схильність до хімічної залежності.

Для того, щоб перевірити наш третю гіпотезу щодо особистісних особливостей, які детермінують схильність до хімічної залежності, ми застосували дискримінантний аналіз. Оскільки показник лямбда Уїлкса має статистично значущий показник ( $\lambda = 0,56$ ,  $F = 3,4$ ,  $p < 0,05$ ), нашу модель особистісних рис, які детермінують хімічну залежність - можна вважати успішною. До такої моделі увійшли наступні особистісні риси – сором'язливість, спонтанна агресивність, відкритість, ясність Я-концепції, реактивна агресія, індекс самоактуалізації, врівноваженість, відповідальність, саморозвиток (Рис.3.10)

Variable Enter/Remove	Summary of Stepwise Analysis										
	Step	F to entr/rem	df 1	df 2	p-level	No. of vars. in	Lambda	F-value	df 1	df 2	p-level
Соромязливість-(E)	1	5,988529	1	48	0,018110	1,000000	0,889078	5,988527	1	48	0,018110
Спонтанна агресивність-(E)	2	3,930353	1	47	0,053285	2,000000	0,820467	5,142237	2	47	0,009559
Відкритість-(E)	3	3,885531	1	46	0,054737	3,000000	0,756561	4,933805	3	46	0,004707
Ясність Я-концепції-(E)	4	2,484768	1	45	0,121958	4,000000	0,716972	4,440984	4	45	0,004132
Реактивна агресія-(E)	5	1,455809	1	44	0,234045	5,000000	0,694010	3,879936	5	44	0,005333
Індекс самоактуалізації-(E)	6	2,260418	1	43	0,140028	6,000000	0,659349	3,702636	6	43	0,004699
Врівноваженість-(E)	7	2,085550	1	42	0,156118	7,000000	0,628158	3,551745	7	42	0,004364
Відповідальність-(E)	8	3,397183	1	41	0,072545	8,000000	0,580092	3,709803	8	41	0,002423
Саморозвиток-(E)	9	1,179985	1	40	0,283862	9,000000	0,563470	3,443188	9	40	0,003182

Рис.3.10. Модель особистісних рис для схильності до хімічної залежності

Отже, дана модель дає нам можливість спрогнозувати схильність до хімічної залежності. Зокрема, виявлено, що така риса особистості як сором'язливість ( $F = 6, p < 0,05$ ) найбільшою мірою визначає таку схильність.

Почуття сорому та провини Роналд Т. Поттер-Ефрон, називає базовими почуттями хімічнозалежних. Сором торкається центральної ідентичності особистості, його Самості, ставить під сумнів доцільність існування, це болісне усвідомлення своєї дефектності, носить аутоагресивний характер. Соромязливість як риса особистості формується в дитинстві, коли дитину занадто присоромлювали, росла в алкогольній сім'ї, мала викривлене віддзеркалення Самості. Соромлячись, особа відчуває сильну напругу і позбувається її за допомогою ПАР, займається самообманом [44].

С.Ю. Більман описує соромязливих людей так: тривожні, залежать від оточення, мають низьку самооцінку, емоційно нестійкі, їм притаманні риси превалюючі у залежних осіб [45].

### **Висновки до третього розділу**

Згідно результатів описової статистики, отримуємо високі показники за шкалами Невротичність, Спонтанна агресивність, Депресивність, Дратівливість, Реактивна агресія, Соромязливість, Відкритість, Емоційна лабільність; середні показники з шкалами Екставерсія-Інтроверсія та Фемінність-Мускулінність; низькі показники за шкалами Врівноваженість і Товариськість. Результати, які отримані у методиці FPI, підтверджують виділені риси схильної до залежності особистості в попередніх дослідженнях, як і в теоретичній моделі. За винятком високих показників за шкалою Відкритість, що можна пояснити дією терапевтичної спільноти, згідно правил якої всі процеси мають проходити прозоро і відкрито, що спонукає учасників програми виносити і проговорювати свій емоційний стан на групах.

Показники за шкалами Я-концепція, індекс самоктуалізації та особистісної зрілості показали середні результати, що підважується багатьма авторами.

Хімічно залежні чоловіки зазвичай не мають чітких орієнтирів у житті, не розуміють свого призначення, мають проблеми із розумінням своїх емоцій, не мають уявлення себе реального, не розвивають природних схильностей, а також головною рисою залежної особистості є інфантильність, що суперечить зрілій позиції. Згідно теорії Роджерса, особистість прагне до самоактуалізації, тобто хоче реалізувати свої природні схильності і задатки, це і є рушійною силою людини. Програма в реабілітаційному центрі на перших двох етапах скерована на самоусвідомлення, розвиткові рефлексивних навичок, а також усвідомленні захисних механізмів.

Чим нижчий рівень здатності розрізняти власні емоції та потреби, діяти, прислухаючись до власних прагнень, тим вищий рівень схильності до різких висловлювань, прояву емоційної запальної поведінки, агресивне налаштування проти інших людей, прагнення до домінування, відчуття інтенсивного сорому, тривоги. Хімічно залежна особа не є на шляху розкриття свого потенціалу, професійної реалізації і це призводить до роздратування, сорому, як базового почуття залежних осіб.

Середній вік початку вживання становить 15 років, тобто у підлітковому віці, коли особистість є в періоді формування ідентичності. Ідентифікація згідно Е.Еріксона – це приймати минуле, бути в моменті, мати цілісне відчуття Я. Натомість підліток має дифузну ідентичність, знаходиться в процесі становлення. Піліток приймає хімічні речовини аби пізнати себе, відчути кордони Я, які від нього вислизують, коли він тверезий. Вживання допомагає виходити із себе, послаблює кризу ідентичності, але особистість так і застрягає у цьому стані, не може стати зрілою.

Особистісна зрілість полягає у тому щоб розводити ідеальні і реальні цілі, робити малі рутинні справи, щоб досягнути мети. Залежна людина, коли вживає речовину – стає у фантазіях всесильною, але коли стикається з реальністю –

має сильні розчарування і впадає в депресивні стани. Натомість зріла особистість розуміє хто вона, яке її місце в житті, самоактуалізована.

Порівняння особистісних корелят хімічнозалежних осіб, які знаходяться на початковому і пізніх етапах реабілітації проводилося з метою діагностики ефективності реабілітаційної програми, щоб відслідкувати її вплив на особистісні показники, виявити чи є зміни в процесі реабілітації. Отримані показники свідчать про зменшення показників за шкалою Реактивна агресія та збільшення показника Саморозвитку.

Наступною метою нашого дослідження було порівняти особистісні кореляти алко- і наркозалежних, подивитися чи є відмінності. Отримані результати (алкозалежні відрізняються від наркозалежних за шкалами Депресивність та Соромязливість) підтвердили таку відмінність. Алкоголь на фізіологічному рівні стимулює і пригнічує нервову систему і його найбільше використовують для боротьби з тривогою і депресією. Алкоголь руйнує здатність до сублимації, аналітики говорять про несвідому гомосексуальну прив'язаність до батька, фіксацію на оральній стадії розвитку, аутоеротизм. Потер Ефрон описує адиктивну схему для алкозалежних – «сором – п'яне безстидство – ще більший сором – збільшення п'янства». З цього витікає, що домінуючими рисами алкозалежних осіб є депресивність і соромязливість, які призводять до скерування агресії на себе і ще більшого вживання. Алкозалежні справляються із депресією за допомогою роботи, натомість наркозалежні відкидають будь-яку роботу [44].

Депресія у наркозалежних не розвивається, так як агресія має спрямування на зовні, вони відносяться до світу гірше ніж алкозалежні, як потребують близькості і підтримки. Для наркозалежних характерна садистична дія примітивного Супер-Его, яке втягує їх в конфлікти.

У третій гіпотезі отримані результати показують наступні особистісні риси, які детермінують схильність до хімічної залежності – сором'язливість, спонтанна агресивність, відкритість, ясність Я-концепції, реактивна агресія, індекс самоактуалізації, врівноваженість, відповідальність, саморозвиток.

Реабілітація хімічно залежних осіб повинна полягати у ослабленні особистісних характеристик, які перешкоджають її соціалізації.

## **ВИСНОВКИ**

Обираючи тему роботи, бралася до уваги актуальність і гострота проблеми рівня захворюваності у суспільстві. Так як вживання ПАР є провідним фактором ризику втрати працездатності, здоров'я та загрозою смерті. Зрозуміти причину і виявити фактори узалежнення дуже важко, бо для деякого узалежнення є втечею від важкого життя, а для іншого пошук задоволення і швидка винагорода. Зловживання ПАР має захисну і адаптивну функцію, захищаючи особу від потужних афектів, таких як гнів, сором, почуття провини, депресія. Особа при тому відходить в іншу реальність, аутизується, має важкість будувати і підтримувати стосунки.

Враховуючи мультифакторність захворювання, у першому розділі проаналізовано вплив біологічних, соціальних, а також психологічних факторів, які впливають на схильність до хвороби. Згідно теми даної роботи ми детальніше зупинилися на вивченні особистісних корелят схильності до хімічної залежності, а також на психодинамічному трактуванні хвороби залежності.

Психодинамічні концепції обґрунтовують формування схильності до хімічної залежності як: фіксацію на оральній стадії розвитку, дефіцит сексуального задоволення, аутоеротичну поведінку; відхід від реальності і депресивних станів; застигання в ембріональному стані, незрілість особистості; заспокоєння голосу внутрішнього критика; порушення привязаності і реакції на



травму; структурний дефіцит, розлади Самості, нарцисичний розлад; формування фальшивого Селф; відсутність вищого сенсу в житті; спроба самолікування, компенсації структурних дефіцитів, спроба підсилити Селф; формування контейнеру, який допомагає пережити біль; низький рівень самоактуалізації та ясності Я-концепції.

Проаналізувавши теоретичні підходи, складено перелік особистісних рис, які при генетичній схильності і несприятливому оточенню призведуть до формування залежності: інфантильність, депресивність, реактивна агресія, емоційна лабільність, екстернальність, низька толерантність до фрустрації, наслідування, егоцентризм, тривожність, сором'язливість. Для того аби дослідити особистісні кореляти схильності до хімічної залежності обрано методики психологічного дослідження, які відповідали меті роботи і цілям дослідження.

Згідно результатів описової статистики в групі наших респондентів найбільш вираженими є такі особистісні риси як невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, реактивна агресія, сором'язливість, відкритість, емоційна лабільність. Середнє значення за даними шкалами становить 7, що означає високий рівень вираження даних рис особистості. Натомість, найменш вираженим є показник Товариськості. Залежним чоловікам важко будувати стосунок із оточенням, так як залежні особи характеризуються аутизацією. Отримано середній рівень самоактуалізації, особистісної зрілості та Я-концепції.

Було встановлено статистично значущу відмінність між особами, які знаходяться на початковому і завершальному етапах реабілітації за шкалами «Реактивна агресія» та «Саморозвиток», статистично значущу відмінність між групами осіб з алкогольною залежністю та наркозалежністю за шкалами «Депресивність» та «Сором'язливість».

За результатами кореляційного аналізу було встановлено статистично значущі зв'язки між шкалою «Я-концепція» із шкалами «Невротичність», «Емоційна лабільність», «Депресивність». Результати говорять: чим нижчий рівень чіткості і визначеності образу себе у людини із хімічною залежністю, тим вищий рівень невротизації, схильності до частих і різких зміни настрою, постійного роздумування про негативні події в своєму житті, відчуття себе нещасним

Індекс самоактуалізації корелює із шкалами «Дратівливість», «Реактивна агресія», «Сором'язливість». Тобто, чим нижчий рівень здатності розрізняти власні емоції та потреби, діяти, прислухаючи до власних прагнень, тим вищий рівень схильності до різких висловлювань, прояву емоційної запальної поведінки, агресивне налаштування проти інших людей, прагнення до домінування, відчуття інтенсивного сорому, тривоги.

Встановлено статистично значущі зв'язки з інтегрованою шкалою «Особистісна зрілість» із шкалами «Невротичність» ( $r=-0,39$ ), «Депресивність» ( $r=-0,42$ ), «Дратівливість» ( $r=-0,38$ ), «Реактивна агресія» ( $r=-0,41$ ), «Сором'язливість» ( $r=-0,30$ ), «Емоційна лабільність» ( $r=-0,41$ ), «Я-концепція» ( $r=0,34$ ), «Індекс самоактуалізації» ( $r=0,53$ ). Отже, чим нижчий рівень відповідальності, емоційної стійкості людини у стресових ситуаціях, вмінні бачити в труднощах переваги, життєвий досвід, здатність до рішучості, власних незалежних суджень, тим вищий рівень невротичності, депресивних станів, звинувачення себе, схильності до запальної, агресивної поведінки з можливістю нанести комусь шкоду, переживання невпевненості, закритості, тривоги, різкої зміни настрою, нестабільного емоційного стану в осіб із хімічною залежністю. Натомість зріла особистість розуміє хто вона, яке її місце в житті, самоактуалізована.

Для того, щоб перевірити наш третю гіпотезу щодо особистісних особливостей, які детермінують схильність до хімічної залежності, ми застосували дискримінантний аналіз. До моделі увійшли наступні особистісні риси – сором'язливість, спонтанна агресивність, відкритість, ясність Я-концепції, реактивна агресія, індекс самоактуалізації, врівноваженість, відповідальність, саморозвиток.

Таким чином, ми отримали позитивні результати за трьома гіпотезами і успішно можемо представити результати дослідження для працівників центру і для реабілітантів. Ці тренінги проводитимуться із мотиваційними цілями для реабілітантів, а також з едукативними – для працівників, щоб розширити кругозір і ознайомити з психодинамічними підходами щодо формування механізму uzалежнення.

### Список використаної літератури

1. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 Bill & Melinda Gates Foundation. 2018 URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
2. Espad Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Luxembourg. Publications Office of the European Union. 2020. Espad. URL: [www.espad.org](http://www.espad.org)
3. Луценко О.Л. Фрайбурзький особистісний опитувальник FPI – перевірка валідності та локальна стандартизація. *Вісник Харк. нац. ун-ту імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія*. 2016. Вип. 61. С. 49-54.
4. Акулов В.А, Кудренюк Т.А. Сборник проективных методик. По материалам сайта [psylab.info](http://psylab.info). 2017. С. 149-160. URL: [www.psylab.info](http://www.psylab.info)
5. Руженков В.А., Руженков В.В., Лукьянцева И.С. Методика диагностики личностной зрелости. *Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация*. №26. Вып. 36. 2016. С. 65-70.
6. Киричук О.В., Тарасюк С.О. Психологічні особливості Я-концепції безробітного: навч.-метод. посіб. –К.: ІПК ДСЗУ, 2012. 148с.

7. Айвазова А.Е. Психологические аспекты зависимости. — СПб.: Издательство «Речь», Санкт-Петербург. 2003. 120 с.
8. Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей. Частина 1. посібник / Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. - Харків : Діса плюс, 2015. 478 с
9. Jolanta Jarczyńska. Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria Diagnoza Profilaktyka Terapia: Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego. 2014. 197 с.
10. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напрєєнка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. — Харків, 2003. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>.
11. Схильність. Словник української мови : [в 11 т.] / [ред. кол.: І.К. Білодід (гол.) та ін.] ; – Київ: Наукова думка, 1975. – (Том 9). – С. 886.
12. Москаленко В. Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска) / В. Д. Москаленко // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца.-М.: М едпрактика. 2002. Т. 1. С. 182 - 188.
13. Максимова Н.Ю. Психологічна діагностика схильності до адитивної поведінки. *Врачеб. дело*. Київ. 2017, № 7
14. Єгоров Ю.А. Возрастная наркология. СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований. 2002. 272 с.
15. Vetulani J. Uzależnieni od przyjemności. „Wiedza i Życie”. 2009. Dostęp online URL: [www.wiz.pl](http://www.wiz.pl).

16. Grant, B. F. (1998). "The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey." *Alcohol Health Res World* 22(2): 144–147.
17. Маріуш Єнджейко, Ярослав Клімчак, Юрій Плиска. Наркотики та паранаркотики. *Drugs and speed drugs*. Острог: НУ «Острозька Академія і SGGW у Варшаві, 2011. 167 с
18. Воронович Богдан Т. Без таємниць про залежності та їхнє лікування. – Пер. з пол. – К.: Сфера, 2004. – 270 с.
19. Чжао Сінь. Особливості впливу батьківської родини на емоційну зрілість особистості: автореф. дис. канд. псих. наук: 19.00.07. Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. Харків. 2016.
20. Руководство по аддиктологии. Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.
21. Крамченкова В.О . Наукові підходи до дослідження тютюнової адиктивної поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Випуск 5. 2015 с.175
22. Кочарян О.С., Антонович М.О. Теоретичні аспекти вивчення особливостей наркозалежних. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. Т. 3. Вип. 24, №1 (5). 2016. С. 62-67.
23. Основи психотерапії: навч. посібник/ за ред. К.В. Сєдих, О.О. Фільц. К.: Академія, 2017. 192 с.
24. Автономов Д.А. Динамика взглядов на проблему аддикции с психоаналитической точки зрения. *Журнал практической психологии и психоанализа*. №1, 2015.

- 25.3.Фройд. Три нариси з психології сексуальності. Психологія і суспільство.-2008-№4. С. 45-91
- 26.Gabbard G.O. Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Kraków: *Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego*. 2009
- 27.Ewa Wyrzykowska. Uzależnienie od alkoholu jako wynik deficytu w zakresie relacji przywiązania. *Alkoholizm i Narkomania. Instytut Psychiatrii i Neurologii*. Tom 25. № 3. 2012. С. 307–315
- 28.Weegmann M, Cohen R. The psychodynamics of addiction. London and Philadelphia: Whurr Publishers. 2006
- 29.Ewa Wojtynkiewicz. Uzależnienie od alkoholu w świetle teorii psychodynamicznych. Część 2. Przegląd teorii współczesnych. *Psychoterapia 1* (184). 2018. S. 41-50
- 30.Flores PJ (2007) Group psychotherapy with addicted populations. An integration of Twelve-Step and psychodynamic theory. New york: Routledge, Taylor and Francis Group Flores PJ. Addiction as an attachment disorder. Lanham: Jason Aronson Books. 2004.
- 31.Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків, 2016. 160 с.
32. Борок Н.Г, Суботялов М.А . Личностные особенности больных алкоголизмом второй стадии. *Вестник Новосибирского государственного педагогического университета*. Т. 3. Вып. 31. 2016. С. 40-46.
33. Столяренко О.Б. Психологія особистості. Навч. Пос. К: Центр учбової літератури. 2012. 280 с.
34. Руководство по аддиктологии. Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

35. Реан А. А. Психология изучения личности. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1999. 288 с
36. Данилин А. LSD: Галлюциногены, психоделия и феномен зависимости. – М.: Центрполиграф, 2001. – 522 с.
37. Михайлів С.В. Психологічне дослідження чинників формування хімічної залежності особистості. *Психологія і особистісті* № 1. Вип. 17. 2020. С. 94-108
38. Литвиненко В.В. Сучасні особливості формування алкогольної залежності у чоловіків як основа їх реабілітації. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*. 2019. № 1. Вип. 28. С. 42-44.
39. Хлестова А.М. Особенности личности и экзистенциальных переживаний лиц, страдающих алкогольной зависимостью (на примере групп анонимных алкоголиков). *Молодой учёный. Институт психологии им. Л.С. Выготского*. 2012. № 11. Вип. 46. С. 366-369.
40. Опря А.В. Клініко-психопатологічні порушення при алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування). *Вісник психіатрії та фармакотерапії*. 2008. №2 (14). С. 86-89.
41. М.Г.Єрофеева. Личностные особенности наркозависимых с разным стажем употребления героина с учетом гендерных различий. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. псих. наук. 19.00.04. Ленинградского Государственного Университета им. А.С. Пушкина. С-П. 2006. 26 с.
42. Грузкова С.Ю. Индивидуально личностные особенности алкоголиков и наркоманов в социальном контексте. *КПЖ*. 2011. №4. С. 137
43. Завацька Н. Є. Особливості особистісної диференціації uzалежненої поведінки підлітків та її корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня



- канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». – К., 2002.
44. Роналд Т. Поттер-Эфрон. Стыд, вина, и алкоголизм: клиническая практика. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 416 с.
45. Больман С.Ю. Дослідження індивідуально–типологічних особливостей почуття сорому. *Проблеми сучасної психології*. Вип. 38. 2017. С. 67–77.
46. Анічин Є.М., Дикань З.В., Сєдих С.М. Допомога наркозалежним в Україні: довідник реабілітаційних центрів.– К.: «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 68с.
47. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностики. Киев, 1987. 528 с.
48. Берн Ерік. Ігри, у які грають люди. Світовий бестселер із психології стосунків. Третє видання. Харків: Клуб сімейного дозвілля. 2019. 256 с.
49. Животовська Л.В., Борисенко В.В., Скрипныков А. М. Особистысны особливості пацієнтів із запійними формами алкогольної залежності. *Медична психологія*. №3. 2017.
50. Аталієва А.О. Взаємодія стресу та особистісних факторів прихімічній залежності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук: 19.00.04. Харків, 2020. 266 с.
51. Кочарян О. С., Савіна М. В., Слюсар В. В., Антонович М. О. Особливості «Я»-концепції наркозалежної особистості. *Медична психологія*. №1. 2018,

## Додаток А

### Показники описової статистики

Variable	Descriptive Statistics							
	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency of Mode	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Невротичність	50	7,02000	8,00000	8,000000	22	1,00000	9,00000	1,743677
Спонтанна агресивність	50	6,98000	8,00000	9,000000	14	3,00000	9,00000	1,921840
Депресивність	50	7,60000	8,00000	8,000000	17	4,00000	9,00000	1,228904
Дратівливість	50	7,74000	8,00000	9,000000	18	4,00000	9,00000	1,290626
Товариськість	50	3,28000	4,00000	4,000000	16	1,00000	6,00000	1,355864
Врівноваженість	50	3,98000	4,00000	4,000000	11	1,00000	9,00000	1,932430
Реактивна агресія	50	7,16000	7,00000	9,000000	17	4,00000	9,00000	1,765428
Соромязливість	50	7,14000	7,00000	9,000000	21	1,00000	9,00000	2,020406
Відкритість	50	7,12000	8,00000	8,000000	26	2,00000	9,00000	1,721888
Екстраверсія-інтроверсія	50	5,38000	6,00000	6,000000	14	1,00000	8,00000	2,029276
Емоційна лабільність	50	7,54000	8,00000	8,000000	28	2,00000	9,00000	1,296935
Москулінізм-фемінізм	50	4,68000	5,00000	5,000000	16	1,00000	9,00000	2,280709
Ясність Я-концепції	50	34,68000	35,00000	31,00000	6	22,00000	49,00000	6,437898
Індекс самоактуалізації	50	55,56000	56,00000	58,00000	6	43,00000	69,00000	6,260208
Відповідальність	50	16,56000	17,00000	Multiple	9	7,00000	24,00000	2,997686
Терпимість	50	14,10000	14,00000	16,00000	8	8,00000	20,00000	3,118411
Саморозвиток	50	13,88000	14,00000	15,00000	7	5,00000	24,00000	4,068997
Позитивне мислення	50	14,36000	14,00000	14,00000	7	7,00000	21,00000	3,147788
Самостійність	50	16,34000	16,00000	Multiple	9	11,00000	21,00000	2,715113

## Додаток Б.

## Показники порівняльного аналізу

Таблиця Б.1.

Показники відмінностей особистісних характеристик чоловіків з хімічною залежністю відповідно до етапу реабілітації

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet9)										
By variable Eran реабілітації										
Marked tests are significant at p < .05000										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	Z*1sided exact p
Невротичність	864.5000	410.5000	234.5000	-0.59277	0.553338	-0.62291	0.533341	35	15	0.567364
Спонтанна агресивність	805.5000	469.5000	175.5000	-1.84181	0.065604	-1.89175	0.058525	35	15	0.065084
Депресивність	938.0000	337.0000	217.0000	0.96325	0.335425	0.99828	0.318145	35	15	0.344662
Товариськість	915.5000	359.5000	239.5000	0.48692	0.626318	0.50651	0.612500	35	15	0.629954
Врівноваженість	973.5000	301.5000	181.5000	1.71479	0.086385	1.74189	0.081528	35	15	0.086459
Реактивна агресія	988.5000	286.5000	166.5000	<b>2.03234</b>	<b>0.042120</b>	<b>2.08999</b>	<b>0.036619</b>	35	15	<b>0.041191</b>
Соромязливість	936.0000	339.0000	219.0000	0.92091	0.357100	0.96949	0.332300	35	15	0.366671
Відкритість	820.0000	455.0000	190.0000	-1.53484	0.124823	-1.66267	0.096379	35	15	0.128460
Екстраверсія-інтроверсія	852.5000	422.5000	222.5000	-0.84681	0.397102	-0.87147	0.383497	35	15	0.401248
Емоційна лабільність	861.5000	413.5000	231.5000	-0.65628	0.511646	-0.72821	0.466485	35	15	0.515798
Маскулінізм-фемінізм	875.5000	399.5000	245.5000	-0.35989	0.718927	-0.36817	0.712745	35	15	0.721867
Ясність Я-концепції	874.0000	401.0000	244.0000	-0.39165	0.695317	-0.39246	0.694718	35	15	0.706229
Індекс самоактуалізації	828.5000	446.5000	198.5000	-1.35490	0.175452	-1.35826	0.174383	35	15	0.177419
Відповідальність	866.5000	408.5000	236.5000	-0.55043	0.582027	-0.55559	0.578494	35	15	0.585914
Терпимість	863.5000	411.5000	233.5000	-0.61394	0.539257	-0.61761	0.536832	35	15	0.543326
Саморозвиток	780.0000	495.0000	150.0000	<b>-2.38165</b>	<b>0.017236</b>	<b>-2.39085</b>	<b>0.016810</b>	35	15	<b>0.016542</b>
Позитивне мислення	834.5000	440.5000	204.5000	-1.22787	0.219495	-1.23348	0.217396	35	15	0.222175
Самостійність	857.0000	418.0000	227.0000	-0.75154	0.452326	-0.75805	0.448421	35	15	0.462943

Таблиця Б.2.

Показники відмінностей особистісних характеристик чоловіків з хімічною залежністю відповідно до виду хімічної залежності.

variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Невротичність	681.0000	594.0000	243.0000	1.33987	0.180289	1.40801	0.159128	24	26	0.185140
Спонтанна агресивність	523.0000	752.0000	223.0000	-1.72824	0.083947	-1.77510	0.075883	24	26	0.085746
Депресивність	718.5000	556.5000	205.5000	2.06806	0.038635	2.14327	0.032092	24	26	0.037849
Товариськість	617.0000	658.0000	307.0000	0.09709	0.922653	0.10100	0.919551	24	26	0.930998
Врівноваженість	631.5000	643.5000	292.5000	0.37866	0.704942	0.38464	0.700502	24	26	0.707385
Реактивна агресія	560.0000	715.0000	260.0000	-1.00976	0.312613	-1.03840	0.299085	24	26	0.320267
Соромязливість	726.5000	548.5000	197.5000	2.22341	0.026189	2.34071	0.019248	24	26	0.025266
Відкритість	651.5000	623.5000	272.5000	0.76703	0.443066	0.83091	0.406027	24	26	0.446432
Екстраверсія-інтроверсія	579.5000	695.5000	279.5000	-0.63110	0.527977	-0.64948	0.516030	24	26	0.531254
Емоційна лабільність	612.0000	663.0000	312.0000	0.00000	1.000000	0.00000	1.000000	24	26	1.000000
Москулінізм-фемінізм	570.0000	705.0000	270.0000	-0.81557	0.414745	-0.83433	0.404094	24	26	0.423668
Ясність Я-концепції	518.5000	756.5000	218.5000	-1.81562	0.069430	-1.81938	0.068854	24	26	0.069168
Індекс самоактуалізації	525.0000	750.0000	225.0000	-1.68940	0.091144	-1.69359	0.090344	24	26	0.093200
Відповідальність	633.5000	641.5000	290.5000	0.41750	0.676316	0.42141	0.673457	24	26	0.678941
Терпимість	684.0000	591.0000	240.0000	1.39812	0.162077	1.40649	0.159580	24	26	0.166420
Саморозвиток	564.5000	710.5000	264.5000	-0.92237	0.356334	-0.92594	0.354479	24	26	0.359509
Позитивне мислення	569.0000	706.0000	269.0000	-0.83499	0.403724	-0.83881	0.401579	24	26	0.412541
Самостійність	569.0000	706.0000	269.0000	-0.83499	0.403724	-0.84222	0.399665	24	26	0.412541

## Додаток В

## Показники кореляційного аналізу

Correlations			
Marked correlations are significant at p < .05000			
N=50 (Casewise deletion of missing data)			
Variable	Ясність Я-концепції	Індекс самоактуалізації	Особистісна зрілість
Невротичність	-0.37	-0.39	-0.39
Спонтанна агресивність	-0.24	-0.15	-0.19
Депресивність	-0.47	-0.41	-0.42
Дратівливість	-0.17	-0.38	-0.38
Товариськість	0.12	0.03	0.08
Врівноваженість	0.07	0.00	-0.13
Реактивна агресія	-0.23	-0.28	-0.41
Соромязливість	-0.24	-0.37	-0.30
Відкритість	-0.19	-0.02	-0.14
Екстраверсія-інтроверсія	0.07	-0.08	-0.04
Емоційна лабільність	-0.40	-0.48	-0.41
Москулінізм-фемінізм	0.26	0.13	0.06