

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
ОДЕСЬКИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

«До захисту допущено»

Завідувач

кафедри _____
(підпис)

доктор філ. наук, доцент

Нерубасська Алла Олександрівна

(наукове звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

« ____ » _____ 2026р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
на тему: «Психологічні особливості особистості, залежної від
психоактивних речовин»

Виконав:

студент групи ІН18-9-22-Б1Пс(4,0д.)
(шифр групи)

Освітньої програми: «Психологія»

Спеціальності: 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Каппі Андрій Михайлович

(ПІБ студента)

(підпис студента)

Керівник: кандидат психологічних наук,
доцент

Крюкова Марина Анатоліївна

(підпис наукового керівника)

2026 р.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

Одеський інститут

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський) рівень

Спеціальності: 053 «Психологія»

Освітньої програми: «Психологія»

«Затверджую»

Завідувач кафедри _____
(підпис)

док. філ. наук, доцент **Нерубаська А.О.**

(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)

«_____» _____ 2026р.

Завдання

на кваліфікаційну роботу студента

Каппі Андрія Михайловича

(прізвище, ім'я, по батькові)

1.Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості особистості, залежної від психактивних речовин»

Керівник кваліфікаційної роботи: к. пс. н., доц. Крюкова М.А.

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

2. Строк подання студентом кваліфікаційної роботи на попередній захист: Травень 2026р.

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи (рекомендовані науковим керівником та відповідним методичним забезпеченням /окремі аспекти роботи, обсяги роботи
Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, які поділені на підрозділи, загальних висновків, списку використаних джерел (33 найменувань). Загальний обсяг роботи – 69 друкованих сторінок, обсяг основної частини роботи складає 47 сторінок.

4. Необхідний графічний та аналітичний матеріал за темою дослідження: .
Кваліфікаційна робота містить 3 таблиці.

5. Календарний план виконання кваліфікаційної роботи

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строки виконання		Примітка
		Планові	Фактичні	
1	2	3	4	5
1.	Збір та опрацювання наукових джерел	Листопад 2025	Листопад 2025	
2.	Написання вступу	Грудень 2025	Грудень 2025	
3.	Розділ 1. Теоретичні основи дослідження психологічних особливостей особистості, залежної від психоактивних речовин	Грудень 2025	Грудень 2025	
4.	Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей особистості, залежної від психоактивних речовин	Січень 2026	Січень 2026	
5.	Перевірка методологічних даних та підрахунок результатів емпіричного дослідження.	Березень 2026	Березень 2026	

1		3	4	5
6.	Висновки	Квітень 2026	Квітень 2026	
7.	Оформлення списку використаних джерел	Квітень 2026	Квітень 2026	
8.	Подання роботи на перевірку керівнику	Квітень 2026	Квітень 2026	
9.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	Травень 2026	Травень 2026	

АНОТАЦІЯ

Каппі А.М. «Психологічні особливості особистості, залежної від психоактивних речовин» — Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» — Одеський інститут ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»». Одеса, 2026.

Актуальність теми зумовлена стрімким зростанням масштабів вживання психоактивних речовин (ПАР) серед різних соціальних груп. Сучасна ситуація характеризується високою доступністю наркотичних засобів, зокрема через нецільове використання окремих аптечних препаратів та спрощені механізми їх отримання.

Мета роботи — теоретично та емпірично дослідити особливості психіки особистості, залежної від психоактивних речовин (ПАР).

У роботі були використані наступні **методи дослідження**: теоретичний аналіз наукової літератури, узагальнення та систематизація наукових підходів до розуміння феномену залежності.

Ключові слова: психоактивні речовини, психологічна залежність, адиктивна поведінка, особистість, емоційна саморегуляція, тривожність, імпульсивність.

ANNOTATION

Kappi A.M. “Psychological Characteristics of a Personality Dependent on Psychoactive Substances” – Manuscript.

Qualification work for obtaining the educational qualification level of Bachelor – Odesa Institute of the Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”. Odesa, 2026.

The relevance of the topic is conditioned by the rapid growth in the scale of psychoactive substance (PAS) use among various social groups. The current situation is characterized by the high availability of narcotic substances, in particular due to the misuse of certain pharmaceutical drugs and simplified mechanisms for obtaining them

The purpose of the work is to theoretically and empirically investigate the psychological characteristics of a personality dependent on psychoactive substances (PAS).

The following **research methods** were used in the work: theoretical analysis of scientific literature, generalization and systematization of scientific approaches to understanding the phenomenon of addiction.

Keywords: psychoactive substances, psychological dependence, addictive behavior, personality, emotional self-regulation, anxiety, impulsivity.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ, ЗАЛЕЖНОЇ	
ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	9
1.1. Поняття психоактивних речовин та феномен залежності в сучасній	
психології	9
1.1.1. Класифікація психоактивних речовин	9
1.1.2. Еволюція наукових поглядів на природу адикції.....	10
1.1.3. Історичний та сучасний контекст в Україні.....	11
1.1.4. Феномен залежності у світлі гуманістичної психології.....	11
1.2. Психологічні чинники формування залежної поведінки.....	13
1.2.1. Роль дисфункційного сімейного середовища у генезисі адикції	13
1.2.2. Особистісні властивості та дефекти емоційної саморегуляції ...	14
1.2.3. Екзистенційна криза та дефіцит сенсу життя як чинник адикції	
.....	15
1.2.4. Гештальт-підхід та порушення циклу контакту	16
1.2.5. Соціокультурна детермінація та специфіка ситуації в Україні	16
1.2.6. Ятрогенна детермінація та ризики надмірної фармакологізації	
психічних станів	17
1.3. Психологічний портрет особистості, залежної від психоактивних	
речовин	18
1.3.1. Деформація емоційної сфери та афективні розлади	19
1.3.2. Вольова деградація та звуження мотиваційної сфери.....	19
1.3.3. Когнітивні зміни та система психологічних захистів	20
1.3.4. Екзистенційна деструкція особистості: втрата Я та сенсу	20

1.4. Основні підходи до психологічної корекції та профілактики залежної поведінки	21
1.4.1 Провідні психотерапевтичні та психокорекційні підходи	22
1.4.2. Специфічні та інтегративні методи реабілітації	24
1.4.3. Система багаторівневої профілактики адиктивної поведінки ..	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ, ЗАЛЕЖНОЇ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	27
2.1. Організація та методи дослідження	27
2.2. Психологічний аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження	32
2.3. Розробка практичних рекомендацій щодо психологічного супроводу осіб із залежністю від ПАР	38
2.3.1. Практичні рекомендації щодо зниження рівнів ситуативної та особистісної тривожності	39
2.3.2. Рекомендації щодо формування внутрішнього локусу контролю (інтернальності)	40
2.3.3. Рекомендації щодо сенсотворчої роботи та профілактики рецидивів	41
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46
ДОДАТКИ	49

ВСТУП

Стрімке зростання масштабів вживання психоактивних речовин (ПАР) та поширення алкогольної залежності є однією з найгостріших проблем сучасного українського суспільства, становить серйозну соціально-психологічну проблему сучасного суспільства. В умовах тривалого психосоціального стресу, викликаного війсьними діями, соціальною нестабільністю та економічною кризою, ризики формування адиктивної поведінки суттєво зростають. Психоактивні речовини часто стають для особистості засобом «самолікування» від посттравматичних станів, тривоги та депресії.

Особливу тривогу викликає трансформація ринку ПАР: поява нових синтетичних «дизайнерських» наркотиків та стрімкий розвиток так званої «аптечної наркоманії». Доступність препаратів, що впливають на психіку, через спрощені механізми їх отримання або недостатній контроль за обігом рецептурних ліків, призводить до залежності осіб, які раніше не входили до груп ризику.

Проте, як показує практика реабілітаційних центрів, зовнішня доступність речовини є лише фоном. Ключовим фактором залишається внутрішня структура особистості. Чому в однакових складних умовах одна людина обирає шлях подолання, а інша — шлях адикції? Це питання переміщує фокус дослідження з медичних аспектів на психологічні: вивчення дефіцитарності вольової регуляції, особливостей самооцінки, локусу контролю та специфіки емоційного реагування залежних осіб. Саме розуміння цих психологічних механізмів формування залежності дозволяє будувати ефективні стратегії реабілітації, що робить дане дослідження не лише теоретично важливим, а й практично необхідним для фахівців допомагаючих професій.

Феномен залежної поведінки має тривалу історію дослідження в різних психологічних школах, що дозволяє розглядати проблему комплексно:

Психодинамічний підхід: (З. Фройд, К. Абрагам, О. Кернберг) розглядає залежність як наслідок регресії на оральну стадію розвитку або як механізм захисту від нестерпних внутрішніх конфліктів[5].

Гуманістичні та екзистенційні підходи (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл) трактують адикцію як спробу заповнити «екзистенційний вакуум» та наслідок неможливості самоактуалізації особистості[4].

Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бандура, А. Бек) фокусується на залежності як на вивченій моделі поведінки та результаті порушених когнітивних установок[6].

Вагомий внесок у вивчення загальної теорії адиктології та психологічних портретів залежних осіб внесли Ц. Короленко, В. Менделевич, Б. Братусь. Питання вольової регуляції та особистісної детермінації вживання ПАР висвітлені у працях С. Максименка, І. Кузікової, В. Шапаря.

Незважаючи на велику кількість робіт, сучасна ситуація в Україні — зокрема особливості реабілітації в закладах, що комбінують гештальт-терапію та програму «12 кроків» — потребує глибшого вивчення. Залишається актуальним питання порівняльного аналізу особистісних характеристик нарко- та алкозалежних осіб у віковому діапазоні від ранньої дорослості до зрілості (20–45 років), що і стало підґрунтям для нашої роботи.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості осіб із залежністю від психоактивних речовин.

Предмет дослідження: структура особистісних характеристик (рівень суб'єктивного контролю та рівень тривожності) осіб, які проходять реабілітацію від наркотичної та алкогольної залежності.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості особистості, залежної від ПАР, та виявити специфіку їхнього вияву в процесі реабілітації.

Завдання дослідження:

дійснити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення проблеми залежної поведінки.

изначити чинники формування психологічної залежності від алкоголю та наркотичних речовин.

характеризувати основні підходи до корекції залежної поведінки (гештальт-терапія та програма «12 кроків»).

мпірично дослідити рівень суб'єктивного контролю та рівень тривожності у залежних осіб.

роаналізувати результати та сформулювати рекомендації для психологів реабілітаційних центрів.

Методи дослідження:

еоретичні: аналіз, узагальнення та систематизація наукової літератури.

мпіричні: тестування (Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера)[7]; Опитувальник тривожності Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна)[8].

татистичні: кількісний та якісний аналіз даних.

Практичне значення: результати дослідження можуть бути використані в роботі реабілітаційних центрів України для вдосконалення програм психологічного супроводу залежних осіб.

База дослідження: Реабілітаційний центр для залежних осіб (м. Одеса).

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ, ЗАЛЕЖНОЇ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

оняття психоактивних речовин та феномен залежності в сучасній психології

У сучасному науковому просторі проблема вживання психоактивних речовин (ПАР) розглядається як одна з найбільш комплексних та багатогранних. ПАР — це термін, що об'єднує велику групу природних та синтетичних засобів, які мають здатність при одноразовому чи систематичному прийомі специфічним чином впливати на центральну нервову систему, змінюючи стан свідомості, емоційний фон, сприйняття оточуючої дійсності та поведінкові реакції людини [1].

З точки зору медичної психології, ключовою характеристикою ПАР є їхня нейротропність. Ці речовини втручаються у складну систему нейромедіаторного обміну, імітуючи дію природних ендорфінів, дофаміну або серотоніну, що призводить до формування штучного стану задоволення, розслаблення або ейфорії. Проте психологічний аспект явища значно глибший за біологічну дію. Залежність (адикція) у сучасній психології визначається як нав'язлива потреба у використанні певної речовини або повторенні певних дій, що супроводжується поступовою втратою контролю, ігноруванням негативних наслідків та звуженням кола інтересів особистості до єдиної домінанти — пошуку та вживання ПАР.

ласифікація психоактивних речовин

Для повного розуміння феномену необхідно розглянути сучасні класифікації ПАР, які використовуються у клінічній практиці та психологічній діагностиці. За типом впливу на психіку їх поділяють на декілька основних категорій:

едативні та депресанти (опіоїди, алкоголь, барбітурати) [2]. Їхня дія спрямована на пригнічення активності ЦНС, зниження тривожності та створення стану «хімічного спокою». У психологічному плані цей тип речовин обирають особистості, що намагаються втекти від нестерпної реальності або внутрішнього болю.

тимулятори (кокаїн, амфетаміни, синтетичні катинони)[2]. Ці речовини штучно активують ресурси організму, викликаючи приплив енергії, ілюзорне відчуття всемогутності та високу самооцінку. Їх вживання часто пов'язане з намаганням подолати внутрішню депресію або почуття власної нікчемності.

алюциногени та психоделіки. Змінюють сприйняття часу, простору та самовідчуття.

армакологічні препарати нецільового призначення («аптечна адикція»)[3]. Це сучасний виклик, що характеризується вживанням легальних ліків (транквілізаторів, прегабалінів тощо) у дозах, що значно перевищують терапевтичні. Особливість цієї групи полягає у доступності та ілюзії безпеки, що значно пришвидшує психологічне звикання.

Еволюція наукових поглядів на природу адикції

Для глибокого розуміння психологічних особливостей залежної особистості необхідно простежити еволюцію наукового ставлення до самого феномену адикції. Тривалий час у науці панувала моралістична модель, де вживання ПАР розглядалося виключно як прояв «слабкої волі» або моральної деградації. Проте з розвитком клінічної психології погляди трансформувалися у біомедичну модель, яка змістила акцент на фізіологічну патологію та генетичну схильність.

Сучасна ж психологічна парадигма пропонує біопсихосоціальний підхід[9]. Згідно з ним, залежність — це не просто хвороба тіла, а специфічний спосіб функціонування особистості, де вживання речовини є

спробою компенсувати внутрішній психологічний дефіцит. Варто зауважити, що в межах цього підходу ПАР розглядаються як інструмент, який людина використовує для регуляції свого емоційного стану, що в подальшому призводить до деформації всієї структури «Я».

Історичний та сучасний контекст в Україні

Аналізуючи стан проблеми в Україні, слід зазначити, що феномен залежності зазнав значної трансформації за останні десятиліття. Якщо в кінці ХХ століття домінували алкоголізм та опійна залежність, то сьогодні структура вживання змістилася у бік синтетичних «дизайнерських» наркотиків (солей, спайсів)[10] та аптечних препаратів.

Сучасна ситуація в Україні характеризується високим рівнем соціального дистресу. Війна, економічна нестабільність та руйнація звичних життєвих сценаріїв створюють ідеальне підґрунтя для масової адикції. У цьому контексті вживання ПАР стає для багатьох формою «незаконного самолікування» — спробою самостійно купірувати симптоми ПТСР, тривоги та хронічного стресу. Соціальна стигматизація залежних осіб часто заважає їм вчасно звернутися за допомогою, що перетворює проблему на латентну загрозу суспільству.

Феномен залежності у світлі гуманістичної психології

Переходячи до глибинного психологічного аналізу, ми звертаємося до робіт Віктора Франкла та його концепції логотерапії. Франкл стверджував, що людина за своєю природою прагне до сенсу («воля до сенсу»). Коли це прагнення блокується, виникає стан екзистенційного вакууму — внутрішньої порожнечі, відчуття безглуздості існування.

Для людини, яка відчуває внутрішню порожнечу та втрату сенсу життя, алкоголь або наркотики можуть ставати заміною цього сенсу. Франкл зазначав, що адикт намагається «заглушити» порожнечу в душі хімічним способом. Проте таким чином формується замкнене коло: після закінчення дії речовини екзистенційний вакуум посилюється, що провокує нове вживання, вимагає

нової, більшої дози. Залежність, таким чином, є «ноогенним неврозом» — хворобою духу, що проявляється через тіло та психіку. Адикт боїться відповідальності за власне життя і через вживання речовини фактично втрачає здатність до конструктивного вирішення життєвих труднощів — здатності обирати свій шлях незалежно від обставин.

Доповнює цей погляд ієрархічна теорія потреб Абрагама Маслоу[11]. Згідно з його вченням, людина — це істота, що постійно розвивається у напрямку самоактуалізації. Проте на шляху до найвищих цілей особистість може «застрягти» на рівні дефіцитарних потреб.

Залежність від ПАР, з точки зору Маслоу, можна розглядати як патологічне заміщення:

отреба в безпеці: речовина створює штучне середовище, де немає страху, тривоги та болю.

отреба в любові та приналежності: адиктивне середовище (співзалежні групи, компанії вживання) дає ілюзію прийняття, якої людина не знаходить у здоровому соціумі.

отреба у визнанні: стан сп'яніння дозволяє людині відчувати себе важливою, талановитою або сильною без жодних реальних зусиль.

Маслоу підкреслював, що самоактуалізація можлива лише тоді, коли людина чесна з собою та відкрита для досвіду. Залежна особистість, навпаки, закривається у своїх думках і світі, де розвиток припиняється. Замість реалізації свого потенціалу, значна частина всіх внутрішніх ресурсів спрямовується на підтримання залежної поведінки.

Отже, феномен залежності в сучасній психології є складним переплетенням біологічних факторів, соціальних умов та глибинних особистісних криз. Інтеграція підходів Франкла та Маслоу дозволяє побачити в залежній людині не «об'єкт лікування», а особистість, яка втратила зв'язок із власними сенсами та цінностями. Розуміння залежності як спроби заповнити психологічну спустошеність психоактивними речовинами є ключовим для подальшої розробки стратегій реабілітації, які мають бути спрямовані не лише

на відмову від речовини, а й на відновлення здатності людини до самоактуалізації та пошуку справжніх життєвих сенсів.

1.2. Психологічні чинники формування залежної поведінки

Вивчення системи чинників, що обумовлюють виникнення та розвиток залежної поведінки, є фундаментальним завданням сучасної психологічної науки. В академічному дискурсі прийнято вважати, що адикція ніколи не є результатом дії одного ізольованого фактора. Навпаки, це завжди складний, багатшаровий процес взаємодії біологічної схильності, макросоціальних умов та, перш за все, індивідуально-психологічних особливостей особистості. Психологічні чинники в цій системі відіграють роль «пускового механізму» та «фундаменту», на якому вибудовується деструктивний життєвий сценарій людини.

Роль дисфункційного сімейного середовища у генезисі адикції

Першочергове значення у формуванні схильності до вживання психоактивних речовин має мікросоціальне оточення, а саме батьківська родина. Психологічний аналіз показує, що родина є не просто середовищем зростання, а складною системою, де дитина засвоює перші моделі емоційного реагування та копінг-стратегій. У випадках, коли сімейна система є дисфункційною, створюються специфічні умови для формування адиктивної особистості.

Одним із найбільш руйнівних чинників є феномен емоційного відторгнення або «холодної матері». Коли дитина не отримує достатньої кількості безумовного прийняття та тепла, у неї формується стійка базова тривога та відчуття власної неповноцінності. У дорослому віці така особистість підсвідомо шукає спосіб «зігрітися» або «заповнити» внутрішню порожнечу, де ПАР (зокрема алкоголь або опіоїди) виступають у ролі сурогатного джерела внутрішнього комфорту або ескапізмом від цих переживань[27].

З іншого боку, не менш небезпечним є стиль виховання за типом гіперопіки. У таких родинах дитина позбавлена права на власну волю та вибір, що призводить до глибокої інфантилізації та неспроможності формувати власні вольові механізми. Потрапляючи у доросле життя, така людина виявляється абсолютно безпорадною перед лицем стресу. Психоактивна речовина стає для неї інструментом швидкої «психологічної анестезії», що дозволяє уникнути необхідності приймати рішення та нести за них відповідальність. Таким чином, дефіцит вольової сфери, закладений у дитинстві, стає прямим шляхом до хімічної залежності[28].

Особистісні властивості та дефекти емоційної саморегуляції

Переходячи до аналізу внутрішньопсихологічних чинників, слід виділити специфічний комплекс рис, який у науковій літературі часто описується як «преадиктивний синдром». Центральне місце в цьому комплексі займає алекситимія — неспроможність особистості диференціювати та вербалізувати власні емоційні стани. Людина, яка не може пояснити, що саме вона відчуває (біль, гнів, сум чи нудьгу), сприймає будь-який внутрішній дискомфорт як однаково необґрунтовану напругу. Вживання психоактивних речовин у такому разі стає універсальним способом «вимкнення» цього незрозумілого та нестерпного для особи стану[29].

Також важливим чинником є низька толерантність до будь-яких негативних психічних станів, тобто фрустрації. Залежні особистості зазвичай мають надзвичайно низький поріг витривалості до психічного болю або навіть простої відсутності задоволення. Бажання отримати «все і негайно» є проявом дитячого магічного мислення, яке зберігається у дорослому віці. Речовина забезпечує майже миттєвий перехід від стану незадоволеності до стану ейфорії, що закріплює деструктивний механізм вирішення проблем. З часом будь-яка інша діяльність, що потребує зусиль та часу для отримання результату, знецінюється порівняно з «легким» хімічним задоволенням[30].

Окремої уваги заслуговують порушення структури «Я-концепції» та нестабільна самооцінка. Адиктивна особистість постійно балансує між

полюсами власної геніальності та нікчемності. Коли реальність не підтверджує ілюзорну геніальність людини, вона впадає у глибоку депресію. ПАР у цьому контексті виконують функцію «стабілізатора» самооцінки: у стані сп'яніння людина знову відчуває себе сильною, привабливою та значущою, що дозволяє їй уникати болючого зіткнення з реальною картиною власного «Я».

Екзистенційна криза та дефіцит сенсу життя як чинник адикції

Найбільш глибокий рівень детермінації залежної поведінки розкривається в межах екзистенційно-гуманістичного підходу, насамперед у працях Віктора Франкла. Згідно з його вченням, людина за своєю природою є істотою, що постійно шукає сенс («воля до сенсу»). Коли це прагнення не знаходить реалізації, особистість опиняється в ситуації екзистенційного вакууму. Це стан повної безцільності існування, хронічної нудьги та духовної порожнечі.

У сучасному суспільстві, де традиційні цінності часто знецінюються, а темп життя не залишає часу на внутрішню рефлексію, екзистенційний вакуум стає масовим явищем. Для людини, яка не бачить сенсу у своєму завтрашньому дні, вживання ПАР стає спробою «штучного наповнення» життя. Речовина створює ілюзію насиченості подіями, наповнює день «ритуалами» пошуку та вживання, замінюючи справжню життєву мету її хімічною імітацією. Людина спершу стає залежною не від самої речовини, а від можливості на короткий час втекти від жаху власної непотрібності та порожнечі.

Доповнюючи цей аналіз поглядами Абрагама Маслоу, ми бачимо, що чинником залежності є також хронічна незадоволеність вищими потребами. Якщо особистість з певних причин (страхи, соціальні бар'єри, відсутність ресурсів) не може рухатися до самоактуалізації, її розвиток зупиняється. Це призводить до виникнення метапатологій — станів цинізму, відчаю та нігілізму. Замість того, щоб шукати розкриття свого потенціалу в творчості чи праці, адикт обирає шлях швидкого задоволення та забуття, де ПАР стають

єдиним способом відчувати себе «живим», а у деяких випадках і просто «нормальним».

Таким чином, залежність призводить до поступової дезадаптації особистості через складність процесу саморозвитку.

Гештальт-підхід та порушення циклу контакту

У контексті практичної роботи реабілітаційних центрів, де часто застосовується гештальт-підхід, чинником залежності порушення контакту між особистістю та її потребами або навколишнім середовищем. Залежність розглядається як «фіксований гештальт» — стереотипна відповідь на будь-яке збудження. Замість того, щоб усвідомити свою справжню потребу в любові, підтримці, самоствердженні та знайти спосіб задовольнити її у реальному світі, залежна людина «перериває» цей контакт, звертаючись до речовини. ПАР стають універсальною відповіддю на будь-який запит організму. Поступово здатність людини до усвідомлення своїх справжніх почуттів атрофується, а цикл контакту з реальністю стає неможливим без хімічного посередника. Це призводить до повної втрати автентичності та перетворення життя на нескінченний процес обслуговування залежності.

Соціокультурна детермінація та специфіка ситуації в Україні

Не можна залишити поза увагою соціокультурні чинники, які в сучасних умовах набувають особливої гостроти. Для мешканців України, зокрема в таких великих центрах як Одеса, потужним каталізатором адиктивної поведінки став хронічний масовий стрес. Ситуація тривалої загрози життю, втрата близьких, вимушена міграція та соціальна нестабільність руйнують базову потребу особистості у безпеці.

У стані постійного психологічного напруження багато людей звертаються до ПАР як до засобу «швидкої самопомоги». Особливо небезпечним чинником стає доступність аптечних препаратів, які сприймаються як «легальна» та «безпечна» альтернатива наркотикам. Це формує специфічний психологічний тип — «травматичного адикта», чия

залежність є формою дезадаптивного захисту від нестерпної реальності. Соціальна стигматизація проблеми часто змушує таких людей приховувати свій стан, що призводить до посилення залежності та ускладнює подальшу реабілітацію. Таким чином, сучасний соціальний контекст виступає як фактор, що не лише провокує вживання, а й блокує шляхи виходу із залежності через руйнацію соціальних зв'язків та перспектив на майбутнє.

Ятрогенна детермінація та ризики надмірної фармакологізації психічних станів

Окремим, надзвичайно актуальним чинником формування залежної поведінки в сучасних соціокультурних умовах є надмірна фармакологізація психологічних станів, що в науковій літературі позначається як явище «патологізації повсякденності»[12]. Мова йде про тенденцію сучасної терапевтичної практики до масового призначення антидепресантів та транквілізаторів особам, чиї стани (легка тривожність, ситуативна депресія, вікові кризи) є природними адаптаційними реакціями психіки або екзистенційними викликами, а не клінічними патологіями[13].

З точки зору гуманістичної психології, таке «лікування» часто стає штучним бар'єром на шляху до особистісного зростання. Коли людина, здатна до адекватного функціонування, отримує рецепт на психотропні препарати замість глибокої психотерапевтичної роботи, відбувається підміна понять: внутрішньопсихологічний конфлікт, який мав би стати імпульсом до пошуку нових сенсів, просто «заглушується» хімічно[14]. Це створює специфічну форму ятрогенної адикції — залежності, що виникає внаслідок медичного втручання. Психологічна небезпека тут полягає у формуванні установки на власну безпорадність: особистість звикає до думки, що її емоційний стан не підвладний вольовій регуляції та потребує постійної зовнішньої корекції[15].

Така практика прямо суперечить ідеям Віктора Франкла про цінність людського страждання як джерела розвитку. Франкл наголошував, що тривога часто є «голосом совісті» або сигналом про втрату сенсу життя. Хімічне усунення цього сигналу за допомогою транквілізаторів у випадках, коли

людина могла б впоратися самотійно або за допомогою психотерапії, призводить до зниження емоційної чутливості. Особистість втрачає здатність до автентичного проживання свого життя, переходячи у стан штучного, медикаментозного гомеостазу. Фактично, транквілізатори у таких випадках діють за механізмом, подібним до наркотичних речовин: вони пропонують швидке усунення симптому без вирішення причини, що є класичним паттерном адиктивної поведінки.

Більше того, тривале вживання препаратів групи бензодіазепінів або сучасних антидепресантів без життєво необхідних медичних показників формує стійку психологічну залежність від «стабільного стану в таблетці». Людина починає боятися власних живих емоцій, сприймаючи будь-який природний смуток або напругу як рецидив хвороби, що потребує негайного прийому дози. Це замикає коло залежності, де межа між медикаментозною підтримкою та формуванням психологічної залежності стає майже непомітною[16]. Таким чином, некритичне ставлення до психофармакології у сучасній терапії можна розглядати як один із потужних зовнішніх чинників, що провокує розвиток залежного типу особистості, блокуючи її природний шлях до самоактуалізації та самотійного подолання життєвих криз.

1.3. Психологічний портрет особистості, залежної від психоактивних речовин

Формування психологічного портрета залежної особистості вимагає розуміння того, що тривале вживання психоактивних речовин не просто додає нові риси до характеру людини, а системно перебудовує всю її психічну структуру. В адиктології цей процес описується як поступова деградація особистості, де автентичне «Я» заміщується «адиктивним Я» — сумішшю психологічних захистів, спрямованих на виправдання та підтримку залежності.

Деформація емоційної сфери та афективні розлади

Однією з найбільш яскравих рис психологічного портрета залежного є прогресуюче емоційне збіднення, або «емоційне сплюснення». На початкових етапах залежності ПАР використовуються для посилення емоцій, проте з часом здатність до природного переживання радості, любові чи співчуття атрофується. Особистість стає емоційно лабільною: спостерігаються різкі перепади настрою від ейфорії до глибокої дисфорії (похмурої дратівливості).

Характерною рисою є хронічне почуття провини та сорому, які, однак, рідко призводять до каяття. Навпаки, ці почуття стають настільки нестерпними, що адикт використовує нову дозу речовини, щоб їх заглушити. Також важливою складовою емоційного портрета є висока тривожність. Як ми зазначали раніше, тривога у залежних має як ситуативний характер (пов'язаний із пошуком речовини), так і глибинний, екзистенційний. Людина втрачає здатність до емпатії; близькі люди починають сприйматися лише як об'єкти, що можуть або сприяти, або заважати вживанню. Це призводить до повної емоційної ізоляції особистості, навіть якщо вона формально залишається в родині чи соціумі.

Вольова деградація та звуження мотиваційної сфери

Центральним елементом психологічного портрета адикта є специфічне порушення вольової сфери, яке в народі часто помилково називають «відсутністю волі». Насправді воля залежної людини не зникає, вона зазнає інверсії: вся енергія та цілеспрямованість особистості фокусуються на одній єдиній меті — отриманні ПАР. У всьому, що не стосується вживання, адикт демонструє апатію, безініціативність та нездатність до тривалих зусиль.

Цей стан тісно пов'язаний із «паралічем» вищих потреб за А. Маслоу. Мотиваційна сфера звужується до задоволення дефіцитарних потреб нижчого рівня. Всі соціальні, професійні та творчі амбіції витісняються залежністю. Людина втрачає здатність до прогнозування наслідків своїх дій; майбутнє перестає існувати як категорія планування, залишаючи лише «тут і зараз» у контексті хімічного задоволення. Така вольова деформація робить особистість

вкрай маніпулятивною: залежний стає частіше та переконливіше брехати, здатним на будь-які хитрощі, щоб приховати факт вживання або отримати ресурси на нову дозу.

Когнітивні зміни та система психологічних захистів

Психологічний портрет залежного неможливий без опису специфічного «адиктивного мислення»[23]. Для підтримки залежності психіка вибудовує потужну систему захистів, головним з яких є анозогнозія — повне або часткове заперечення хвороби[24]. Адикт щиро вірить (або змушує себе вірити), що він може припинити вживання у будь-який момент, а проблеми в житті викликані «поганими обставинами» чи «нерозумінням оточуючих».

Використовуються такі механізми як:

раціоналізація: вигадування логічних виправдань вживанню (наприклад, «всі так роблять», «це допомагає мені зняти стрес від війни», «лікар сказав, що це заспокоює»).

проєкція: перекладання відповідальності на інших («я вживаю, тому що дружина мене не розуміє»).

інімізація: применшення масштабів проблеми («я п'ю лише пиво», «це лише легкі аптечні таблетки, а не важкі наркотики»)[25].

Когнітивна сфера також зазнає органічних та функціональних змін: погіршується пам'ять, знижується концентрація уваги, мислення адикта стає ригідним (втрачає гнучкість) та егоцентричним, плоским та обмеженим, позбавленим нюансів та альтернатив.

Екзистенційна деструкція особистості: втрата Я та сенсу

Завершальним штрихом портрета є повна руйнація ціннісно-смислової ієрархії особистості. У контексті ідей В. Франкла, залежна людина перебуває у стані ціннісної дезорієнтації. Всі метацінності — істина, краса, справедливість, любов — замінюються однією псевдоцінністю — станом зміненої свідомості.

Відбувається те, що в гештальт-терапії називають втратою self-функції.

Людина перестає бути автором свого життя, вона стає функцією від речовини. Якщо раніше особистість мала певні моральні кордони, то в процесі розвитку залежності ці кордони розмиваються. Морально-етичне зниження призводить до того, що заради ПАР людина може піти на злочин, зраду чи нехтування батьківськими обов'язками.

Особливо гостро цей портрет виглядає у контексті «аптечної адикції», де особистість часто зберігає соціальну «маску» благополуччя. Такі люди можуть ходити на роботу, бути студентами, але внутрішньо вони вже мають всі ознаки адиктивного портрета: емоційну холодність, таємничість, маніпулятивність та повну відсутність внутрішнього сенсу життя. Їхнє «Я» стає фрагментованим, розділеним між реальною особистістю та хімічним «протезом», який підтримує їхнє функціонування.

Отже, психологічний портрет особистості, залежної від ПАР, — це портрет людини в глибокій системній кризі. Це особистість із деформованою волею, емоційними порушеннями, ригідним мисленням та зруйнованою системою цінностей. Розуміння цих особливостей є фундаментальним для другого розділу роботи, оскільки саме ці риси (екстернальний локус контролю, висока тривожність, втрата сенсу) ми будемо досліджувати емпірично. Без корекції цих базових деформацій особистості будь-яка спроба лікування залишиться лише тимчасовим припиненням вживання, не торкаючись глибинної суті адиктивної проблеми.

1.4. Основні підходи до психологічної корекції та профілактики залежної поведінки

Психологічна корекція та профілактика залежності від психоактивних речовин (ПАР) на сучасному етапі розвитку клінічної психології розглядаються через призму біопсихосоціальної та духовної моделі адикцій. Оскільки деструктивний вплив хімічної залежності деформує всі рівні організації особистості — від нейробіологічних механізмів до ціннісно-

сміслової сфери — психокорекційний процес не може обмежуватися лише усуненням симптомів фізичного потягу. Він вимагає глибокої, системної реструктуризації особистісного профілю індивіда, формування нових адаптивних копінг-стратегій та відновлення зруйнованих соціальних зв'язків.

Провідні психотерапевтичні та психокорекційні підходи

У практиці реабілітації осіб із хімічною залежністю сформувалося кілька фундаментальних методологічних підходів, кожен з яких фокусується на специфічному аспекті патогенезу адиктивної поведінки. Екзистенційно-гуманістичний підхід.

Цей напрямок зміщує фокус із симптоматичної поведінки на внутрішній світ особистості, розглядаючи залежність як специфічний, деструктивний спосіб подолання екзистенційної кризи та внутрішньої порожнечі[18].

У контексті логотерапії В. Франкла, ключовим фактором розвитку хімічної адикції виступає *«екзистенційний вакуум»* — хронічне переживання втрати сенсу життя, апатія та нудьга, які виникають внаслідок фрустрації прагнення до сенсу[26]. Психоактивна речовина у цьому випадку виконує роль штучного, ілюзорного «наповнювача» смислової порожнечі, створюючи тимчасове відчуття повноти буття та знімаючи внутрішню напругу. Психокорекційна робота в межах цього підходу спрямована на допомогу клієнту у віднайденні автентичних життєвих смислів, прийняття відповідальності за власне життя та реалізацію цінностей творчості, переживання та ставлення.

З позицій гуманістичної теорії А. Маслоу, адиктивна поведінка інтерпретується як наслідок хронічної фрустрації базових метапотреб (у безпеці, належності, любові, повазі) та блокування природного прагнення особистості до самоактуалізації. Залежна особа вдається до вживання ПАР як до патологічного механізму компенсації невизнання та внутрішнього розколу.

Корекційний процес фокусується на створенні умов безумовного позитивного прийняття клієнта, стимуляції його самопізнання, актуалізації внутрішніх ресурсів та відновленні процесу особистісного зростання.

Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ). Механізм терапії в КПТ базується на тезі, що залежна поведінка є результатом засвоєних дезадаптивних патернів, які підкріплюються специфічними когнітивними викривленнями[17]. Головними мішенями корекції тут виступають: *Глибинні переконання та автоматичні думки*: виявлення так званих «дозвільних переконань» (наприклад, «я не зможу розслабитися без речовини», «один раз нічого не змінить»).

Когнітивна реструктуризація: трансформація цих переконань в адаптивні та реалістичні когнітивні схеми.

Поведінкові експерименти та тренінг навичок: навчання клієнта розпізнавати індивідуальні тригери (зовнішні — місця, люди; внутрішні — емоційні стани, нудьга, тривога), розвиток навичок подолання компульсивного потягу (крейвінгу) за допомогою технік відволікання, дихальних вправ та раціоналізації.

Важливою складовою є модель запобігання рецидивам А. Марлатта, яка навчає клієнта розцінювати поодинокий зрив (лапс) не як повний крах реабілітації, а як помилку, яку можна проаналізувати та виправити.

Психодинамічний (психоаналітичний) підхід[19]. У межах цього підходу залежність розглядається як наслідок порушення раннього онтогенетичного розвитку, слабкості Его-структур та дефектів механізмів психологічного захисту. Відповідно до *гіпотези самолікування Е. Ханціана*, вибір конкретної психоактивної речовини не є випадковим, а слугує інструментом регуляції інтенсивних, нестерпних афективних станів (гніву, сорому, депресії), з якими психіка клієнта не може впоратися самотійно. Психокорекція спрямована на усвідомлення витіснених внутрішньоособистісних конфліктів, диференціацію та легітимізацію емоцій, а також на розвиток більш зрілих механізмів психологічного захисту замість тотального заперечення (анозогнозії) та розщеплення.

Гештальт-терапевтичний підхід. Залежність аналізується через концепцію порушення циклу контакту організму із середовищем[22]. Фокус

роботи зосереджується на актуальному стані клієнта («тут і тепер»). ПАР розглядається як засіб створення фіксованого гештальту, що перериває природне задоволення потреб через такі механізми, як конфлюєнція (злиття), профлексія або ретрофлексія. Завдання терапевта — повернути клієнту чутливість до власних тілесних та емоційних сигналів, допомогти усвідомити справжню потребу, яка ховається за потягом до речовини, та навчити завершувати цикл контакту в екологічний спосіб.

Специфічні та інтегративні методи реабілітації

Ефективна психокорекція в умовах спеціалізованих стаціонарних та амбулаторних реабілітаційних центрів (рехабів) зазвичай має інтегративний характер, поєднуючи індивідуальні та групові форми роботи.

Мотиваційне інтерв'ювання (В. Міллер, С. Роллнік). Цей метод є незамінним на етапі подолання первинного опору клієнта та заперечення ним своєї проблеми[21]. Спираючись на транстеоретичну модель стадій зміни поведінки (Дж. Прохазка, К. ді Кlemente), терапевт не вступає в пряму конфронтацію із залежним, а через техніки активного емпатичного слухання, рефлексії та відкритих запитань допомагає клієнту дослідити власну амбівалентність (одночасне прагнення до тверезості та страх втрати речовини). Метою є самостійне вербалізування клієнтом мотивів для зміни способу життя.

Групова психокорекція та Терапевтичні спільноти. Групові форми роботи визнані однією з найбільш ефективних у сфері наркології. У групі нівелюється почуття унікальності власної проблеми, знижується рівень ізоляції. Завдяки механізмам зворотного зв'язку учасники стикаються з деструктивними проявами своєї особистості, віддзеркаленими в поведінці інших («дзеркало групи»). Велике значення має інтеграція психологічної допомоги з принципами духовних програм самодопомоги (наприклад, «12 кроків»)[20], де акцент робиться на визнанні безсилля перед хворобою, переоцінці моральних орієнтирів та служінні іншим як засобом особистісної трансформації.

Система багаторівневої профілактики адиктивної поведінки

Профілактика залежної поведінки є системною діяльністю, спрямованою на усунення чи мінімізацію факторів ризику та одночасне посилення факторів захисту (протективних факторів) особистості. Традиційно, відповідно до класифікації ВООЗ, виділяють три рівні профілактичної діяльності.

Таблиця 1.1

Система профілактики ПАР

Первинна профілактика	Вторинна профілактика	Третинна профілактика
- Здорове населення - Формування резильєнс - Копінг-стратегії	- Групи ризику - Ранній скринінг - Робота з сім'єю	- Залежні особи - Профілактика рецидиву - Ресоціалізація

Первинна профілактика має масовий характер і спрямована на загальну популяцію, переважно на дітей, підлітків та молодь, які ще не мають досвіду вживання ПАР. Сучасні концепції первинної профілактики відмовляються від неефективних методів залякування (демонстрація деструктивних наслідків вживання), оскільки вони часто викликають зворотну реакцію — цікавість або протест. Актуальний підхід базується на *розвитку життєвих навичок та особистісного потенціалу*.

Сюди належать:

формування психологічної стійкості (резильєнтності) до соціального тиску. Розвиток емоційного інтелекту, навичок стрес-менеджменту та конструктивних копінг-стратегій.

створення умов для конструктивної самореалізації молоді (спорт, творчість, волонтерство), що запобігає виникненню відчуття беззмістовності та нудьги.

Вторинна профілактика спрямована на селективні групи ризику — осіб,

які мають біологічну схильність (спадковість), виховуються в деструктивних або дисфункціональних родин, демонструють девіантну поведінку або мають поодинокі експерименти з вживанням хімічних речовин без сформованого синдрому залежності.

Завданнями цього рівня є:

ання діагностика та психологічний скринінг схильності до адикцій;
ризове психологічне консультування та корекція емоційних порушень (акцентуації характеру, депресивні стани підлітків);
сихокорекційна робота з мікросоціумом (першочергово з батьками) задля подолання явищ співзалежності, покращення сімейної комунікації та усунення факторів, що провокують підлітка до втечі в ілюзорну реальність.

Третинна профілактика реалізується безпосередньо в клінічній та реабілітаційній практиці та орієнтована на осіб зі сформованою залежністю від ПАР, які пройшли або проходять курс лікування. Фактично третинна профілактика тотожна психологічній реабілітації та постреабілітаційному супроводу. Головна мета — запобігання рецидивам (зривам) та забезпечення довготривалої ремісії. Робота включає складання індивідуального плану профілактики зриву (аналіз передвісників рецидиву, зміна способу життя).

Ресоціалізація особистості: допомога у відновленні конструктивних соціальних та професійних ролей, переструктурування дозвілля, формування абсолютно нового, «тверезого» кола спілкування.

Підтримка терапевтичних змін через тривалу участь у групах взаємодопомоги та амбулаторні психокорекційні сесії.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ, ЗАЛЕЖНОЇ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

2.1. Організація та методи дослідження

Практичний етап кваліфікаційного дослідження побудований як логічне продовження та емпірична верифікація теоретичних положень, які були розглянуті та узагальнені у першому розділі роботи. Для того щоб детально вивчити специфіку особистісної сфери осіб, які мають залежність від психоактивних речовин (ПАР), було розроблено відповідну схему психодіагностичного дослідження.

Основною метою емпіричного етапу роботи є виявлення, опис та подальший порівняльний аналіз рівнів тривожності (ситуативної та особистісної), а також специфіки локусу контролю (рівня суб'єктивного контролю) у осіб, які проходять курс стаціонарної реабілітації, порівняно з групою умовно здорових людей.

Збір первинних емпіричних даних здійснювався на базі спеціалізованого Реабілітаційного центру для залежних осіб у місті Одеса. Весь дослідницький процес тривав протягом кількох місяців і включав три послідовні етапи:

Підготовчий етап. Цей крок передбачав погодження проведення дослідження з керівництвом та методичним персоналом реабілітаційного центру. Відбувалося ознайомлення із загальним контингентом осіб, які перебувають на лікуванні, та аналіз їхніх загальних характеристик. На цьому ж етапі особлива увага приділялася дотриманню етичних нормативів психологічного дослідження. З кожним потенційним учасником проводилася попередня бесіда, під час якої наголошувалося на повній анонімності тестування, конфіденційності отриманих результатів, а також на тому, що всі дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей. Участь у тестуванні відбувалася на засадах добровільності.

Організаційно-діагностичний етап. Безпосередній збір первинного матеріалу за допомогою обраних психодіагностичних бланкових методик. Процедура тестування проводилася переважно в індивідуальній формі або у складі малих груп (по 3–5 осіб) для того, щоб психолог мав змогу контролювати правильність розуміння інструкцій та стежити за психоемоційним станом піддослідних. Діагностичні сесії організовувалися у першій половині дня (з 10:00 до 12:00), коли рівень інтелектуальної працездатності та уваги є оптимальним, а фактор денної втоми мінімальним. Тестування проходило в окремому кабінеті психологічного розвантаження, де були забезпечені комфортні умови: відсутність стороннього шуму, належне освітлення та зручні робочі місця. Перед початком заповнення тестів учасникам зачитувалася стандартна інструкція, видавалися олівці, ручки та друковані бланки відповідей. Час виконання методик не обмежувався штучно, проте в середньому заповнення обох опитувальників займало у піддослідних від 35 до 50 хвилин.

Етап обробки та систематизації результатів. Після завершення збору заповнених матеріалів проводився первинний скринінг бланкових форм на предмет наявності пропусків або подвійних відповідей (зіпсовані бланки відсіювалися). Далі здійснювався підрахунок первинних «сирих» балів за допомогою діагностичних ключів до кожної методики. Отримані бали переводилися у відповідні шкали та рівні (стени, високий/середній/низький рівень) для формування єдиної матриці даних, придатної для подальшого аналізу та порівняння.

Характеристика вибірки дослідження. Для забезпечення репрезентативності результатів та можливості формулювання об'єктивних наукових висновків щодо предмета дослідження, загальний обсяг емпіричної вибірки склав 53 особи. Вся вибірка була розділена на дві самостійні групи:

експериментальна група (ЕГ): до її складу увійшли 28 клієнтів реабілітаційного центру (чоловіки та жінки), які на момент дослідження проходили курс стаціонарного відновлення від хімічної залежності. Вік

учасників групи перебуває в межах від 20 до 45 років. Основними критеріями включення осіб до експериментальної групи були: офіційно встановлений діагноз залежності від алкоголю або наркотичних речовин, систематичний стаж вживання ПАР тривалістю не менше ніж два роки, а також тривалість перебування в центрі понад один місяць. Останній критерій є методично важливим, оскільки через місяць у пацієнтів мінімізуються прояви гострого абстинентного синдрому, нормалізується загальний соматичний стан і когнітивні функції, що дозволяє їм свідомо та адекватно відповідати на запитання тестів.

контрольна група (КГ): сформована як порівняльна (нормативна) вибірка і включає 25 осіб умовно здорових людей, які не мають досвіду хімічної залежності чи зловживання ПАР. Група підбиралася за принципом еквівалентності до експериментальної вибірки за основними демографічними критеріями: віковий діапазон (20–45 років), приблизне співвідношення чоловіків і жінок, а також рівень соціальної залученості та освіти. Залучення контрольної групи є необхідною умовою наукових досліджень, оскільки воно дозволяє виявити, чи є фіксовані особливості психіки специфічним проявом саме залежної поведінки, чи вони відображають загальні тенденції розвитку осіб цієї вікової категорії в сучасному соціумі.

Опис психодіагностичних методик.

Для практичного вивчення заявлених параметрів особистісної сфери піддослідних було використано дві класичні методики, які широко застосовуються у вітчизняній та закордонній психологічній практиці завдяки високим показникам надійності та валідності.

методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж. Роттера (в адаптації Є. Бажина, С. Голинкіної, О. Еткінда).

Даний інструмент побудований на основі концепції локусу контролю і спрямований на оцінку схильності людини приписувати відповідальність за події свого життя або власним зусиллям (інтернальність), або зовнішнім

факторам, долі чи іншим людям (екстернальність). Опитувальник складається з 44 тверджень, щодо яких піддослідний має визначити свій ступінь згоди за допомогою шкали від -3 до +3.

Після первинного підрахунку за допомогою ключів бали переводяться у 10-бальну систему стенів. Показники в межах від 1 до 5 стенів вказують на переважання екстернальності (зовнішнього локусу), а показники від 6 до 10 стенів свідчать про інтернальність (внутрішній локус). Методика дозволяє проаналізувати локус контролю диференційовано за сімома основними шкалами:

кала загальної інтернальності (Io): високий показник відображає переконаність людини в тому, що більшість важливих подій у її житті є результатом її власних дій і вона може ними керувати. Низький показник свідчить про сприйняття життя як результату зовнішніх обставин.

кала інтернальності в області досягнень (Id): вимірює, чи вважає людина свої успіхи та життєві перемоги наслідком власної цілеспрямованості, чи відносить їх на рахунок везіння, допомоги оточуючих або випадковості.

кала інтернальності в області невдач (In): показує рівень схильності людини брати відповідальність за власні помилки та життєві проблеми на себе, або ж перекладати провину на зовнішнє середовище, інших людей та несприятливі умови.

кала інтернальності у сімейних відносинах (Is): характеризує ступінь відповідальності, яку людина покладає на себе за події, мікроклімат та благополуччя у власній родині.

кала інтернальності у виробничих (професійних) відносинах (Iv): вказує на те, якою мірою індивід вважає себе активним суб'єктом своєї професійної діяльності, організації кар'єри та стосунків у робочому колективі.

кала інтернальності в області міжособистісних відносин (Im): визначає здатність людини контролювати коло свого неформального спілкування,

викликати повагу та прихильність інших людей за рахунок власних якостей і зусиль.

кала інтернальності стосовно здоров'я та хвороб (Із): показує, чи вважає людина себе відповідальною за свій фізичний та психічний стан, чи сприймає хворобу як виключно зовнішній фактор, одужання від якого залежить лише від медикаментів чи лікарів.

питувальник діагностики тривожності Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна.

Цей інструмент дозволяє диференційовано підійти до вивчення феномену тривожності, розділяючи його на два самостійні психологічні явища: ситуативну (поточну) тривожність та особистісну тривожність (як стійку індивідуальну рису). Опитувальник містить 40 тверджень, розподілених на два окремі блоки по 20 запитань. Піддослідний оцінює кожне твердження за 4-бальною шкалою відповідно до свого стану.

Ситуативна тривожність (СТ): вимірює рівень напруги, занепокоєння, нервозності та психоемоційного дискомфорту, який людина переживає в конкретний момент часу за певних обставин. Цей показник є динамічним і змінюється під впливом зовнішніх факторів.

Особистісна тривожність (ОТ): відображає відносно стійку індивідуальну властивість психіки, яка характеризує схильність людини сприймати досить широке коло об'єктивно безпечних ситуацій як загрозливі та реагувати на них підвищеною тривожною реакцією. Підрахунок результатів здійснюється за стандартною формулою для кожного блоку окремо. Підсумковий бал може варіюватися від 20 до 80 балів. Інтерпретація отриманих оцінок проводиться за такими діагностичними межами: до 30 балів — низький рівень тривожності; 31–45 балів — помірний (нормативний) рівень тривожності; 46 балів і більше — високий рівень тривожності, що вказує на стан психоемоційного напруження або дезадаптації.

2.2. Психологічний аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Після завершення етапу збору первинних емпіричних даних та їхньої первинної систематизації було здійснено кількісний та якісний аналіз отриманих результатів. Головним завданням цього етапу дослідження стало порівняння психологічних характеристик осіб, які виявляють залежність від психоактивних речовин (експериментальна група — ЕГ), та умовно здорових досліджуваних (контрольна група — КГ). Для перевірки статистичної достовірності відмінностей між групами за всіма досліджуваними параметрами було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок.

Першочергово було проведено аналіз емоційного компонента особистісної сфери піддослідних, а саме — дослідження рівнів ситуативної та особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна. Зведені результати цього етапу математичної обробки представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Порівняльний аналіз показників тривожності за методикою Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна (у балах)

Показники тривожності	Експериментальна група (ЕГ, n=28), $M \pm m$	Контрольна група (КГ, n=25), $M \pm m$	Значення t-критерію	Рівень значущості (p)
Ситуативна тривожність (СТ)	$51,11 \pm 1,34$	$33,64 \pm 1,20$	9,70	$p \leq 0,01$

Показники тривожності	Експериментальна група (ЕГ, n=28), $M \pm m$	Контрольна група (КГ, n=25), $M \pm m$	Значення t-критерію	Рівень значущості (p)
Особистісна тривожність (ОТ)	$55,29 \pm 1,20$	$37,84 \pm 1,52$	9,02	$p \leq 0,01$

Примітка: M — середнє арифметичне значення; m — стандартна помилка середнього; t — розраховане значення критерію Стьюдента.

Аналіз даних таблиці 2.1 дозволяє констатувати наявність чітких емоційних розбіжностей між представниками двох груп. Розглянемо детальніше кожен із діагностованих параметрів:

Показник **ситуативної тривожності (СТ)**, який відображає поточний емоційний стан людини в конкретний момент часу та її реакцію на теперішні життєві обставини, в експериментальній групі становить 51,11 балів. Згідно з методичними нормами, цей результат відповідає високому рівню тривожності. У контрольній групі середнє значення фіксується на рівні 33,64 балів, що є показником помірної, адаптивної норми.

Статистичний аналіз підтверджує високу достовірність цих відмінностей ($t = 9,70$ при $\leq 0,01$). Такий стан справ є цілком очікуваним і логічним з огляду на специфіку життєвої ситуації пацієнтів реабілітаційного центру. Перебування в умовах стаціонарного лікування, необхідність адаптації до нового режиму, утримання від вживання звичних психоактивних речовин, а також невизначеність майбутнього виступають потужними чинниками актуального психологічного стресу. Особи із залежністю у теперішній момент часу гостріше переживають внутрішню напругу, занепокоєння та суб'єктивний дискомфорт порівняно з особами, які живуть у звичних для себе соціальних умовах.

Показник **особистісної тривожності (ОТ)**, що характеризує стабільну індивідуальну властивість особистості сприймати широкий спектр об'єктивно безпечних ситуацій як загрозливі, в експериментальній групі досягає 55,29 балів (високий рівень). У контрольній групі цей показник знаходиться в межах нормативних значень і становить 37,84 балів. Математичне порівняння вказує на глибоку статистичну значущість цієї різниці ($t = 9,02$ при $\leq 0,01$).

Висока особистісна тривожність у осіб, залежних від ПАР, свідчить про те, що тривожний фон є тривалою, базовою характеристикою їхньої психічної структури. Така особистість схильна сприймати навколишній світ як нестабільний, небезпечний або ворожий. Це дає підстави припустити, що індивідуальна схильність до гіперреакції на стресові чинники могла виступати однією з психологічних передумов формування адиктивної поведінки. Не маючи конструктивних внутрішніх механізмів подолання постійної внутрішньої напруги, такі особи свого часу могли звернутися до вживання ПАР як до доступного засобу хімічної саморегуляції, штучного зниження страху та емоційного розвантаження. Таким чином, висока особистісна тривожність виконує подвійну роль: вона є як чинником, що сприяє початку вживання, так і наслідком тривалого руйнівного впливу залежності на психіку індивіда.

На наступному кроці емпіричного аналізу було розглянуто когнітивно-вольовий та регуляторний компонент особистості піддослідних, який вивчався за допомогою методики дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж. Роттера. Цей інструмент дозволяє диференційовано підійти до вивчення локусу контролю в різних сферах життєдіяльності. Зведені математичні показники за даною методикою відображені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Порівняльний аналіз показників рівня суб'єктивного контролю за методикою РСК Дж. Роттера (у стенах)

Шкали опитувальника РСК	Експериментальна група (ЕГ, n=28), M±m	Контрольна група (КГ, n=25), M±m	Значення t- критерію	Рівень значущості (p)
Загальна інтернальність(Io)	3,11 ± 0,30	6,48 ± 0,41	6,68	≤ 0,01
Інтернальність у досягненнях (Id)	4,11 ± 0,25	6,72 ± 0,23	7,56	≤ 0,01
Інтернальність у невдачах (In)	2,43 ± 0,24	5,76 ± 0,35	7,77	≤ 0,01
Інтернальність у сімейних відносинах (Is)	3,57 ± 0,27	6,28 ± 0,26	7,30	≤ 0,01
Інтернальність у виробничих відносинах (Iv)	3,61 ± 0,23	6,56 ± 0,26	8,59	≤ 0,01
Інтернальність у міжособистісних стосунках (Im)	4,04 ± 0,26	6,64 ± 0,32	6,32	≤ 0,01
Інтернальність у сфері здоров'я (Iz)	2,32 ± 0,21	6,00 ± 0,28	10,51	≤ 0,01

Примітка: за даною методикою показники від 1 до 5 стенів відображають екстернальну тенденцію (зовнішній локус), від 6 до 10 стенів — інтернальну тенденцію (внутрішній локус).

Результати математичного порівняння, наведені в таблиці 2.2, демонструють виражену розбіжність за всіма без винятку шкалами опитувальника РСК між експериментальною та контрольною вибірками на найвищому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,01$).

Показник **загальної інтернальності (Іо)** в експериментальній групі зафіксовано на рівні 3,11 стенів, що чітко вказує на переважання зовнішнього (екстернального) локусу контролю. У контрольній групі цей параметр становить 6,48 стенів, що відповідає нормативному внутрішньому (інтернальному) локусу. Отримані дані свідчать про те, що особи із залежністю від ПАР схильні сприймати більшість подій свого життя як результат збігу обставин, везіння, випадковості або дій інших людей. Вони демонструють слабку віру у власну спроможність активно впливати на хід свого життя, скеровувати його у бажаному напрямку та самостійно приймати важливі доленосні рішення. Здорове населення, навпаки, усвідомлює свій безпосередній зв'язок між власними зусиллями та життєвими результатами.

Шкала інтернальності в області досягнень (Ід) виявила середній бал 4,11 у представників ЕГ та 6,72 у представників КГ ($t = 7,56$). Це означає, що навіть власні успіхи, періоди тверезості чи позитивні життєві зрушення залежні пацієнти схильні приписувати зовнішній допомозі, успішному збігу обставин чи підтримці з боку фахівців рекреаційного закладу, мінімізуючи при цьому роль власної волі, праці та цілеспрямованості.

Особливе діагностичне значення має шкала **інтернальності в області невдач (Ін)**, де зафіксовано найнижчий бал у групі залежних — 2,43 стена, тоді як у групі норми він становить 5,76 стенів ($t = 7,77$). Даний результат яскраво описує одну з фундаментальних особливостей особистісної сфери адиктів. Отримані дані свідчать про те, що у випадку виникнення життєвих труднощів, конфліктів, фінансових проблем чи чергових зривів (рецидивів)

залежні особи повністю перекладають відповідальність на зовнішнє середовище. Вони схильні звинувачувати у власних проблемах членів родини, соціальне оточення, «непереборні обставини» або саму природу своєї хвороби, повністю заперечуючи особисту провину чи невиконання зобов'язань. Такий екстернальний захисний механізм дозволяє їм знижувати почуття провини, проте водночас він блокує можливість усвідомлення помилок та унеможливорює формування зрілої стратегії подолання труднощів.

Аналогічна тенденція спостерігається у сфері соціальних зв'язків. За шкалою **інтернальності у сімейних відносинах (Іс)** (3,57 стенів проти 6,28 у нормі) та шкалою **інтернальності у міжособистісних стосунках (Ім)** (4,04 стенів проти 6,64) залежні досліджувані демонструють позицію пасивного об'єкта впливу. Вони відчують себе нездатними побудувати конструктивні, стабільні та рівноправні стосунки з найближчим оточенням. Конфлікти в сім'ї або відсутність справжніх друзів сприймаються ними як наслідок того, що «інші люди їх не розуміють» або висувають до них надмірні вимоги.

Шкала **інтернальності у виробничих відносинах (Ів)** виявила показник у 3,61 стена у групі ЕГ порівняно з 6,56 у контрольній групі ($t = 8,59$). Це підтверджує, що в професійній або навчальній діяльності залежні особи рідко пов'язують свій статус, кар'єрне зростання чи невдачі з рівнем власної кваліфікації або працьовитості, віддаючи перевагу поясненням через суб'єктивне ставлення керівництва чи загальну несприятливу ситуацію на ринку праці.

Окремої уваги заслуговує аналіз результатів за шкалою **інтернальності стосовно здоров'я та хвороб (Із)**. У групі залежних цей показник є критично низьким і становить 2,32 стена, у той час як у контрольній групі він зафіксований на рівні стабільної інтернальної норми — 6,00 стенів. Математична різниця тут є максимально вираженою ($t = 10,51$).

Такий розподіл балів свідчить про те, що особи, які страждають на залежність від ПАР, займають пасивну позицію щодо власного соматичного та психічного здоров'я. Вони схильні розглядати свою хворобу як суто

зовнішній фактор, що розвинувся незалежно від їхньої поведінки, а процес одужання та реабілітації бачать як обов'язок медичного персоналу, психологів чи родичів. Низька інтернальність у сфері здоров'я тісно пов'язана з феноменом психологічного інфантилізму та анозогнозії: пацієнт очікує, що терапевтичний ефект буде досягнутий завдяки зовнішнім процедурам або специфічним умовам перебування в центрі, без докладання тривалих, усвідомлених особистісних зусиль, спрямованих на внутрішню перебудову власного життя.

Таким чином, узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна стверджувати, що для особистісної сфери осіб, залежних від психоактивних речовин, характерним є специфічне поєднання високого рівня емоційної напруги (як ситуативного, так і стійкого особистісного характеру) із загальною слабкістю регуляторних функцій Я, що виражається у тотальному переважанні зовнішнього локусу контролю у всіх сферах життєдіяльності. Виявлені особливості створюють замкнене психологічне коло: висока тривожність вимагає емоційного розвантаження, а екстернальний локус контролю блокує вибір самостійних, відповідальних та тверезих стратегій поведінки, скеровуючи особистість до звичних дезадаптивних паттернів адиктивної поведінки.

2.3. Розробка практичних рекомендацій щодо психологічного супроводу осіб із залежністю від ПАР

На основі результатів емпіричного дослідження, які були детально проаналізовані у попередньому підрозділі, нами було встановлено чіткий зв'язок між деформаціями особистісної сфери та формуванням залежної поведінки[31]. Зокрема, виявлені високі показники ситуативної та особистісної тривожності у поєднанні з низьким рівнем суб'єктивного контролю (екстернальністю) у всіх сферах життєдіяльності виступають основними психологічними мішенями для корекційного впливу.

З огляду на це, виникає необхідність розробки та обґрунтування конкретних практичних рекомендацій щодо психологічного супроводу залежних осіб в умовах реабілітаційного центру[32]. Дані рекомендації розроблені з урахуванням виявлених дефіцитарних зон піддослідних експериментальної групи (ЕГ) і спрямовані на стабілізацію емоційного стану, розвиток внутрішньої відповідальності та профілактику можливих рецидивів[33]. Психологічний супровід осіб із залежністю від ПАР в межах реабілітаційного процесу має реалізовуватися через три основні взаємопов'язані блоки.

. Практичні рекомендації щодо зниження рівнів ситуативної та особистісної тривожності

Оскільки за результатами тестування за методикою Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна у пацієнтів ЕГ зафіксовано високий рівень тривожності (51,11 та 55,29 балів відповідно), першочерговим завданням психолога є зниження цього емоційного напруження. Тривога виступає головним внутрішнім чинником (тригером), який спонукає залежного до повернення у вживання з метою хімічної саморегуляції.

З метою подолання цієї проблематики практичним психологам та консультантам рекомендується: впровадження тренінгів із формування навичок психологічної саморегуляції. Необхідно навчати пацієнтів конкретним дихальним та тілесним технікам, які дозволяють купірувати гострі напади тривоги безпосередньо в момент їх виникнення. До таких технік відносяться:

Дихання за квадратом» (вдих — затримка дихання — видих — затримка дихання на рівні 4 секунд);

методики «заземлення» (фокусування уваги на зовнішніх об'єктах: знайти 5 конкретних предметів навколо себе, відчувати дотик стоп до підлоги тощо).

Когнітивно-поведінкова корекція ірраціональних страхів.

Оскільки особистісна тривожність пов'язана зі схильністю сприймати світ як загрозу, робота психолога має бути спрямована на переформатування

мислення. Рекомендується використовувати щоденники самоспостереження, де пацієнт фіксує схему: *«Ситуація — Автоматична думка — Емоція (тривога) — Конструктивна відповідь»*. Це дозволяє знизити рівень паніки перед майбутнім життям після виписки з центру.

Організація терапевтичного групового простору.

У межах групової роботи психолог має стимулювати пацієнтів до відкритого вербального вираження своїх страхів. Процес легалізації тривоги у колі людей із подібними проблемами дозволяє знизити рівень суб'єктивної ізоляційної напруги та дає клієнту досвід емоційної підтримки.

Рекомендації щодо формування внутрішнього локусу контролю (інтернальності)

Аналіз результатів за методикою РСК Дж. Роттера показав, що залежні особи мають виражену екстернальність, особливо за шкалами інтернальності у невдачах (Ін — 2,43 стена) та сфері здоров'я (Із — 2,32 стена). Вони повністю перекладають провину за свої помилки та процес одужання на зовнішні фактори

Для трансформації локусу контролю із зовнішнього на внутрішній пропонується впровадження таких заходів:

корекція мовленнєвих паттернів у процесі терапії. Психологам та персоналу центру під час індивідуальних бесід та групових занять необхідно звертати увагу на те, як пацієнт формулює свої думки, та м'яко переводити його з пасивної позиції в активну. Замість фрази пацієнта: *«Мене вивели з себе і я зірвався»* — вчити формулювати: *«Я розлютився і прийняв рішення взяти речовину»*. Замість: *«Мене сюди поклали батьки, хай лікують»* — переводити на: *«Я перебуваю тут і можу використати цей час для свого відновлення»*.

кроковий ретроспективний аналіз життєвих невдач.

Необхідно проводити індивідуальні сесії, на яких детально розбираються минулі життєві помилки та рецидиви пацієнта. Завдання

психолога — допомогти клієнту побачити його власний внесок у кожную негативну ситуацію, зруйнувати захисні механізми проекції та заперечення, і підвести до усвідомлення, що будь-який результат є наслідком його особистого вибору.

елегування реальної відповідальності в межах життєдіяльності центру. Формування інтернальності неможливе без практичного досвіду. Рекомендується впроваджувати систему терапевтичних обов'язків (чергування, підготовка спільних заходів, кураторство над новими пацієнтами). Якщо пацієнт бачить, що від якісного виконання його обов'язків залежить життєдіяльність групи, у нього формується розуміння зв'язку: *«Мої зусилля = Позитивний результат»*.

ормування позиції одужуючого стосовно здоров'я. Зважаючи на критично низький бал за шкалою Із, психолог повинен руйнувати установку пацієнта на те, що його «вилікують» лікарі. Наголошується, що медикаментозна терапія та робота спеціалістів — це лише допоміжні умови, а головна відповідальність за дотримання тверезості та виконання рекомендацій лежить виключно на самому пацієнтові.

Рекомендації щодо сенсотворчої роботи та профілактики рецидивів

Для подолання внутрішнього екзистенційного вакууму, який часто є базовою причиною вживання ПАР, психологічний супровід має включати блок роботи з цінностями та життєвими цілями клієнта. Після відмови від речовини пацієнт стикається із порожнечою, яку необхідно заповнити конструктивною діяльністю.

З цією метою рекомендується:

етодика планування малих досяжних цілей. Оскільки для залежних характерний інфантилізм та очікування швидких результатів, психолог має навчити їх розбивати великі завдання на дрібні кроки. Рекомендується ведення щоденних планів, де клієнт фіксує мінімальні завдання на день (наприклад, виконання письмових завдань за

програмою 12 кроків, зробити зарядку, прочитати розділ книги) та відзначає їх виконання. Це дає можливість повернути відчуття контролю над часом та життям.

актуалізація та пошук нових особистісних ресурсів. Спільно з психологом пацієнт має скласти індивідуальну «карту тверезих ресурсів» — перелік дій та захоплень, які можуть приносити задоволення без хімічного стимулювання. Це може бути арт-терапія (малювання, ліпка), трудотерапія, спорт, читання або участь у волонтерських проектах.

розробка індивідуального плану запобігання зриву (плану безпеки).

Перед завершенням курсу реабілітації психолог разом із пацієнтом має розробити чіткий алгоритм дій для амбулаторного періоду. Цей план обов'язково має включати:

список індивідуальних «тригерів» (місця, люди, емоційні стани, які викликають тягу);

перелік дій у випадку виникнення гострої тривоги чи тяги (кому зателефонувати, яку дихальну техніку застосувати);

обов'язкове відвідування груп взаємодопомоги (Анонімні Наркомани / Анонімні Алкоголіки) та підтримання контакту з психологом центру у межах післялікувального супроводу.

Таким чином, запропоновані практичні рекомендації охоплюють емоційну, регуляторну та ціннісно-смислову сфери особистості залежних від ПАР. Системне впровадження цих заходів у практику реабілітаційного процесу дозволить забезпечити ефективний психологічний супровід пацієнтів, спрямований на зниження внутрішньої напруги, підвищення особистісної відповідальності та формування стійкої мотивації до тверезого способу життя.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено комплексний теоретико-емпіричний аналіз психологічних особливостей особистості, залежної від психоактивних речовин (ПАР), що дозволило в повному обсязі виконати поставлені завдання та верифікувати практичне дослідження. Теоретичний аналіз наукових підходів показав, що сучасна психологічна парадигма базується на біопсихосоціальній моделі, розглядаючи адикцію не просто як фізіологічну патологію, а як деструктивний спосіб функціонування особистості, спрямований на компенсацію внутрішніх психологічних дефіцитів. У межах екзистенційно-гуманістичного підходу вживання ПАР визначено як патологічне заміщення дефіцитарних потреб нижчого рівня та спробу індивіда штучно заповнити «екзистенційний вакуум» і духовну порожнечу в умовах блокування процесів самоактуалізації та втрати життєвих сенсів. Встановлено, що в сучасних українських соціокультурних умовах, обтяжених тривалим воєнним та соціально-економічним дистресом, структура вживання змістилася в бік новітніх синтетичних засобів та нецільового використання окремих аптечних препаратів. Така «аптечна адикція» виступає специфічною формою дезадаптивного «самолікування» від посттравматичних станів, тривоги та хронічного стресу, при яких особистість часто зберігає зовнішню соціальну маску благополуччя, але зазнає глибокої внутрішньої деформації.

Емпіричне дослідження, проведене на базі Реабілітаційного центру для залежних осіб у місті Одеса із залученням 53 піддослідних (28 осіб експериментальної групи, які мають встановлений діагноз залежності, та 25 осіб контрольної групи умовно здорових людей), виявило виражені, статистично значущі розбіжності між представниками обох вибірок на найвищому рівні значущості ($p \leq 0,01$). Аналіз емоційного компонента зафіксував у залежних осіб стабільно високий рівень як ситуативної ($51,11 \pm 1,34$ балів), так і особистісної тривожності ($55,29 \pm 1,20$ балів), що критично перевищує показники помірної норми контрольної групи ($33,64 \pm 1,20$) та $37,84 \pm 1,52$ балів відповідно). Це підтверджує, що високий тривожний фон є

базовою характеристикою психічної структури адиктів, яка виступає постійним внутрішнім тригером компульсивного потягу до речовини через відсутність конструктивних внутрішніх механізмів подолання стресу. Дослідження когнітивно-вольової сфери за допомогою методики рівня суб'єктивного контролю виявило тотальне переважання зовнішнього локусу контролю в усіх сферах життєдіяльності залежних пацієнтів. Показник загальної інтернальності в експериментальній групі склав лише $3,11 \pm 0,30$ стенів проти інтернальної норми у $6,48 \pm 0,41$ стенів у здорових осіб. Особливо дефіцитарними виявилися шкала інтернальності у сфері невдач ($2,43 \pm 0,24$ стенів) та шкала інтернальності стосовно здоров'я ($2,32 \pm 0,21$ стенів). Отримані дані свідчать про те, що залежні особи демонструють психологічний інфантилізм і повністю знімають з себе провину за власні життєві помилки, конфлікти та розвиток хвороби, пасивно перекладаючи відповідальність на зовнішні чинники та очікуючи одужання без докладання особистісних вольових зусиль. Виявлені особливості утворюють замкнене психологічне коло, де хронічна емоційна напруга вимагає розвантаження, а екстернальність блокує вибір самостійних, відповідальних і тверезих стратегій поведінки, повертаючи особистість до деструктивних патернів вживання ПАР.

На основі результатів емпіричного аналізу було розроблено та обґрунтовано трикомпонентну систему практичних рекомендацій щодо психологічного супроводу осіб із залежністю в умовах стаціонарної реабілітації. Перший блок спрямований на зниження рівнів тривожності шляхом впровадження тренінгів саморегуляції із застосуванням дихальних технік («дихання за квадратом») та методик заземлення для зняття гострих нападів психоемоційного напруження. Другий блок орієнтований на трансформацію локусу контролю із зовнішнього на внутрішній через м'яку корекцію мовленнєвих патернів пацієнтів у процесі індивідуальної та групової терапії (переведення з пасивної позиції об'єкта в активну позицію автора рішень), проведення покрокового ретроспективного аналізу минулих зривів, а також делегування їм реальної відповідальності в межах повсякденної

життєдіяльності центру. Рекомендації включають сенсотворчу роботу для подолання екзистенційного вакууму через планування малих досяжних цілей, актуалізацію карти тверезих ресурсів (арт-терапія, спорт, праця) та обов'язкову розробку індивідуального плану безпеки із визначенням тригерів для амбулаторного постреабілітаційного періоду. Результати дослідження мають виражене теоретичне і практичне значення для психологів реабілітаційних центрів, оскільки дозволяють цілеспрямовано коригувати виявлені базові деформації емоційної та вольової сфер адикта, забезпечуючи підвищення ефективності програм психологічного супроводу та формування стійкої мотивації до тверезого способу життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

систоактивні речовини (ПАР) / Вінницький обласний ЦКПХ МОЗ України. URL: <https://vn.cdc.gov.ua/article/psyhoaktyvni-rechovyny-par/> (дата звернення: 28.05.2026).

ласифікація психоактивних речовин / Центр громадського здоров'я МОЗ У

кочні наркотики / Клініка сучасної наркології та психіатрії (дата звернення: 28.05.2026).

а

ранкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі / Віктор Франкл ; пер. з англ. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2016. 160 и.

ойда Зв. Вступ до психоаналізу. Нові висновки / Зігмунд Фройд ; пер. з нім. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2018. 480 с.

ослідження рівня суб'єктивного контролю (за Дж. Роттером) / Черкаський національний університет ім. Б. Хмельницького. URL: <https://studfile.net/preview/9089335/page:27/> (дата звернення: 28.05.2026).

цінка рівня ситуативної та особистісної тривожності (Тест СпілбергераХаніна) / Гадяцький фаховий коледж культури і мистецтв. URL: <https://guc.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/Otsinka-rivnia-sytuatyvnoi-tryvozhnostiBLANK.pdf> (дата звернення: 28.05.2026).

іопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. Нейроньюс: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2013. № 6- (дата звернення: 28.05.2026).

Спайсова залежність: спайси та солі – бич сучасної молоді / Медичний центр «Данко». URL: <https://danko.od.ua/uk/spajsi-ta-soli-bich-suchasno%D1%97-molodi/> (дата звернення: 28.05.2026).

177abstract (дата звернення: 28.05.2026).

Conrad P. The Medicalization of the Human Condition. Psychiatric Services.

2002. Vol. 53, No. 5. P. 627–628. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.53.5.627> (дата звернення:

URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13690-022-00943-x> (дата звернення: 28.05.2026).

d.ncbi.nlm.nih.gov/23820755/ (дата звернення: 28.05.2026).

[s://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14999658/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14999658/) (дата звернення: 28.05.2026).

1 Practice. 2023. Vol. 18, No. 1. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13722-023-00397-8> (дата звернення: 28.05.2026).

Про когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) / Український інститут когнітивноповедінкової терапії. URL: <https://i-cbt.org.ua/pro-kpt/> (дата звернення: 28.05.2026).

Зварич І. М., Чуйко Г. В., Колтунович Т. А. Екзистенційна та гуманістична психологія : навч. посіб. Чернівці : Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2019. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13722-023-00397-8> (дата звернення: 28.05.2026).

12 Кроків і 12 Традицій / ГО «Український центр обслуговування АА в Україні». URL: <https://aa.org.ua/12-kroktiv-i-12-tradytsiy/> (дата звернення:

іллер В. Р., Ролнік С. Мотиваційне консультування. Як допомогти людям змінитися / Вільям Р. Міллер, Стівен Ролнік ; пер. з англ. Київ : Медкнига, 2013. 320 с.

ерлз Ф., Гудман П., Хефферлін Р. Практика гештальт-терапії / Фредерік Перлз, Пол Гудман, Ральф Хефферлін ; пер. з англ. М. П. Папуш: ІЗГД, 2001. 400 с.

ільц О. О. Сучасні тенденції розвитку української психотерапії. Журнал Національної психотерапевтичної ліги / Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. URL:

<https://journals.npa.org.ua/index.php/psy/article/view/71> (дата звернення:

Анозогнозія: поняття та механізми / Медичний портал Sutura. URL: <https://sutura.org.ua/unsorted/anozohnoziia/> (дата звернення: 28.05.2026).

Шулдик Г. О. Механізм психологічних захистів у студентської молоді. Психологічний журнал. URL: звернення: 28.05.2026).

Франкл В. Лікар та душа. Основи логотерапії / Віктор Франкл ; пер. з нім. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2023. 288 с.

Боулбі Дж. Створення та руйнування емоційних зв'язків. Посібник практичного психолога / Джон Боулбі ; пер. з англ. Київ : Наш Формат, 2021. 256 с.

Muchailiv S. Психологічне дослідження чинників формування хімічної залежності особистості. Психологія особистості. URL: <https://>

ірна Ж. П. Психологія залежної поведінки: індивідуально-типологічні деформації особистісної сфери : монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2019. 210 с.

сихологічні аспекти дослідження сучасних залежностей. GLOBAL Scientific and Practical Conference (Kyiv, 7-9 April 2025). Kyiv, 2025. URL: <https://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/26422/1/...> (дата звернення: 28.05.2026).

Старков Д. Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації : дис. ... канд. психол. наук / Д. Ю. Старков. К
и
ї
в
(дата звернення: 28.05.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ)

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність - це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе відчуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе відчуваєте звичайно?"). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

Одні питання-судження в опитувальнику Ч. Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь

Коло Айзенка



тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) - низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться у такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної

або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе почуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
	1	2	3	4

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.

18. Я занадто збуджений і мені ніяково.

19. Мені радісно.

20. Мені приємно.

Шкала самооцінки особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених питань і закресліть ту цифру справа в залежності від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над запитаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
	1	2	3	4

21. Я відчуваю задоволення.

22. Я швидко втомлююсь.

23. Я легко можу заплакати.

24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.

25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.

26. Я відчуваю себе бадьорим.

27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.

28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.

29. Я занадто переживаю через дрібниці.

30. Я буваю повністю щасливий.

31. Я приймаю все занадто близько до серця.

32. Мені не дістає впевненості у собі.

33. Я відчуваю себе в безпеці.

34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.

35. У мене буває хандра.

36. Я задоволений.

37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.

38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.

39. Я врівноважена людина.

40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

Дослідження рівня суб'єктивного контролю (за Дж. Роттером)

Додаток Б

Мета дослідження: визначення локусу суб'єктивного контролю.

Матеріал та обладнання: тест - опитувальник, розроблений Є. Ф. Бажіним на основі шкали локусу контролю Дж. Роттера, бланк для відповідей, ручка.

Процедура дослідження

Методика дослідження дозволяє порівняно швидко й ефективно визначити рівень сформованості суб'єктивного контролю як однієї, так і кількох осіб. Кожного досліджуваного належить забезпечити індивідуальним текстом опитувальника і бланком для відповідей з нумерацією тверджень, яка відповідає тексту опитувальника.

Інструкція досліджуваному: «Запропонований Вам опитувальник має 44 твердження. Прочитайте їх і дайте відповідь, чи згодні Ви з даним твердженням, чи ні. Ви маєте заповнити шкалу згоди від -3 до +3. Пам'ятайте, що в тесті немає «правильних» і «неправильних» відповідей. Свою думку висловлюйте відверто. Надавайте перевагу тій відповіді, яка перша спала Вам на думку».

Опитувальник

1. Просування по службових сходах більше залежить від успішного збігу обставин, ніж від здібностей людини.
2. Більшість розлучень виникає через те, що люди не захотіли пристосовуватися один до одного.
3. Хвороба — справа випадку: якщо маєш захворіти, то вже нічим не зарадиш.
4. Люди стають самотніми тому, що самі не виявляють інтересу і дружнього ставлення до оточуючих.
1. Здійснення моїх бажань часто залежить від удачі.
5. Даремно докладати зусиль для того, щоб завоювати симпатії інших людей.

6. Зовнішні обставини (батьки, добробут) впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
2. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво виявляється більш ефективним, коли повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їхню самостійність.
10. Мої оцінки в школі часто залежали від випадкових обставин (наприклад, від настрою вчителя), а не від моїх власних зусиль.
11. Коли я планую, то, здебільшого, вірю, що зможу втілити свої плани.
12. Те, що багатьом людям здається успіхом чи удачею, насправді є результатом тривалих цілеспрямованих зусиль.
13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки.
14. Якщо люди не пасують один одному, то, як би вони не намагалися налагодити сімейне життя, вони все одно не зможуть цього зробити.
15. Те добре, що я роблю, звичайно буває гідно оцінено іншими.
16. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
17. Думаю, що випадок чи доля не відіграють великої ролі в моєму житті.
18. Я намагаюся не планувати наперед, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
19. Мої оцінки в школі залежали переважно від моїх зусиль і від ступеня підготовки.
20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою, ніж за протилежною стороною.
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.
23. Думаю, що мій спосіб життя жодним чином не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям досягнути успіху в своїх справах.
25. Урешті-решт, за погане керівництво відповідають самі люди, які

працюють в установі.

26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в стосунках, які склалися в сім'ї.
27. Якщо я дуже захочу, то зможу привернути до себе будь-кого.
28. На підростаюче покоління впливає так багато всіляких обставин, ще зусилля батьків у вихованні часто виявляються нерезультативними.
29. Те, що зі мною трапляється, — це справа моїх власних рук.
30. Важко буває зрозуміти, чому керівники діють так, а не інакше.
31. Людина, яка не змогла досягти успіху у своїй роботі, швидше за все, не доклала достатньо зусиль для цього.
32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, чого я захочу.
33. У неприємностях і невдачах, які траплялися в моєму житті, більше були винні інші люди, ніж я.
34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею доглядати і правильно її одягати.
35. У складних обставинах я вважаю за краще зачекати, доки проблема розв'яжеться сама по собі.
36. Успіх — це результат наполегливої праці, і він мало залежить від випадку чи від удачі.
37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від інших, залежить щастя моєї сім'ї.
38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюсь одним людям і не подобаюсь іншим.
39. Я завжди надаю перевагу прийняттю рішень і самостійним діям, а не сподіваюся на допомогу інших людей чи на долю.
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються не визнаними, незважаючи на всі її намагання.
41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо змінити навіть за найбільшого бажання.
42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати свої можливості, мають

звинувачувати в цьому тільки самих себе.

43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.

44. Більшість невдач у моєму житті були від невміння, від незнання або від лінощів і мало залежали від удачі чи від невдачі.

**Первинні результати дослідження локусу контролю за методикою РСК
Дж. Роттера (у стенах)**

Додаток В

№ з/п	Код піддослідного	Група	Іо	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Із
1	A-01	ЕГ	2	4	1	3	2	1	1
2	A-02	ЕГ	4	2	2	2	4	4	2
3	A-03	ЕГ	4	2	1	3	1	4	1
4	A-04	ЕГ	1	4	3	5	2	4	5
5	A-05	ЕГ	2	5	4	4	4	3	3
6	A-06	ЕГ	5	4	4	4	4	2	1
7	A-07	ЕГ	1	5	2	5	5	6	2
8	A-08	ЕГ	2	5	1	3	5	4	4
9	A-09	ЕГ	2	6	1	6	3	2	2
10	A-10	ЕГ	2	2	1	7	5	6	3
11	A-11	ЕГ	3	2	4	3	4	4	2
12	A-12	ЕГ	5	3	1	4	3	4	1
13	A-13	ЕГ	2	6	2	4	4	5	3
14	A-14	ЕГ	2	5	3	3	4	4	3

№ з/п	Код піддослідного	Група	Іо	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Із
15	A-15	ЕГ	3	5	4	5	4	3	3
16	A-16	ЕГ	6	2	4	3	5	4	2
17	A-17	ЕГ	6	5	1	6	4	5	2
18	A-18	ЕГ	5	3	1	4	2	6	2
19	A-19	ЕГ	3	3	2	3	5	2	2
20	A-20	ЕГ	4	5	3	3	3	4	1
21	A-21	ЕГ	5	4	5	2	4	7	2
22	A-22	ЕГ	2	5	4	4	2	5	1
23	A-23	ЕГ	5	7	4	4	4	5	4
24	A-24	ЕГ	1	4	1	1	4	4	4
25	A-25	ЕГ	2	5	2	3	3	2	3
26	A-26	ЕГ	4	4	3	3	2	4	2
27	A-27	ЕГ	1	4	2	2	3	5	1
28	A-28	ЕГ	3	4	2	1	6	4	3
29	H-01	КГ	6	8	9	8	7	7	6
30	H-02	КГ	5	6	4	7	7	5	7

№ з/п	Код піддослідного	Група	Іо	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Із
31	Н-03	КГ	9	7	7	6	6	5	8
32	Н-04	КГ	6	7	4	5	6	7	7
33	Н-05	КГ	7	7	6	6	5	4	4
34	Н-06	КГ	5	5	7	9	8	5	6
35	Н-07	КГ	9	7	6	5	8	9	5
36	Н-08	КГ	6	7	7	4	5	3	5
37	Н-09	КГ	6	7	5	6	7	7	10
38	Н-10	КГ	3	8	5	6	4	6	8
39	Н-11	КГ	3	8	5	7	6	9	5
40	Н-12	КГ	6	8	8	5	8	5	6
41	Н-13	КГ	6	6	8	6	5	7	6
42	Н-14	КГ	9	7	3	6	6	8	6
43	Н-15	КГ	4	5	3	9	8	7	5
44	Н-16	КГ	10	7	3	6	6	6	4
45	Н-17	КГ	5	5	7	6	5	6	5
46	Н-18	КГ	5	6	6	8	7	9	5

№ з/п	Код піддослідного	Група	Іо	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Із
47	Н-19	КГ	8	9	5	5	9	7	7
48	Н-20	КГ	7	5	5	7	7	7	5
49	Н-21	КГ	5	6	9	6	8	7	7
50	Н-22	КГ	10	8	7	5	8	9	6
51	Н-23	КГ	5	5	5	5	7	6	6
52	Н-24	КГ	9	6	6	7	6	7	4
53	Н-25	КГ	8	8	4	7	5	8	7

**Первинні результати дослідження рівнів тривожності за методикою Ч.
Спілбергера — Ю. Ханіна (у балах)**

Додаток Г

№ з/п	Код піддослідного	Група	Ситуативна тривожність (СТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
1	A-01	ЕГ	56	62
2	A-02	ЕГ	51	58
3	A-03	ЕГ	57	52
4	A-04	ЕГ	65	59
5	A-05	ЕГ	50	56
6	A-06	ЕГ	50	62
7	A-07	ЕГ	65	50
8	A-08	ЕГ	58	53
9	A-09	ЕГ	49	53
10	A-10	ЕГ	56	45
11	A-11	ЕГ	49	57
12	A-12	ЕГ	49	57
13	A-13	ЕГ	55	55

№ з/п	Код піддослідного	Група	Ситуативна тривожність (СТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
14	A-14	ЕГ	38	54
15	A-15	ЕГ	39	45
16	A-16	ЕГ	48	52
17	A-17	ЕГ	45	53
18	A-18	ЕГ	54	50
19	A-19	ЕГ	46	54
20	A-20	ЕГ	42	58
21	A-21	ЕГ	63	68
22	A-22	ЕГ	51	57
23	A-23	ЕГ	53	57
24	A-24	ЕГ	41	55
25	A-25	ЕГ	48	42
26	A-26	ЕГ	53	55
27	A-27	ЕГ	44	56
28	A-28	ЕГ	56	73
29	H-01	КГ	27	36

№ з/п	Код піддослідного	Група	Ситуативна тривожність (СТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
30	Н-02	КГ	27	29
31	Н-03	КГ	33	45
32	Н-04	КГ	36	53
33	Н-05	КГ	35	45
34	Н-06	КГ	39	28
35	Н-07	КГ	34	35
36	Н-08	КГ	43	46
37	Н-09	КГ	32	33
38	Н-10	КГ	51	41
39	Н-11	КГ	38	43
40	Н-12	КГ	28	33
41	Н-13	КГ	27	37
42	Н-14	КГ	37	31
43	Н-15	КГ	31	36
44	Н-16	КГ	37	29
45	Н-17	КГ	37	49

№ з/п	Код піддослідного	Група	Ситуативна тривожність (СТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
46	Н-18	КГ	33	28
47	Н-19	КГ	28	35
48	Н-20	КГ	24	40
49	Н-21	КГ	31	50
50	Н-22	КГ	38	28
51	Н-23	КГ	35	46
52	Н-24	КГ	26	38
53	Н-25	КГ	34	32