

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**АТАЛІЄВА АЛЛА ОЛЕКСАНДРІВНА**

УДК 159.923:364.272:616.8-085.851(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ВЗАЄМОДІЯ СТРЕСУ ТА ОСОБИСТІСНИХ ФАКТОРІВ ПРИ  
ХІМІЧНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ**

19.00.04 – медична психологія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ А.О. Аталієва  
(підпис ініціали та прізвище здобувача)

**Науковий керівник: Розанов Всеволод Анатолієвич, доктор медичних наук, професор**

Харків - 2020

## АНОТАЦІЯ

Аталієва А.О. Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія – Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, Харків, 2021.

Робота присвячена вивченню взаємодії стресу (негативних подій життя) і особистісних факторів у осіб з хімічною залежністю і розробці комплексу заходів психологічної корекції.

Метою дослідження є обґрунтування психокорекційних заходів для роботи з хімічними адиктами в рамках програми «12 Кроків» на основі поглиблення наукових уявлень щодо ролі особистісних чинників та стресу у формуванні особистості хімічного адикта.

Основні завдання роботи спрямовані на визначення впливу особистісних чинників на схильність до стресу при формуванні хімічної залежності, аналіз особистісних особливостей як чинників формування хімічної залежності, визначення впливу негативних життєвих подій, що відбуваються у продовж життя, на формування хімічної адикції, на надання типології та обґрунтування психокорекційних стратегій, що дозволить специфікувати корекційний вплив на хімічно залежних осіб.

Методологічну та теоретичну основи дослідження склали основні підходи вітчизняних і зарубіжних науковців до вивчення проблеми адиктивної поведінки (Д. Вассерман, П.В. Волошин, І.В. Лінський, К. Меннінгер, М.В. Савіна, Л.Ф. Шестопалова), залежної особистості (Ц.П. Короленко, В.Д. Менделевич, Д.Р. Меерс), концептуальні аспекти моделі діатезу-стресу (Д. Вассерман, Б.Л. Ганкін, Дж. М. Дженкінс, В.А. Розанов), гіпотезу «кумулятивного стресу» та відповідності/невідповідності предиспозицій та середовища (Ш.Е. Тейлор,

М.В. Шміт), теорії алостазу (Р.И. Жданов, Р.В. Купріянов) та моделі психосоціального стресу (М. Батлі, П. Мартикайнен, В.А. Розанов).

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2014 – 2016 років проведено дослідження хімічно залежних та здорових осіб. Дослідження проводилося на базі на базі Міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр «Сходи»» (м. Одеса). Особи з вираженими коморбідними психічними і соматичними розладами було виключено з дослідницької вибірки. Дослідницьку групу (ДГ) склали: 101 особа – з наркотичною залежністю, 16 – осіб з алкогольною залежністю; що знаходяться на реабілітації за програмою «12 Кроків». Контрольну групу (КГ) склали 117 осіб, які є соціально адаптовані, психологічно здорові. Залучення їх до дослідження здійснювалося шляхом звернення до вищих навчальних закладів, державних та приватних компаній на основі анонімності та добровільності. Загальна вибірка становила 234 респондента.

Для реалізації мети і завдань дослідження було застосовано комплекс методів: теоретичний (аналіз літератури, систематизація та узагальнення даних), емпіричний (психодіагностичний) та математико-статистичний методи.

В ході емпіричного дослідження використовувались: психодіагностичний інструмент для оцінки особистісних рис опитувальник NEO-PI-R (П.Т. Коста, Р. Мак-Крей) призначений для вимірювання п'яти основних особистісних змінних і досить великої кількості інших рис особистості, що дозволяє досить широко продіагностувати особистість дорослої людини та дає можливість отримати детальний і стійкий в часі «портрет» людини; опитувальник «Негативні життєві події» (Д.Вассерман), призначений для виявлення важких негативних життєвих ситуацій, подій, які мали для людини велике значення і могли якимось чином вплинути на його життєві установки, поведінку в стресових ситуаціях, а також для кількісної оцінки «накопиченого» життєвого стресу. Принциповою особливістю даного

опитувальника було те, що в ньому була можливість оцінювати події за трьома вимірами: 1) що трапилося; 2) коли це сталося; 3) кратність події. Крім того кожна з подій відповідала певному віковому періоду: коли респонденту було від 0 до 6 років, 7-14 років, 15-18 років та 19 і більше років та проективну методику «Будинок – Дерево – Людина» (Дж. Бук), розроблену Р.Ф. Беляускайте та І.А Фурмановим на основі керівництва Дж. Бука, де всі виявлені в даному тесті ознаки були об'єднані у десять симптомокомплексів: ворожість; конфліктність; тривожність; депресивність; незахищеність; недовіра до себе; труднощі спілкування; почуття неповноцінності (Р.Ф. Беляускайте) та агресивність і негативізм (І.А Фурманов)

Математико-статистична обробка даних та графічна репрезентація результатів здійснювалися на базі пакетів IBM SPSS Statistics 22.0.0 і IBM SPSS Amos 22.0.0 для Windows. Методи дослідження: розрахунок описових статистик, аналіз частотного розподілу, аналіз асоціацій (критерій К. Крамера), кореляційний аналіз, параметричний однофакторний дисперсійний аналіз за F-критерієм (з використанням процедури множинних порівнянь пацієнтів з контролем з урахуванням поправки Т'юки), непараметричний дисперсійний аналіз з використанням H-критерію Краскала-Волліса, статистична процедура бутстрепу, кластерний аналіз, дискримінантний аналіз, проста лінійна, ієрархічна лінійна, ієрархічна логістична регресія, аналіз ефектів модерації, моделювання структурними рівняннями.

В ході теоретичного аналізу було показано, що, незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених чинникам формування хімічної залежності, це питання залишаються неясними й донині. Засвідчено, що досі поняття «адиктивна поведінка» не підтверджено чіткими критеріями, не розроблений його понятійний апарат, не до кінця з'ясовано, що дає можливість феноменологічної диференціації адиктивних поведінкових патернів.

На сьогоднішній день не існує загально-психологічної теорії адикції, а кожна з них зосереджується на деяких аспектах залежності (загальні ознаки залежності, особливості виховання, преморбідні риси характеру, особистісні якості, психопатологічний фон, тощо), не визначено, як особистісні чинники впливають на розвиток хімічної залежності. Незважаючи на те, що в огляді літератури широко представлені дослідження, присвячені психологічним особливостям взаємозв'язків між накопиченням негативними життєвими подіями її адиктивною поведінкою, багато питань залишаються відкритими.

В ході експериментального дослідження було визначено особистісні чинники, які пов'язані з розвитком (наявністю) хімічної залежності – «нейротизм», «екстраверсія», «відкритість досвіду», «співпраця» та «сумлінність». Для визначення ознак, за якими особи з хімічною залежністю відрізняються від групи контролю, було проведено дискримінантний аналіз за показниками опитувальника NEO-PI-R (5 шкал і 30 підшкал). В результаті було виявлено, що групи відрізняються за вісьмома критеріями.

Визначено наявність статистично значущих відмінностей між ДГ та ГК за вираженістю симптомокомплексів тесту БДЛ (Будинок – Дерево – Людина). Значущі відмінності ( $p < 0,05$ ) стосувалися таких симптомокомплексів, як «Конфліктність», «Негативізм», «Тривожність», «Незахищеність» й «Недовіра до себе». Такі ознаки доповнюють характеристику залежної особистості, й, ймовірно, є як передумовою розвитку залежності, так й її наслідком.

Встановлено роль стресових факторів в різні періоди формування особистості в генезі хімічних залежностей (наркоманія і алкоголізм) з урахуванням кількісних і якісних характеристик негативних життєвих подій. На основі аналізу описових статистик сумарного показника негативних подій в групах порівняння визначено, що особи з хімічною залежністю сприймають своє життя, як таке, що більш навантажено стресовими подіями.

За допомогою дисперсійного аналізу показано, що відмінності за сумарними показниками стресового навантаження кожного з вікових періодів між групами ДГ та КГ є статистично значущими.

З метою побудови класифікації досліджених осіб з хімічною адикцією, проведено кластерний аналіз. Розбіжності між кластерами визначались за допомогою F-критерію Фішера. Виявлено, що всі залежні особи поділяються на три кластера: «вразливо – конфліктні», «тривожно – агресивні» та «імпульсивно-реактивні». Виходячи з даних кластерного аналізу, визначено відповідні психокорекційні стратегії для представників кожного з кластерів, що дозволяє специфікувати корекційний вплив та розробити відповідні заходи у межах програми «12 кроків».

**Ключові слова:** адиктивна поведінка, ранній період життя, наркоманія, алкоголізм, стресове навантаження, негативні стресові події, психокорекційні стратегії.

## ABSTRACT

Atalieva A.A. Interaction of life stress and personality factors in chemical addiction. – Manuscript.

A dissertation for the degree of a candidate of psychological sciences in specialty 19.00.04 – Medical Psychology. V.N. Karazin Kharkiv National University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, 2021.

Substance abuse and addiction, including illegal drugs and alcohol are remaining serious public health problems in Ukraine. Better understanding of the complex pathways leading to alcohol and drugs abuse and addictions may lead to better prevention of this type of deviant behavior and, quite possibly, of the associated public health problems and mortality. One of the relevant issues is the role of life stress and early psychological traumatization. Studies suggest that early life adversities may be the reason of acquired stress-vulnerability while further stress during maturation may interact with personality traits in the course of

individual development and contribute to addictive behaviours and addictive personality features.

The study is aimed at examination of interactions of life stress (negative life events) and personality factors in patients with chemical addictions and the development of the set of measures of psychological correction. For this purpose, 117 patients of a rehabilitation center for drug addicts attending the 12 Steps program (101 persons with drugs addiction and 16 persons with alcohol addiction, (97 males and 20 females) were compared to 117 healthy volunteers. The groups were comparable regarding age and sex, as well as social and educational characteristics. Instruments used were NEO-PIR test based on five-factors (Big Five) model with quality control, a special questionnaire assessing the severity of life stress in different life periods (NLEI-2), and projective House-Tree-Person technique (H-T-P). The H-T-P technique was used in a modification that permits measuring 10 distinct symptom complexes, including Hostility, Proneness to conflicts, Aggressiveness, Negativism, Anxiety, Depressiveness, Vulnerability, Self-distrust, Feeling of inferiority, and Communication difficulties. All respondents were questioned regarding negative life events (NLE) that have happened to them during different periods of their life, in particular when they were 0-6, 7-14, 15-18 and 19 and more years old. The NLEI-2 questionnaire consisted of 69 questions which covered such issues as "assault", "divorce/separation", "major financial problems", "serious illness or injury", "legal problems", "loss of confidant", "serious marital problems", "robbed", "serious difficulties at work", "serious housing problems" and "job loss", etc. Events related to the personal network and early life period included death of a parent, loss of an individual in the network, alcohol and drug addiction of a parent, problems in relations with parents, separation from parents, being brought up by persons other than parents, housing problems, having very bad relations with a parent, etc. Statistical analysis and graphical data representation were based on IBM SPSS Statistics 22.0.0 and IBM SPSS Amos 22.0.0 for Windows. Within the study discriminant analysis, correlation analysis, associations evaluations, multiple

regression analysis and structural equations modelling was used. Patients with chemical dependencies had significantly higher scores for Neuroticism (N) and Extraversion (E) and lower scores for Agreeableness (A) and Conscientiousness (C) within the Big Five model. Thus, a certain psychological portrait of addicted patients emerges – as a group addicts are inclined to react with negative emotions to all life difficulties and problems, at the same time, they may demonstrate sociability and inclination sensation seeking. On the other hand, they seem to be quarrelsome and prone to competition. Most importantly, they are extremely undemanding to themselves, incapable of prolonged volitional efforts, following long-term life goals, planning behavior and controlling their impulses. One-factor analysis of variance suggest that a group of addicts can be considered as representatives of a relatively homogeneous sample, the key element is the fact of dependence, not the object of dependence.

Psychometric traits within Big Five model were compared and correlated to symptom complexes of the H-T-P technique, which were refereed as depicting subconscious projections. It appeared that addicts had higher proneness to Conflict, Negativism, Anxiety, and Self-distrust in the H-T-P technique. In addicts, indicators of the conscious and subconscious levels of the psyche appeared to be more closely correlated, the main “hubs” for associations were proneness to Conflicts and Aggressiveness from the projective domain and Neuroticism from the psychometric domain. Moreover, in addicts the direction of key correlations was different – positive correlation between Depressiveness and Modesty changed to negative, while a negative correlation between Excitement Seeking and Anxiety changed to positive, which implies deep personality transformations.

When evaluating negative life stress load, it was found that the life-course of NLE accumulation in addicts is 3 times higher than in controls, differences were statistically significant ( $p < 0,001$ ) in all life periods. In the hierarchical regression model accumulation of NLEs in the early childhood (0-6 years) and young adulthood (after 19) had a bigger impact on the probability of addiction than periods of school years and adolescence. Analysis of NLEs in the early life period



showed that alcohol problems in parents and perceived feelings that parents do not love and even torture emotionally, were much more frequent in addicts than in controls. Other strong associations (measured by K Kramer coefficient) were found with being brought up by somebody others than parents and father's addiction. Physical and sexual violence were not among the priorities. These results imply that childhood adversities seem to trigger further development of addictive behavior forming vulnerability to further stresses (incubated trauma). Chemical addictions appeared to be most strongly associated with early life negative events depicting dysfunctional relations in the family. The structural equations method has shown, that Neuroticism (N) and Conscientiousness (C) are moderating (N - negatively and C - positively) the influence of early life traumatic stress on the probability of addictive behavior depicting the interaction of stress and personality factors. The nature of these moderations is interpreted within the "match-mismatch" model that implies possible programming of reactivity to stress by early life adversities and further interaction between emerging personality characteristics and environmental factors. The results obtained are used in the process of psychological correction in the rehabilitation center, including group and family therapy of patients. Based on the cluster analysis three subgroups of addicts were identified (vulnerable-conflicting, anxious-aggressive, and impulsive-reactive), and differential approaches to therapy were developed. The main approach is aimed on emotional tension reduction and socialization. Specific measures included strengthening self-esteem, lowering aggressiveness and training impulse control.

Further studies may be aimed on more detailed examination of moderation effects of the personality dimensions over life stress effects. The limitation of the study is the retrospective nature of the survey regarding the events that occurred to the patient in his early life period.

**Keywords:** addictive behavior, early life, drug addiction, alcoholism, stress, negative stressful events, psychocorrectional strategies.

### Список публікацій автора за темою дисертації

*Наукові праці, у яких опубліковано основні наукові результати дисертації у фахових виданнях України:*

1. Аталієва А.О. Стресове навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху. *Медицинська психологія*. Харків. 2019. Т. 14, №2(54), С. 85-88
2. Аталієва А.О. Деякі асоціації між психометричною оцінкою особистості і проєктивним тестом – гендерні відмінності. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя. 2019. №1, Т.1. С. 114-118.
3. Аталієва А.О. Программа «12 шагов» как метод социально-психологической помощи лицам с аддиктивным поведением. *Вісник Одеського національного університету імені І.І.Мечникова, серія: Психологія*. 2014. Випуск 2(32). С.19-25.
4. Аталієва А.О. Био-психо-социо-духовный поход к проблеме наркомании и алкоголизма и его значение для программы реабилитации «12 шагов». *Вісник Одеського національного університету імені І.І.Мечникова, серія: Психологія*. 2012. Том 17, Випуск 8(20). С. 323-331  
(Здобувачем проведено аналіз наукових джерел, підготовлено статтю до друку.)

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:*

5. Alla Ataliiieva, Bohdan Biron, Vsevolod Rozanov. Life adversities and trauma as factors of addictive behaviors: analysis of accumulation across the most early life period. *Journal of Applied Health Sciences*. 2020. Vol. 6. No 1. P. 15 – 24. (Хорватія).
6. Аталієва А.О., Бирон Б.В., Розанов В.А. Личностные особенности пациентов с химическими зависимостями – психометрическая и проєктивная оценка. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2020. Том 11,

№ 1. С. 33 – 46. (Білорусія) Indexed scientometric basis Scopus (<http://jahs.eu/hrvatski-volume-6-number-1-march-2020/>)

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

7. Аталієва А.О. Хімічна залежність. Онлайн платформа «Розкажи мені» <https://tellme.com.ua/> для психологічної допомоги населенню. 10.09.2020.

8. Аталієва А.О. TABULA RASA («чистая доска»). Матеріали Всеукраїнської ювілейної науково-практичної інтернет-конференції. Білоцерківський інститут неперервної професійної освіти ДВНЗ. *Університет менеджменту освіти*. 20.09.2018р.. С. 89-98.

9. Аталієва А. О. Закономерное психическое развитие личности. Опасные моменты формирования химической зависимости . *Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього*: Південна фундація педагогіки: Міжнародна науково-практична конференція, 20-21 червня 2014 р. Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, Одеса. С .5-8.

10. Аталієва А. О. Возрастная периодизация психического развития и опасность формирования химической зависимости. *Розвиток особистості у рамках просторово – часової організації життєвого шляху*: Сьома міжнародна науково-практична конференція молодих науковців «Розквітання», 24 – 26 квітня, м. Одеса. 2014. С. 28-31.

11. Аталієва А.О. Роль арт-терапии в реабилитации лиц с химической зависимостью. Матеріали третьої міжнародної науково-практичної конференції. *Актуальні дослідження в соціальної сфері*. Одеса. 2014. С.57-59.

12. Аталієва А.О. Особенности формирования наркотической зависимости. Программа «12 шагов», ее практические аспекты. Міжнародна науково-практична конференція. *Сучасний вимір педагогічних та психологічних наук*. Львів. 2014. С.7-9.

13. Аталієва А.О. Закономерное психическое развитие личности. Опасные моменты формирования химической зависимости. Південна фундація педагогіки. Міжнародна науково-практична конференція. *Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього*. Одеса. 2014. С.5-8.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	15
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ОСОБИСТІТЬ ПРИ ХІМІЧНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ</b>	22
1.1. Хімічна залежність як психологічний феномен. Розвиток концепцій адиктивної поведінки	22
1.2. Сучасний стан проблеми вивчення індивідуально-особистісних особливостей хворих із залежністю від психоактивних речовин	34
1.3. Стресове навантаження в онтогенезі здорової і залежної особистості	44
Висновки до Розділу 1	56
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	59
2.1. Методологічні основи дослідження взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності	59
2.2. Соціально-демографічна структура вибірки і психодіагностичний інструментарій	78
2.2.1. Організація дослідження і структура вибірки.	78
Висновки до Розділу 2	101
<b>РОЗДІЛ 3. МОДЕРУЮЧА РОЛЬ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ: ВЗАЄМОДІЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І СТРЕСОВОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ</b>	103
3.1. Аналіз впливу особистісних особливостей на формування хімічної залежності – психометрична і проективна оцінка	103
3.2. Вивчення стресового навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху	149

3.3. Виділення класів осіб з хімічною адикцією, специфікація та апробація відповідних психокорекційних заходів в рамках програми «12 Кроків»	170
3.3.1. Шляхи побудови класифікації пацієнтів з метою персоналізації психокорекційних заходів	178
Висновки до Розділу 3	192
<b>ВИСНОВКИ</b>	197
<b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ</b>	203
<b>ДОДАТКИ</b>	241

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Сьогодні в Україні проблема вживання психоактивних речовин набула загрозливого характеру і викликає велике занепокоєння. Незважаючи на активну антинаркотичну пропаганду й агітацію, кількість осіб, особливо підлітків і молоді, які вживають наркотичні речовини, з кожним роком зростає (А.Ф. Артемчук, І.В. Лінський, О.І. Мінко). В Україні на офіційному обліку Міністерства охорони здоров'я станом на 01.01.2019 року перебувало під диспансерним і профілактичним наглядом 681482 особи із розладами психіки та поведінки через вживання психоактивних речовин. Протягом 2018 року було зареєстровано 108686 осіб, серед яких налічувалось 45839 осіб людей віком від 15 до 35 років.

Проблема алкоголізму також є вельми актуальною. Алкоголізм стає каталізатором проблем не тільки в кожній окремо взятій родині, але в країні в цілому. За статистикою велика частина злочинів, в тому числі самогубств, відбувається під впливом етанолу, а ДТП – з вини п'яних водіїв. Статистика вживання алкоголю в Україні дуже сумна. Згідно з дослідженнями ВООЗ на одного українця в рік припадає понад 15 літрів міцного алкоголю за станом на 2018 рік. На сьогоднішній день Україна знаходиться на другому місці за рівнем смертності від зловживання алкоголем в європейському регіоні. За даними офіційної статистики щорічно в Україні від наслідків вживання наркотиків і алкоголю вмирає приблизно 360 тис. чоловік, що можна порівняти з населенням міста Херсон.

Відповідно до сучасних уявлень хворобливі розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, являють собою результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів (О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, В.Д. Мішиєв, Ю.Ю. Приймак). Роль біологічних факторів підкреслюється багатьма авторами як генетично обумовлена предриспови́зність до адиктивної поведінки (І.П. Анохіна, М. Батлі, Р. Комер, П. Мартикайнен, Л.С. Фрідман, С.Є. Хайман, Н.Г. Штейн).

Значення індивідуально – психологічних особливостей розкривається вченими як передумови психологічного аспекту залежності (Д. Бенвеню, К.Е. Лекенхофф, П.Т. Коста, Р. Крум, Р. Мак-Крей, А. Террачано, Б.М. Ткач). І нарешті соціальні фактори розглядаються як стресові чинники (Г. Сельє, Т.В. Барлас, Ф.Б. Березіна, Ш. Брезниц, Л. Голдбергер, Р. Кесслер, Ю. Кузьменко, В.Д. Лісцін, С. Монро, О. Сафін, Ч. Снайдер, Д.А. Тиррелл, Т. Херберт).

Проте на сьогоднішній день не існує загальної теорії адикції, а жодна з існуючих психологічних моделей адикцій не є цілком задовільною для пояснень взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів.

В багатьох емпіричних дослідженнях виявлено, що сформованість адиктивної поведінки відбувається за умови наявності у людини певних індивідуально-психологічних особливостей (К.В. Аймедов, М. Гуннар, В.О. Крамченкова, О.С. Кочарян, Л. Левіс, О.Л. Луценко). Це свідчить про важливість суто психологічних підходів до пояснення хімічної залежності, які дозволяють визначити приховані пускові чинники адиктивної поведінки особистості. На думку багатьох авторів, залежність завжди компенсує якийсь особистісний дефект. Іншими словами, основою є залежна особистість, в той час як характер адикції пов'язаний з тим, з яким об'єктом (алкоголь, психоактивні речовини, інтернет, відносини тощо) зіткнеться індивід на своєму життєвому шляху (В.С.Бітенський, В. А. Глушков, С. В. Дворяк, А.Є. Личко, Л.Е. Орбан-Лембрик, І.П. Рущенко, В.О. Соболева). Проте цей емпіричний матеріал є достатньо суперечливим і не враховує взаємовідношення між усвідомлюваним та неусвідомлюваним рівнями особистості у формуванні хімічної адикції.

Велика кількість досліджень, присвячених ролі стресу, незмінно підтверджують зв'язок між негативними подіями у житті людини в різні вікові періоди та порушеннями психічного здоров'я у подальшому житті (М.Зіф, М.Міні, Дж. Гофман, М.Р. Гуннар, Н.Ю. Максимова, С.Р. Снайдер, С.Е. Форд, Р.Н. Харрис, Ф. Чербоне). Однак багато питань залишаються



відкритими, зокрема про механізми та закономірності взаємодії між стресом життя, особистісними особливостями, усвідомлюваними і неусвідомлюваними імпульсами і мотивами, хімічними сполуками, що викликають залежність, і поведінкою індивідів в конкретній соціальній ситуації.

Комплексність, багатогранність та існуючі певні невизначеності у межах цієї проблеми зумовили актуальність теми дисертаційного дослідження «Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності».

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконано в рамках наукової тематики кафедри клінічної психології Одеського національного університету імені І.І. Мечникова «Розробка та впровадження технологій оцінки та психокорекції стрес-реагування у працівників екстремальних професій» (державний реєстраційний номер – 0107U003866). Тему дисертаційного дослідження було затверджено Вченою радою Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (Протокол № 2 від 25 жовтня 2011 року), уточнено на засіданні Вченої ради Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (протокол № 1 від 29 вересня 2015 року) та узгоджено Міжвідомчою радою з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 8 від 15.12.2015 р.).

**Об'єкт дослідження:** взаємодія стресу (негативних подій життя) та особистісних чинників, які сприяють формуванню хімічної адикції.

**Предмет дослідження:** модеруюча роль особистісних чинників у формуванні залежної поведінки та їх психокорекція.

**Мета дослідження:** обґрунтувати психокорекційні заходи для роботи з хімічними адиктами в рамках програми «12 Кроків» на основі поглиблення наукових уявлень щодо ролі особистісних чинників та стресу у формуванні особистості хімічного адикта.

Для досягнення мети в рамках були поставлені наступні **завдання:**

1. Визначити основні теоретичні підходи щодо адиктивної поведінки та модеруючого впливу особистісних чинників на схильність до стресу при формуванні хімічної залежності.

2. Здійснити аналіз особистісних особливостей як чинників формування хімічної залежності.

3. Визначити вплив негативних життєвих подій, що відбуваються у продовж життя, на формування хімічної адикції.

4. Надати типологію осіб з хімічною адикцією.

5. Обґрунтувати психохорекційні заходи, що специфічні для кожного типу залежної особистості.

Методологічну й теоретичну основи дослідження становлять основні підходи зарубіжних і вітчизняних науковців до вивчення проблеми адиктивної поведінки особистості: основні положення психодинамічного підходу (К. Меннінгер, О. Феніхель, З. Фрейд, Е. Фромм), здобутки екзистенційного підходу (А. Ленгле, Р. Мей, В. Франкл, В. Халанский), принципи диспозиційного підходу (Дж. Аллік, В. Бенет-Мартнес, Ф. Гальтон, Л.Р. Гольдберг, Р.Р. Кеттел, П.Т. Коста, Р.Мак-Крей, Г. Олпорт, Д. П.Шмітт), концептуальні аспекти моделі діатезу-стресу (Д. Вассерман, Б.Л. Ганкін, Дж. М. Дженкінс, Д. Келтнер, П. Мелом, К. Оатли, В.А. Розанов), гіпотезу «кумулятивного стресу» та відповідності/невідповідності предиспозицій та середовища (Ш.Е. Тейлор, М.В. Шміт), теорії алостазу (Р.И. Жданов, Р.В. Купріянов, Б.С. Мак'юен) та моделі психосоціального стресу (М. Батлі, Є. Лагельмі, П. Мартикайнен, В.А. Розанов).

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети дослідження використовувалися теоретичні (аналіз психологічної літератури); емпіричні (психодіагностичний метод) - особистісний опитувальник NEO-PI-R, тест «Негативні події життя», проективна методика «Будинок – Дерево – Людина» та математично-статистичні методи дослідження (розрахунок описових статистик, аналіз частотного розподілу, аналіз асоціацій (критерій К. Крамера)), кореляційний аналіз, параметричний однофакторний

дисперсійний аналіз за F-критерієм (з використанням процедури множинних порівнянь пацієнтів з контролем з урахуванням поправки Т'юки), непараметричний дисперсійний аналіз з використанням Н-критерію Краскала-Волліса, статистична процедура бутстрепа, кластерний аналіз, дискримінантний аналіз, проста лінійна, ієрархічна лінійна, ієрархічна логістична регресія, аналіз ефектів модерації, моделювання структурними рівняннями.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у: розширенні теоретичних уявлень щодо функціонування зрілої особистості, особистісних факторів стресостійкості/вразливості, модеруючої ролі особистісних чинників на вплив стресової травматизації при формуванні хімічної залежності.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає в тому, що у дисертації:

*подальшого розвитку дістало:*

- визначення ролі ранньої травми на розвиток хімічної адикції, а саме: вирішальним фактором ранньої травми є відсутність або недостатність емпатійної модерації якості дитячо-батьківських стосунків та проблеми побудови прихильності;

- типологія осіб з хімічною адикцією, а саме: «вразливо – конфліктні», «тривожно – агресивні» та «імпульсивно-реактивні»;

*доповнено визначення:*

- адиктивної особистості, а саме, що в її структурі наявні такі особистісні параметри, як «нейротизм» (ознаки: «ворожість», «імпульсивність», «ранимість»), «сумлінність» (ознаки: знижені рівні «антиципаційності», «рефлексивності»), «екстраверсія» (ознака «пошук збудження»), неготовність до комунікації (ознаки «альтруїзм», «чесність» на низькому рівні), недостатня «відкритість досвіду» (ознака «фантазійність, недостатня реалістичність»), «конфліктність», «агресивність», «тривожність», «незахищеність» та «негативізм»;

*вперше визначено:*

- найбільш специфічні травмуючі події дитинства, а саме: емоційне або фізичне насильство зі сторони батьків; виховання в основному іншими людьми, а не батьками; залежність батька від алкоголю, наркотиків або медикаментів, які найсильніше пов'язані з ймовірністю адикції;

*запропонована:*

- система психокорекційних заходів для представників кожного типу хімічної залежності.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у створенні психокорекційних заходів в рамках програми 12 Кроків, впровадження алгоритму надання соціальної підтримки та консультування залежних від психоактивних речовин.

Матеріали дослідження впроваджено в роботу Міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр «Сходи» (акт впровадження №12 від 23.06.2020), в роботу на Онлайн-платформі «Розкажи мені» для осіб з адиктивною поведінкою (акт впровадження №10 від 25.06.2020).

Теоретичні та емпіричні результати дослідження впроваджено в лекційні курси та практичні заняття з дисциплін курсів: «Загальна психологія» та «Клінічна психологія» (акт впровадження № 7 від 02.10.2019) в Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, а також у курс «Психологія відносин» для засуджених до позбавлення волі здобувачів освіти професійної (професійно-технічної) освіти ДНЗ «Одеський навчальний центр №14» при ДУ «Одеська виправна колонія (№14)» (акт впровадження № 74 від 22.06.2020).

**Апробація результатів дисертації.** Результати дослідження доповідалися на Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми військової і соціальної психології та соціальної роботи» (Одеса, 2013); VII Міжнародній науково-практичній конференції молодих науковців «Розвиток особистості у рамках просторово – часової організації життєвого шляху» (Одеса, 2014); III Міжнародній науково-практичній конференції

«Актуальні дослідження в соціальної сфері» (Одеса, 2014); Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасний вимір педагогічних та психологічних наук» (Львів, 2014); Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього» (Одеса, 2014); Всеукраїнській ювілейній науково-практичній інтернет-конференції «Гуманізація освітнього процесу в контексті педагогічної спадщини В. О. Сухомлинського» (Біла Церква, 2018).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 6 статей у фахових наукових виданнях, з яких 4 одноосібних у виданнях, включених до переліку фахових видань МОН України, 2 у закордонних виданнях, одна з яких включена у наукометричну базу даних Indexed scientometric database Scopus.

**Структура та обсяг дисертації.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Основний зміст дисертації викладено на 240 сторінках. Робота містить 16 рисунків, 28 таблиць. Список використаних джерел нараховує 372 найменувань (198 джерел іноземними мовами).

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ОСОБИСТІТЬ ПРИ ХІМІЧНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ.**

### **1.1. Хімічна залежність як психологічний феномен. Розвиток концепцій адиктивної поведінки.**

Наркотики відомі людству вже декілька тисяч років. Їх вживали люди різних культур і в різних цілях: під час релігійних обрядів, для відновлення сил, для зміни свідомості, для зняття болю і неприємних відчуттів. Слід зазначити, що соціальні норми поведінки (соціокультурні диспозиції) можуть не збігатися в різних націй та народів, у різні історичні епохи. Так, у деяких культурах ритуальний акт людського жертвоприношення, уживання наркотиків є соціальною нормою. Алкоголізм також може виступати у свідомості більшості людей як «національна своєрідність» тощо (Ильин, 2004).

На думку фахівців, вживання наркотиків в Україні за останні десять років досягло рівня соціальної катастрофи. Сьогодні в Україні проблема вживання психоактивних речовин (ПАР) набула загрозливого характеру і має всі риси епідемічного процесу. Незважаючи на активну антинаркотичну пропаганду й агітацію, кількість осіб, особливо підлітків і молоді, які вживають наркотичні речовини, з кожним роком зростає (Лінський, & Мінко, 2005).

Проблема алкоголізму та вживання наркотиків привертала до себе значну увагу дослідників різних галузей наукового знання в кінці ХІХ - початку ХХ ст. (Диомидов, 1912; Успенский, 1912; Короленко, який одним із перших розробив класифікацію нехімічних адикцій (2001); Томас і Чесс, 1996), які у своїх дослідженнях намагаються з'ясувати передумови виникнення адиктивної поведінки, торкаються проблеми темпераменту, який, у свою чергу, може обумовлювати формування адиктивної поведінки (Chess, & Thomas, 1996).

У 1911 році в Росії було засновано «Протиалкогольний інститут», а з початку 1914 року з'являється «Наркоманічний інститут». З 1912 року в інституті вперше С.Д. Владичко почав читати курс науково обґрунтованого лікування алкоголізму. Активно розроблялися питання лікування хворих на алкоголізм з використанням технік гіпнозу. До 1914 року були сформульовані переваги колективного методу психотерапії алкоголізму, а в 1915 році В.М. Бехтерев ввів умовно-рефлекторний метод терапії алкоголізму.

У 20-і роки ХХ ст. в радянській соціології розгорнулися інтенсивні дослідження залежної поведінки: алкоголізму, наркоманії, злочинності, дитячої безпритульності, суїцидів. Проблемам зловживання алкоголем було присвячено значну кількість робіт (Герцензон, 1930). За цей період написали свої роботи, були піддані аналізу причини і наслідки масового пияцтва і алкоголізму серед різних груп населення (Башмачников, 1928; Воронов, 1928; Воронов, 1930; Дейчман, 1929; Дидрихсон, 1931; Ларин, 1929; Ларин, 1930; Раппопорт, 1931; Учеватов, 1927).

З'явилася значна кількість робіт, присвячених наркотизації переважно жителів міст. Різні форми залежної поведінки називали шкідливими звичками. Виходячи з вітчизняної традиції кінця ХІХ – початку ХХ століття, дослідження в даній сфері продовжили переважно медики (Зіман, 1926; Йоголевич, 1927; Футер, 1925; Шоломович та ін., 1933).

Особливу увагу звертають на себе роботи М. Н. Гернета, який висвітлює деякі аспекти поширення алкоголізму і наркоманії, аналізує статистичні дані про споживання алкоголю, злочини, пов'язані із ним, а також підкреслює неефективність заборонних заходів. Він досліджує практично всі основні форми соціальних відхилень — злочинність, алкоголізм, наркоманію, самогубства, проституцію, робить спроби розкрити внутрішні взаємозв'язки між ними і шукає їх спільні причини (1922, т.1). А. Раппопорт узагальнив матеріали обстеження 400 кокаїністів (1926, т.1,

с. 54–65). Тісний зв'язок наркотизації населення з соціально-побутовими умовами підкреслював А. С. Шоломович (1926)

Після активної наукової роботи 1920-х рр. щодо проблем наркотизму, з середини 1930-х рр. наступила смуга затишшя. Офіційна ідеологія до наркоманії стала ставитися як до вирішеної проблеми і настала епоха «ліквідації» в країні наркотизму як соціального явища, а, отже, і непотрібності будь-яких досліджень.

Науковий погляд на залежність як на хворобу утвердився в кінці 1950 – початку 1960-х рр. і спочатку був застосований до алкоголізму. Тема наркотизма займає міцне місце в дослідницькій діяльності соціологів. Знову стали з'являтися медичні дослідження цих проблем. В кінці 1960-х років з'явилися перші публікації про наркотики. Одночасно проблеми наркоманії в радянському суспільстві як би продовжували залишатися абсолютно «неактуальним» питанням. Потім - у міру розвитку демократичних процесів - все більшу роль став грати науковий підхід до наркотизму. Змінюється ставлення до осіб з наркотичною залежністю: їх починають вважати, перш за все, хворими людьми. Перше значне емпіричне соціологічне дослідження наркотизму на території колишнього СРСР було проведено в Грузії в 1967–1972 роках під керівництвом А.А. Габіані. Досвід своїх досліджень наркотизму він описав у монографії «На краю безодні: наркоманія і наркомани» (1990). Результати опубліковані в книзі «Наркотизм», виданій з грифом «Для службового користування». Книга включала історико-теоретичний розділ, методологічну частину, виклад результатів емпіричного дослідження (дані про соціально-демографічний склад і умови життя споживачів наркотиків, структуру вживаних засобів, вік прилучення до наркотиків і його мотиви), схему діяльності злочинних груп з поширення наркотиків, а також програму медичних, правових і організаційних заходів щодо боротьби з наркотизмом.

У різних країнах за минулих часів по різному ставилися до цього питання, лише з середини ХХ століття фахівці домовилися між собою про



характер цієї медичної проблеми й визначили її узагальнено, як «залежність». У ширшому контексті можна послатися на багато інших видів поведінки, ніж алкогольна та наркотична. Терміни «залежність» і «адикція» часто використовуються як синоніми, оскільки буквально «адикція» – це калька з англійського терміна *addiction*, що означає пристрасть, схильність, згубну звичку, звикання, наркоманію, залежність. Коли життя людини, його стан і поведінка починають залежати від їжі, роботи, сексу, азартних і комп'ютерних ігор, наркотиків, алкоголю і інше, ця поведінка називається адиктивною - залежною поведінкою. Адикція – це залежність особи від певного роду занять, що виявляється у прагненні її до повторення чи продовження їх, незважаючи на очевидні ознаки шкідливості цього для неї чи оточення. Термін «адиктивна поведінка» (АП) був запропонований американським дослідником В. Міллером у 1984 році для характеристики зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан, включаючи алкоголь, наркотики і тютюн, до того, як від них сформується фізична залежність (Завадська, Грицюк, & Петрович, 1999, с. 105-110). Вітчизняний психотерапевт А.Є. Личко (1991) використав його для визначення поведінки, яка характеризується зловживанням індивідами наркотичних речовин. Пізніше зміст терміну було розширено й перенесено в психолого – педагогічну практику для означення ситуацій порушення поведінки, що виникають у результаті зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан людини (Битенский, Глушков, Дворяк, & Херсонский, 1989).

В Україні, з кінця 90-х років стали проводитися дослідження молодіжного наркотизму. Соціологічному аналізу залежної поведінки від психоактивних речовин присвячені роботи харківських соціологів (Рущенко, & Соболев, 2000; Маркова, Окара, & Селюкова, 2000, с. 22; Віцько, Рущенко, & Сердюк, 2011, с. 476).

З 1999 р. в Україні офіційно запроваджено міжнародну класифікацію хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Згідно з МКХ-10, усі види залежності від психоактивних речовин кодують у рамках діагностичного модуля F10 — F19, що об'єднує «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання

психоактивних речовин» (ПАР) — речовини, що спричиняють звикання та/або залежність за умов систематичного вживання. До психоактивних речовин належать алкоголь, наркотичні речовини, окремі лікарські та інші засоби.

За Л.Е.Орбан-Лембрик (2004b) адиктивна поведінка – одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Цей процес настільки захоплює людину, що починає керувати її життям. Вольові зусилля слабшають і не дають можливості протидіяти адикції. Основним мотивом особистостей, схильних до адиктивних форм поведінки, є зміна психічного стану, яке їх не задовольняє і оцінюється як «сіре», «нудне», «монотонне», «апатичне». В силу цього відбувається значне зниження активності в повсякденному житті. Стан, викликаний адикцією, досить часто потребує лікування чи психологічної корекції. Індивідуальні особливості розвитку людей і нестабільність у розвитку суспільства утворюють ці різноманітні лінії соціальної поведінки і хоча для більшості індивідів соціальні вимоги є стимулом для вдосконалення, досягнення гармонії з оточенням, частина людей негативно реагує на вимоги суспільства, що спричинює відхилення в поведінці. Вживання наркотиків породжує серйозні соціально-психологічні проблеми: неможливість нормального психічного і фізичного дозрівання, утруднення партнерських відносин, асоціальність, захворювання психіки і всього організму людини, що веде до деградації особистості, повної інвалідизації і передчасної смерті. Тому сьогодні важливим є визначення заходів, спрямованих на попередження і недопущення вживання наркотиків та подолання наркоманії (2003, с. 55; 2004а, с.71).

Сьогодні адиктивну поведінку відносять до різновиду відхиленої (девіантної) поведінки. *Девіантна поведінка* – термін, який не присутній у

повсякденному вжитку, але явище, яке присутнє у повсякденному житті кожного. Від лат. *deviation* – відхилення – тип соціальної поведінки, який суперечить прийнятним у даному суспільстві правовим, моральним, соціальним нормам і стереотипам. Вивчення відхилень у поведінці має тривалу історію. Ще Діоген (412-323 рр. до н.е.) цікавився поведінковим аспектом в життєдіяльності людей (Клейберг, 2001). Отже, вже в той час підкреслювалася важливість дотримання тих поведінкових норм, які були прийняті в даному суспільстві. Ряд дослідників фіксували відносно меншу частоту і тяжкість злочинів, скоєних особами з наркотичною залежністю. Споживання наркотику (кокаїну) частіше слід було за злочином, а не передувало йому (Гернет, 1924).

Вивченням форм поведінки займається міждисциплінарна наука Девіантологія. Французький соціолог Еміль Дюркгейм вважається одним з фундаторів сучасної Девіантології (1998). Автор терміну «девіантна поведінка» Я.І. Гилинський, розглядаючи девіацію з позиції соціальних норм, прийшов до висновку, що соціальна норма – «історично сформована в конкретному суспільстві межа», «міра допустимої поведінки» (1992, с.51).

В.Д. Менделевич підкреслює, що девіація – це межа між нормою і патологією, крайній варіант норми. Є підстави вважати, що головними факторами, що зумовлюють відхилення в людській поведінці, є рівень суспільної свідомості, моральності, розвиненість в суспільстві системи соціальних регуляторів (Менделевич, & Новиков, 2002, с.129).

На теперішній час модель хворобливих розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин являє собою результат складної взаємодії біологічних, біохімічних, психологічних та соціальних факторів (Балакірева, Бондар, & Павлова, 2016). Серед біологічних чинників виділяють генетичну схильність до формування захворювання. Біохімічна схильність включає в себе генетичні порушення (низька активність моноамінооксидази, недостатня здатність мозку окислювати альдегіди), дисфункція ЦНС (низький вміст андрогенів). До психологічних чинників відносять індивідуальну схильність

до алкоголю (емоційна лабільність, підвищена тривожність, егоїзм, імпульсивність). Серед соціальних чинників найбільш суттєву роль відіграють трудова дезадаптація, низький рівень життя, подружня дисгармонія, наявність у сім'ї алкогольних проблем, підліткової асоціальності, алкогольні традиції в сім'ї і мікрооточенні, соціогенні стресові ситуації.

Незважаючи на те, що феномен адикції виступає предметом досить інтенсивних вітчизняних і закордонних міждисциплінарних досліджень (Короленко, 1991, с.8; Короленко, & Донских, 1990, с.32; Менделевич, 2003; Даулинг, 2000; Уайнхолд, & Уайнхолд, Дж., 2001; Радченко, 2016, с.98; Аймедов, & Рябухін, 2015, с.81), як зазначили В.Д.Менделевич та І. А. Новиков (2003), механізми формування залежної поведінки залишаються неясними й донині. Відповідно, важливо знайти психологічні ланки, які беруть участь у формуванні адиктивної поведінки.

У сучасній психології все частіше можна почути думку, що численні форми наркоманії, токсикоманії та алкоголізму є варіантами адиктивної (залежної) поведінки – психологічного феномена, що має свої закономірності формування і розвитку. Деякі науковці розглядають адиктивну поведінку як результат формування й розвитку певного життєвого сценарію, який програмується ще в дитинстві (Личко, 2006). Сучасні дані свідчать про участь генетичних та епігенетичних стресових механізмів у формуванні багатьох психопатологій та девіантної поведінки (М.Зіф, Г.Турецький, О.Вайсерман, В.Розанов).

Адиктологія є мультидисциплінарною наукою, яка системно і комплексно вивчає всі форми і типи адиктивної поведінки, його механізми, профілактику, терапію і реабілітацію пацієнтів / клієнтів. Базисна характеристика адиктивної особистості - залежність. Можна припускати існування єдиного і універсального механізму патологічної залежної поведінки. Можна припускати, що в процесі соціалізації та за участю вроджених і придбаних церебральних відхилень відбувається становлення

рис залежної особистості. Не виключено, що важливу роль тут відіграє набуття або ненабуття «досвіду розлуки», що виникає в дитячому віці і деяких психофізіологічних механізмів, що призводять до інфантилізму, підвищеної сугестивності і психічної ригідності (Менделевич, 2007).

В.Д. Менделевич (2003) обґрунтовує позицію про те, що наркозалежність не є ізольованим психопатологічним явищем, а є відображенням специфічної особистісної predisпозиції до залежної поведінки в цілому. Описує характерні ознаки залежної особистості, схильної до формування алкоголізму, наркоманії, никотинізму та інших коморбідних форм залежної поведінки. Особливе місце займає аналіз залежного від психоактивних речовин.

В. А. Розанов (2017) в доповіді, присвяченій проблемі підліткового суїциду. - темі, яка стала дуже актуальною останні кілька років зазначив, що підлітковий вік, всі властиві йому особливості (біологічні, психологічні, соціальні), на відміну від періоду раннього дитинства, ще недостатньо вивчені. Суїцид не є чимось несподіваним, до цього людини «підштовхують» не так внутрішня схильність, але, більшою мірою, зовнішні фактори (в т.ч. хімічна залежність). І дуже важливо вчасно помітити, звернутися до психологів і психотерапевтів, які можуть допомогти вийти з кризових ситуацій.

Найбільш швидко зростаючим сегментом психоактивних речовин є сегмент так званих «легальних наркотиків» (Самара, 2015, с.161), які мають виразний токсичний ефект для ЦНС та потужну адиктивну дію.

Визначено, низький рівень соціального контролю та негармонійні характерологічні та дезадаптивні особистісні особливості сприяють розвитку та реалізації адиктивної поведінки у формі патологічної схильності до азартних ігор (ПСАІ). Ідентифіковано біологічні, психологічні та психосоціальні чинники ризику розвитку ПСАІ (Аймедов, 2011). Незважаючи на активну розробку і впровадження різних медикаментозних та

немедикаментозних методів лікування залежності, її профілактики та реабілітації хворих, кількість залежних осіб не зменшується.

Ряд дослідників фіксували відносно меншу частоту і тяжкість злочинів, скоєних особами з наркотичною залежністю. Споживання наркотику (кокаїну) частіше слід було за злочином, а не передувало йому (Гернет, 1924).

Відповідно до Ц.П. Короленко, адиктивна поведінка частіше означає хворобу, яка ще не сформувалася, а має місце порушення поведінки за умов відсутності фізичної й індивідуальної психологічної залежності (Короленко, 1991).

Концепція «великого наркоманічного синдрому» Великий наркоманічний синдром – провідний синдром, який супроводжує такі захворювання як токсикоманія, наркоманія і алкоголізм, включає синдром зміненої залежності від психоактивних (наркотичних) речовин та синдром зміненої реактивності організму (Баюрка та ін., 2017) стала теоретичною базою для більшості досліджень залежності.

Нами розглянуто одну з найбільш небезпечних форм адиктивної поведінки – хімічну залежність (інші назви - лікарська, наркотична), залежність від вживання будь-яких психоактивних речовин. У зв'язку з цим наркотики поділяються на легальні (тютюн, алкоголь, ліки) і нелегальні (кокаїн, похідні конопель, опіати та ін).

Отже, таким чином саме поняття «адиктивна поведінка» не підтверджено чіткими критеріями, не розроблений його понятійний апарат, не показані кордони, що дають можливість феноменологічної диференціації адиктивних поведінкових патернів.

Існують великі і іноді палкі суперечки навколо визначення «залежності» з боку представників двох основних медично-наукових таборів — «залежність» як захворювання людини чи «залежність» як прояв поведінки людини. Численні гіпотези виникнення адиктивної поведінки настільки різноманітні, що, часом, виключають один одного. В даному контексті не можна не враховувати стрімке накопичення в населенні

адиктивних особистостей і, внаслідок цього – формування специфічної соціальної структури, яка зовсім не вивчена, і навіть не ідентифікована.

Виникнення індивідуальної адиктивної поведінки можливо лише при наявності референтного середовища, на що є розрізнені вказівки (Битенский, Херсонский, Дворяк, & Глушков, 1989). Але психологічні механізми формування адиктивної референції і її індукції як чинника поширення залежності серед сприйнятливих осіб, не досліджені.

Спільною ознакою вживання таких психоактивних речовин, є порушення, які мають здатність впливати на системи мозку, що відповідають за закріплення поведінкових патернів, формування спогадів та активізацію системи винагороди (Матвієць, 2019). На сьогоднішній день вчені виокремлюють наступні речі, відомі про залежність:

1. Залежність — це компульсивна поведінка. Ключовим елементом для розуміння залежності є те, яким чином поведінка індивіда, пов'язана з різними об'єктами звикання (алкоголем, іншими наркотиками, електронними ігровими автоматами, порносайтами, обжерливістю тощо), стає дедалі більш компульсивною (Huang, 2010; Velasquez, Molfese, & Salas, 2014; Mathis, & Kenny, 2019).

2. Компульсивний пошук наркотиків ініціюється поза свідомістю. Поява адиктивної поведінки залучає процеси поза особистою свідомістю пацієнта, за якими сигнали реєстрації і прийняття рішення йдуть з еволюційно примітивних ділянок мозку (прилеглого ядра, лімбічної структури) до настання свідомості (Hammer, 2002). Тобто «прийняття рішень» відбувається без свідомого початку. Ця обставина кидає виклик традиційній точці зору щодо «вільного бажання» пацієнта вживати наркотики (Burns, & Bechara, 2007; Schoenbaum, & Shaham, 2008; Kenny, 2007).

3. На думку С.А. Prescott, наркоманія у 50 % випадків зумовлена спадковістю. Тридцять років тому алкоголізм розглядався як сімейний розлад. Алкогольна залежність є генетично зумовленим розладом для

чоловіків і жінок, з показниками спадковості від 40 % до 60 % (Turner, & Hersen, 1997).

4. Більшість людей з залежністю, що звертаються по допомогу, мають інші психічні проблеми. Найбільш поширені такі супутні психічні розлади, як соціальна фобія, велика депресія і посттравматичний стресовий розлад (Матвієць, 2019). Поширеність коморбідних психічних розладів серед пацієнтів з алкогольними проблемами і серед пацієнтів з проблемами вживання наркотичних речовин (Tomasson, & Vaglum, 1995).

5. Адикція є хронічною хворобою, що рецидивує, у більшості людей, що звертаються по допомогу. Тільки третина людей з алкогольною залежністю досягає абстиненції після лікування в короткостроковій і середньостроковій перспективі (Melemis, 2015).

Один з найцікавіших аспектів роботи в галузі лікування наркоманії є драматичний досвід відновлення людини з наркоманією – це Міннесотська програма одужання - 12 кроків, яка існує майже 100 років. Одні кажуть, що її створили ченці, інші Білл і Боб, які не дивлячись на принципи втратили свою анонімність. Так, досвід Білла Вілсона не лише змінив його життя, але мав глибоко позитивний вплив, сприяючи появі групи анонімних алкоголіків як прототипу групи самодопомоги і розвитку програми «12 Кроків» як шляху до одужання. Відновлення від наркоманії передбачає переорієнтацію від самообману. Реабілітація по програмі 12 кроків перевиховує, дисциплінує, змушує переглянути життєві принципи і інтереси. Іноді це процес болючий. Але люди стають іншими. Вони реально змінюються (Sellman, 2008). Філософія (основна ідея) програми лежить переконання, що хімічна залежність є хронічним, рецидивуючим, прогресуючим, мультимодальним та мультифакторним захворюванням. Враховуючи його природу, оптимальне лікування має фокусуватися на фізичних, емоційних, духовних та міжособистісних потребах осіб з хімічною залежністю. Програма реабілітації передбачає проведення наступних заходів: групова психотерапія, індивідуальне консультування, групове психологічне консультування,



сімейна психотерапія, сімейне консультування, сімейна освіта, духовна освіта, сексуальна освіта, інформаційні заняття щодо концепції хвороби і одужання, програма профілактики ВІЛ/СНІДу та інфекційних захворювань, арт-терапія, антистресова терапія, тренінги особистісного росту, участь в групах взаємодопомоги. Окрема увага приділяється роботі з родичами та близькими залежних (Фещенко та ін., 2013).

Отже, у даному підрозділі проаналізовано розвиток і сучасний стан дослідження проблеми хімічної залежності, визначено та переглянуто основні напрямки і підходи до проблеми хімічної адикції, узагальнено фактори, що сприяють формуванню адиктивної поведінки, систематизовано розуміння понять «адикція», «адиктивна поведінка», «хімічна залежність» та ін. Зазначено, що у процесі розвитку уявлень про адиктивну поведінку психологічні концепції затвердились у розумінні адикції як психологічного феномена, що має свої закономірності формування і розвитку і який відноситься до різновиду відхиленої (девіантної) поведінки. Показано, що традиційним став розподіл залежності на хімічну та нехімічну, при цьому більшість авторів вважають, що механізми та закономірності формування як одних, так і інших, принципово схожі. Зазначено, що поняття «адиктивна поведінка» не обґрунтовано чіткими критеріями, не розроблений його понятійний апарат, не визначені межі, що дають можливість феноменологічної диференціації адиктивних поведінкових патернів. Визначено, що на сьогоднішній день не існує загальної, всеохоплюючої психологічної теорії адикції, а жодна з існуючих психологічних моделей адикцій не є цілком задовільною для пояснень і досліджень полярності позицій здорова – не здорова особистість, конструктивна – деструктивна тенденція конкретної особистості, що зумовлює неможливість виокремлення характерологічних рис, типів і форм поведінки, за якими можна чітко розрізнити поняття «адикти – не адикти», «контрольоване вживання – зловживання – залежність».

## **1.2. Сучасний стан проблеми вивчення індивідуально-особистісних особливостей хворих із залежністю від психоактивних речовин.**

На сьогоднішньому етапі розвитку психологічної науки проводиться широкомасштабне вивчення численних чинників ризику формування хімічної залежності, які можна визначити як якості, характеристики чи події в житті людини, які збільшують ймовірність споживання наркотиків. Серед таких чинників основними виступають: генетична спадковість, раннє вживання психоактивних речовин, а також психологічні, соціальні, індивідуальні, екологічні та економічні чинники (Колесникова, 2018; Чернецька, 2015; Фоменко, 2018; Самара, 2015; World Health Organization, Geneva, 2004; Cleveland, Feinberg, Bontempo, & Greenberg, , 2008; Ventura, Souza, Hayashida, & Ferreira, 2015; McGue, Elkins, & Iacono, 2000; Engel, & Cáceda, 2015; Baltieri, 2014; Fleury, Grenier, Bamvita, Perreault, & Caron, 2014; Khurana, Romer, Betancourt, & Hurt, 2017; Nuijten, Blanken, Van den Brink, Goudriaan, & Hendriks, 2016; Woodcock, Lundahl, Stoltman, & Greenwald, 2015; Müller, 2018; Müller, 2018; Müller, 2018; McCabe, Cranford, & Boyd, 2016). Вивчення психологічних чинників, а саме індивідуально-особистісних особливостей осіб із хімічною залежністю має важливе значення для встановлення причин формування та закріплення різних форм адиктивної поведінки у дорослої людини. Як правило, дослідження цього питання проводиться шляхом аналізу корелятив окремих видів хімічної залежності із особливостями особистості таких хворих (Кирпиченко, 2003; Ерышев, Рыбакова, & Шабанов, 2002; Fehrman, Muhammad, Mirkes, Egan, & Gorban, 2017; Martínez-González, López, Iglesias, & Verdejo-García, 2016; Zilberman, Yadid, Efrati, Neumark, & Rassovsky, 2018; Kendler, Ohlsson, Edwards, Sundquist, & Sundquist, 2017).

Слід зазначити, що на початку XXI століття дослідження хімічних адикцій з позицій психології активно проводяться як вітчизняними, так і закордонними вченими (Андрух, 2011; Аймедов, 2007; Ємяшева, 2013; Лінський, Первомайский, & Савкіна 2001; Маркова 2009, с.205; Мідько, 2013,

с.22; Пшук, 2009; Розанов, 2013; Самара, 2015; Ткач, 2006; Ферман, 2019 тощо).

На даний час, не дивлячись на розпочаті спроби виявити психологічні першопричини зловживання психоактивними речовинами, поки ще не сформовано єдиного визначення так званої «переднаркотичної особистості» (Гарифуллин, 2010) – тобто особистості, здатної зробити вибір на користь хімічної адикції, але яка при цьому на даний момент не має розвиненої симптоматики наркоманії як медичного захворювання.

Основний фокус таких досліджень спрямований на вивчення особистісних рис, адже відомо, що важливі чинники ризику для психічного здоров'я пов'язані із широким спектром рис особистості (Dubey, Arora, Gupta, & Kumar, 2010; Vogg, & Roberts, 2004). Ціла низка емпіричних досліджень ілюструє, що риси особистості корелює із споживанням психоактивних речовин. Розроблено велику кількість переліків особистісних рис, які повинні утворювати особистісну диспозицію до адикції. Мета-аналіз 175 досліджень, в яких вивчались взаємозв'язків між рисами особистості та специфічними розладами (депресивними, тривожними та адиктивними) у дорослих, показав, що всі групи осіб із такими розладами характеризувались високими значеннями фактору Нейротизм (N) та низькими значеннями фактору Сумлінності (C) опитувальника NEO (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010).

Декілька досліджень хворих на опіоїдну наркоманію показало, що для них є характерними високі значення фактора Нейротизма (N), низькі значення фактора Сумлінності (C) та середній показник фактора Відкритість досвіду (O) (Carter et al, 2001; Brooner, Schmidt, & Herbst, 2002; Kornor, & Nordvik, 2007). Існують також деякі відмінності між вибірками, дослідженими у різних країнах. Так, норвезька група хворих на опіоїдну адикцію демонструвала низькі значення фактору E (Kornor, & Nordvik, 2007, с. 1) тоді як в американській популяції групи залежних і здорових осіб статистично значуще не відрізнялись між собою за цим фактором (Carter et

al, 2001; Brooner, Schmidt, & Herbst, (2002). Низькі середньогрупові значеннями за факторами Відкритість досвіду (O) та Співпраця (A) спостерігалися у норвезьких пацієнтів наркологічних клінік, у порівнянні з контрольною групою, але, враховуючи розмір вибірки (65 пацієнтів), ця різниця не була статистично значущою.

Р.А. Мак-Кормік (1998) зі співавторами повідомили, що для осіб з наркотичною залежністю є характерною комбінація високих значень за фактором Нейротизм (N) та факторів низьких значень Співпраця (A) та Сумлінність (C). Згідно з авторами (McCormick, Dowd, Quirk, & Zegarra, 1998), для хворих на кокаїнову залежність були характерні більш високі рівні Екстраверсія (E) і Відкритість досвіду (O), тоді як ті, хто приймав декілька наркотичних речовин, характеризувалися більш низькими рівнями факторів Співпраця (A) та Сумлінність (C). Е. Ферман зі співавторами встановили, що особи, що вживають наркотики відрізняються високими значеннями фактору Нейротизм (N) та низькими значеннями фактору Співпраця (A) та Сумлінність (C) (Fehrman at al, 2019). Автори роблять висновок, що така ж комбінація психологічних рис є властивою і для різних типів психопатії та девіантної поведінки. Наприклад, при аналізі «темної тріади» особистості виявляються макіавеллізм, нарцисизм та психопатія, які відображаються в зазначених значеннях факторів (Jakobwitz, & Egan, 2006) .

Українська дослідниця Н.Є. Завацька досліджувала особистісні властивості підлітків із узалежненою поведінкою і також наголошує на необхідності особистісного підходу до вивчення узалежненої поведінки підлітків (Завацька, 2001). Вчена здійснила порівняльний аналіз особистісних властивостей підлітків відповідно до різновиду наркотичної речовини, яку вони вживають, і виявила, що у більшості підлітків, які вживають алкоголь, простежується ініціативність, гіперактивність, поверхневність і нестійкість інтересів, легкість прийняття рішень, відсутність розбірливості у контактах, некритичне ставлення до своїх помилок і недоліків. Н.Є. Завацька також виявила різні види агресії підлітків і довела, що на стадії психічного

узалежнення від психоактивних речовин виникає нівелювання особистісних властивостей, за якого на перший план виступають згрубіння, брутальність, цинізм. Психологічна корекція будується на принципах урахування властивостей особистісної диференціації підлітків залежно від різновиду вживаної психоактивної речовини (Завацька, 2001).

Б.М. Ткач (2006, с.77) зазначив, що «для молоді, яка епізодично вживає алкоголь, властиві такі характеристики, як надмірна орієнтація на вплив середовища, неконформні тенденції у міжособистісних взаєминах, тенденція до поглиблення домінування, агресивності і незалежних рис поведінки з частковим усвідомленням своїх неконформних тенденцій, яскраво виражені акцентуації характеру, домінування деструктивної агресії над конструктивною, послаблення контролю своєї поведінки, низький рівень емпатії та схвалення агресивної поведінки загалом, домінування екстернального локусу контролю» .

Науковці звертають увагу на те, що підліткам, які вживають наркотики, притаманні спільні риси: слабкий розвиток самоконтролю, самодисципліни, низька стійкість до несприятливих впливів, невміння долати труднощі, емоційна нестійкість, схильність неадекватно реагувати на ситуацію фрустрації, невміння знайти продуктивний вихід з конфлікту. Саме ці особистісні особливості викликають відхилення в поведінці, напругу в соціальних контактах, що, в свою чергу, може бути пов'язано з потребою підлітка змінити свій психічний стан (Ярмиш, 2006).

Що стосується профілю особистості обстежених осіб з залежністю від алкоголю, то за даними П.Г. Андруха (2011) цей контингент відрізнявся помірним підвищенням на шкалах іпохондрії, депресії, істерії, афективної ригідності, психастенії і зниженням на шкалі гіпоманії. Порівняльний аналіз усереднених профілів обстежених виявив особистісні риси, характерні для всіх осіб з залежністю від психоактивних речовин: відсутність бажання представити себе в сприятливому світлі перед медичним персоналом, ригідність афекту, схильність до побудови концепцій, що важко корегуються.

Особи, залежні від алкоголю і опіоїдів, характеризувалися тенденцією до витіснення зі свідомості чинників, що викликають тривогу, демонстративною поведінкою, егоцентризмом; залежністю від алкоголю і психостимуляторів - високим рівнем тривоги, внутрішнім напруженням, зниженою самооцінкою, песимізмом; залежні від опіоїдів та психостимуляторів – порушенням конформності, внутрішньою напруженістю, невмінням організувати свою поведінку відповідно до прийнятих норм, утрудненнями в міжособистісних відносинах, нетовариськістю, конфліктністю. Крім того, існує значна різниця в психологічних проблемах споживачів наркотиків та тих, хто не вживає наркотиків. Також автором показано, що психологічна схильність до вживання різних наркотиків може бути різною.

Що стосується нікотинової залежності, то як зазначає О.О. Агулова (2012) у жінок з такою формою адикції відрізняє більша відкритість, легкість у спілкуванні, природність, емоційна експресивність, готовність до співробітництва, уважність до людей, доброта, активність в установленні контактів, м'якосердість, більша емоційна нестійкість, безтурботність, життєрадісність, веселість, імпульсивність, схильність до ігнорування суспільно прийнятих моральних норм та стандартів, неорганізованість, безвідповідальність, незалежність, сміливість, схильність до ризику, внутрішня конфліктність уявлень про себе. Більшість молодих жінок із відсутністю тютюнової залежності вирізняє адекватність самооцінки, а по групі жінок із тютюновою залежністю спостерігається тенденція до переважання осіб із завищеною самооцінкою. Серед молодих жінок, що палять, найбільш поширеними виявилися варіанти поєднання високої самооцінки та високого (завищеного) рівня домагань і високої самооцінки та низького рівня домагань. Рівень домагань у даних випадках може розглядатися, як прояв дії захисних механізмів, спрямованих на підтримку звичної для особистості самооцінки. Молодих жінок із нікотиновою

залежністю відрізняє більш високий рівень екстравертованості і нейротизму, ніж некурящих жінок того ж віку.

Окремим блоком досліджень психологічних чинників наркоманії є вивчення мотиваційно-потребової сфери осіб з хімічною адикцією. У клініко-психопатологічному дослідженні К.В. Аймедовим (2007, с.136) продемонстровано наявність у наркозалежних комплексу мотивів, на який додатково впливали строк наркотизації та вираженість наркотичної залежності. В якості провідних зареєстровані наступні патологічні мотиви: адиктивні (25,5%), пов'язані з корекцією порушень в структурі синдрому відміни (28,7%), компульсивного потягу до наркотику (34,1%) та, до певної міри, отримання задоволення: гедоністичний (1,6%), атактичний (4,8%) та мотив гіперактивації (5,3%). Порівняльний аналіз з початком лікування в усіх хворих встановив наступні провідні мотиви, викликані сформованим синдромом відміни та компульсивним потягом до наркотичної речовини, а також такі, що відбивають потребу у дезадаптуючих змінах власного стану, з акцентом на атактичних (надалі вони об'єднані нами під умовною назвою патологічні, оскільки відповідним чином пов'язані з адиктивними або особистісними порушеннями) (Аймедов, 2007).

Ю.Д. Башкіною (2007) встановлено, що потреба в переживанні ризику осіб з наркотичною залежністю суб'єктивно орієнтована. Вона націлена на подолання неприємних переживань, пов'язаних із самопочуттям організму і униканням тиску з боку соціуму. Основне значення почуття ризику у цих підлітків це орієнтація на деструктивні внутрішньоособистісні переживання. Особистісний сенс почуття ризику підлітків, які вживають наркотичні речовини, пов'язаний з переживаннями, покликаними боротися з ризиком, з прагненням до всього незвичайного і таємничого, з відчуттям самотності і хвилюючого драматизму. У своєму ризиковому поведінці вони орієнтуються на переживання межі між життям і смертю Структура особистісного сенсу почуття ризику високо інтегрована і визначається емоційною насиченістю

світовідчужань, запереченням життєвої активності, наркотичним реалізмом і потребою в уникненні боротьби.

В дослідженні, яке провели Є. Я. Пшук, М. В. Маркова (2009, с.205), є дані щодо основних комунікативних копінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність, які демонструють низький рівень емпатії та афіліації в обстежених. Тобто пацієнти з алкогольною залежністю намагаються уникати міжособистісних стосунків, виявляють схильність до самоізоляції. Конфліктні стосунки блокують процеси позитивного співпереживання в міжособистісній комунікації. Низькі показники афіліативності у хворих на алкогольну залежність свідчать про здатність особи встановлювати лише поверхневі контакти з партнерами та неспроможність відчувати глибоке емоційне співпереживання у спілкуванні. Низькі показники інтернальності хворих на алкогольну залежність в комплексі з порушенням емпатико-афіліаційних конструктів свідчать про необхідність розробки індивідуальних диференційованих програм психокорекції для такої категорії хворих з урахуванням основних комунікативних копінг-ресурсів.

Дослідження інших індивідуально-особистісних особливостей також є достатньо різноманітними. К.В. Аймедов (2011) здійснив пошук ноетичного підґрунтя в розвитку патологічної схильності до азартних ігор за допомогою вивчення смисложиттєвих та ціннісних орієнтацій. Для таких пацієнтів характерною була відсутність цілей у житті, незадоволеність своїм життям у сьогоденні, найбільш проблемною сферою для пацієнтів була суб'єктивна скерованість життям, також відзначалася ілюзорність свободи вибору в житті, безглуздість побудови планів на майбутнє.

Л.Ю. Суботіною (2006) встановлено, що у наркозалежних хворих психологічний захист має специфічну відмінність від захисту здорових людей, що виражається в домінуючих захисних механізмах і формуючих поведінку чинниках захисту. У наркозалежних хворих спостерігається деформація психологічного захисту, вона виражається в дискретності (розпаді єдиної структури). Для залежних від алкоголю характерна



суперечливість використовуваних захисних механізмів. Формування нової структури психологічного захисту в стані залежності забезпечує потужні способи блокування від дійсності і сприяє подальшому поглибленню особистісних деформації і патологічних форм поведінки.

У дослідженнях О.Є. Самари (2015) виявлено, що порівняно з нормою особи з залежною поведінкою характеризуються менш успішними пошуками сенсу свого життя (тобто в них спостерігається екзистенційна фрустрація), а також відчувають його втрату – екзистенційний вакуум. У молоді з хімічною залежністю є більш виразним ризик слабкого розвитку планування, часті зміни цілей. Їхня самооцінка є менш адекватною, а суб'єктивні критерії оцінки результатів менш сформовані і стійкі.

Підводячи підсумки вивчення індивідуально-психологічних особливостей осіб з хімічною залежністю ми цілком погоджуємося із В.О. Крамченковою (2015), згідно з нею найбільш поширеними особистісними особливостями осіб з хімічною адикцією вважаються:

- у сфері поведінки: егоцентризм в спілкуванні, відсутність інтересу до інших людей; тенденція вирішувати проблеми шляхом відходу у світ фантазій; однотипний спосіб реагування на фрустрацію, невміння адекватно справлятися з труднощами; невідповідність домагань своїм можливостям; схильність звинувачувати оточення;

- в афективній і мотиваційно-потребовій сфері: емоційна нестійкість; низька фрустраційна толерантність і швидке виникнення тривоги і депресії; неадекватна, частіше занижена, самооцінка; агресивність; соціофобії; порушення почуття майбутнього; слабкий самоконтроль, прагнення до негайного задоволення бажань; навіюваність; незадоволені потреби в захищеності, самоствердженні, свободі, приналежності, тимчасовій перспективі;

- в когнітивній сфері: несформованість абстрактно-логічних, рефлексивних функцій; відсутності чітких життєвих цілей, принципів,

цінностей, інтересів, моральних понять; когнітивні спотворення у вигляді афективної логіки.

Втім, наведені вище дослідження стосувались переважно усвідомленого рівня психіки, що не давало враховувати неусвідомлені особливості психіки. Слід зазначити, що серед психодіагностичних методик, широке поширення в клініці адикцій отримали проєктивні методи – тест Люшера, ТАТ, тест Роршаха, методика незакінчених речень, рисункові методи та їхні різні модифікації. Але, слід зазначити, що не дивлячись на свою високу інформативність, ці методи досить громіздкі і трудомісткі, що практично виключає можливість групового дослідження і оцінки отриманих результатів (Завьялов, & Короленко, 1988; Казаков, 1991).

Б.К. Кувшинніковою (2012) досліджено значення тесту Роршаха в психодіагностиці факторів наркозалежності. Так, найбільш значущими діагностичними критеріями наркозалежності по тесту Роршаха стали: 1) екстратенсивний тип переживання; 2) зниження інтелектуальних показників; 3) бідність змістовної сторони відповідей, наркотична тематика; 4) зниження кількості відповідей по білому полю; 5) зниження якості кінестетичних відповідей; 6) підвищення відповідей з негативною формою; 7) різке підвищення індексу стереотипії мислення; 8) підвищення кольірних і кольорово-формових відповідей; 9) велика кількість агресивних, морбідних відповідей; 10) девіталізація суб'єкту; 11) відповіді «відбиток людини»; 12) велика кількість відповідей, що включають тактильні відчуття; 13) підвищення індексу егоцентризму; 14) аналіз «материнської» і «батьківській» планшет.

О.Є. Євсеєва (2015) вивчала особистісні риси юнаків, що вживають психоактивні речовини, за проєктивною методикою «Будинок. Дерево. Людина», які можна описати наступним чином. Таким особистостям притаманні невпевненість в собі, нестійкість самооцінки; наявність базової, або загальної тривожності, почуття незахищеності, психологічної уразливості, недовіри до оточуючих. Юнаки зазвичай зазнають труднощів у спілкуванні як з однолітками, так і з представниками інших вікових і

соціальних груп. Вони є недостатньо особистісно та емоційно зрілими. Рівень їх внутрішньої напруги частіше підвищений. Для осіб, схильних до вживання психоактивних речовин, більш характерною є негативна оцінка дійсності, ніж деяка відстороненість від зовнішнього світу. Притаманні тенденції до підвищення рівня агресії і асоціальності. Для них характерно почуття неблагополуччя в сімейних відносинах, відчуття гіперопіки з боку батьків або відповідальних за них осіб, при цьому юнаки відчувають нестачу в захисті і теплоту спілкування від цих же значущих близьких. Також можлива більш висока значимість сексуальної сфери порівняно з особами, ні разу не пробував наркотичні речовини. Вказані особливості, виявлені за проективної методикою «Будинок – Дерево - Людина» необхідно врахувати при формулюванні загального психологічного портрета до наркотичну особистості.

Перед тим як зробити висновки стосовно сучасного стану проблеми вивчення індивідуально-особистісних особливостей хворих із залежністю від психоактивних речовин не можна не погодитися з В.О. Крамченковою (2015), яка зазначає, що численні дані про взаємозв'язок між індивідуально-особистісними особливостями та наявністю адикції дещо суперечливі, оскільки зловживання різними психоактивними речовинами веде до специфічних особистісних спотворень, і не завжди ясно, які риси залежний від психоактивних речовин мав до залежності, а які набув в ході хвороби.

Отже, на рівні особистісних рис типовий портрет особи з хімічною адикцією характеризується наступними особливостями: високі значення нейротизму, низькі значення сумлінності та співпраці. Їх також відрізняє поверхневність і нестійкість інтересів, легкість прийняття рішень, відсутність розбірливості у контактах, некритичне ставлення до своїх помилок і недоліків, гіперактивність. Що стосується осіб з хімічною адикцією у підлітковому та юнацькому віці, то для них є властивими яскраво виражені акцентуації характеру, домінування деструктивної агресії над конструктивною, послаблення контролю своєї поведінки, низький рівень

емпатії та схвалення агресивної поведінки загалом, домінування екстернального локусу контролю невміння долати труднощі, емоційна нестійкість, схильність неадекватно реагувати на ситуацію фрустрації, невміння знайти продуктивний вихід з конфлікту. Їхня мотиваційно-потребова сфера переважно характеризується сформованим синдромом відміни та компульсивним потягом до наркотичної речовини, прагненням до всього незвичайного і таємничого, відчуттям самотності і хвилюючого драматизму. Тоді як ноетична сфера визначається відсутністю цілей у житті, незадоволеністю своїм життям у сьогоденні, ілюзорністю свободи вибору в житті, безглуздість побудови планів на майбутнє. Виявлено, що існує багато емпіричного матеріалу про те, що сформованість чи несформованість адиктивної поведінки відбувається за умови наявності у людини певних індивідуально-психологічних особливостей. Це свідчить про важливість суто психологічних підходів до пояснення хімічної залежності, які дозволяють визначити приховані пускові чинники адиктивної поведінки особистості. Проте цей емпіричний матеріал є достатньо суперечливим і не враховує взаємовідношення між усвідомленим та неусвідомленим рівнями особистості у формуванні хімічної адикції.

### **1.3. Стресове навантаження в онтогенезі здорової і залежної особистості.**

Проблеми психології стресу все більше привертають сучасних дослідників, що вивчають різні аспекти людської поведінки. Поняття стресу та його подолання сьогодні все частіше розглядається в контексті формування адикції, тому серед соціально-психологічних чинників хімічної залежності особливе місце відводиться стресорам, їхнім якісним і кількісним характеристикам. Складність поставленої проблеми полягає у наявності зворотних взаємовідношень між стресом та адиктивною поведінкою. Так, будь-яку хронічну хворобу, в тому числі й хімічну залежність необхідно розглядати як довготривалий, хронічний стрес (Timmer, Veroff, & Colten,

1985; Karatepe, Atik, & Yüce, 2019; Dekker, & de Groot, 2018; Petrie, & Jones, 2019; Myers, Joska et al., 2018; Cassibba, et al., 2014; Tabała, Wrzesińska, Stecz, & Kocur, 2016; Wiens, & Walker, 2015); Trujols, 2015; Hall, Carter, & Forlini, 2015; Meurk, Carter, Partridge, Lucke, & Hall, 2014). Отже, адикція може розглядатись як перманентний стресовий чинник. Але з іншого боку можливим є і зворотний вплив – стресові події накладають відбиток на поведінку і вона набуває характеру адиктивної. Адже вживання алкоголю і наркотичних речовин відбувається не тільки для отримання задоволення, але і для зняття психоемоційної напруги пов'язаної з різними стресовими ситуаціями, такими як: загострення міжособистісних стосунків у сім'ї (Яценко, 2015; Эргашева, 2015; Литвицкий, 2014; Дегтярева, Карпушина, & Симакова, 2014; Jan de Wilde, 2000; Voisin, Elsaesser, Kim, Patel, & Cantara, 2016; Cardoso, Goldbach, Cervantes, & Swank, 2016; Temmen, & Crockett, 2019; Concha, Sanchez, Rojas, Villar, & De La Rosa, 2016; Diggs, & Neppl, 2018; Amuge, 2019; Puff, & Renk, 2014), фінансові труднощі (Карпов, Еремін, Абрамишвили, & Пилосян, 2015; Пономарев, 2017; Нух, 2020; Рудавка, 2018; Harwood, & Jacoby, 2000; Bassols, & Castelló, 2016; Puff, & Renk, 2014; Roblyer, Grzywacz, Cervantes, & Merten, 2016; Compton, Gfroerer, Conway, & Finger, 2014; Ayllón, & Ferreira-Batista, 2018; Saridi, Karra, Kourakos, & Souliotis, 2016; Just-Østergaard, Mortensen, & Flensburg-Madsen, 2018; Eames et al., 2014), проблеми зі здоров'ям, хронічними хворобами (Lloyd, 1977; Karatepe, Atik, & Yüce, 2019; Dekker, & Groot, 2018; Petrie, & Jones, 2019; Myers et al., 2018), академічний стрес (Бірон, 2015; Mc Connachie, 2019; Metzger et al., 2017; Metzger, Cooper, Ritchwood, Onyeuku, & Griffin, 2017; Lee, Jordan, & Madson, 2019; Allen, Calhoun, & Maggs, 2020; Wolff, & Voama, 2018; Aina, & Wijayati, 2019; Pariat, Rynjah, Joplin, & Kharjana, 2014; Zarei, Hashemi, Sadipoor, Delavar, & Khoshnevisan, 2016; Zegeye, Mossie, Gebrie, & Markos, 2018; Reddy, Menon, & Thattil, 2017), стрес, пов'язаний з расовою дискримінацією (Broman, 2016; Metzger, Cooper, Ritchwood, Onyeuku, & Griffin, 2017). Проте ці аспекти залишаються недостатньо вивченими.

Але перед тим як перейти до аналізу емпіричних досліджень стресового навантаження в онтогенезі здорової і залежної особистості необхідно окреслити певні теоретичні засади психології стресу і його подолання. Як відомо, поняття «стрес» запровадив у 1926 році Г. Сельє, і розглядав його стрес як неспецифічну, стереотипну, філогенетично давню реакцію організму на різні стимули середовища, що готують його до фізичної активності (наприклад, до нападу, втечі тощо). Поняттям «стресор» він позначив фізичні, хімічні й психічні навантаження, які може випробовувати організм. Він вважав, що надмірні навантаження або соціальні умови, які не дозволяють реалізувати адекватну фізичну відповідь, можуть призвести до фізіологічних й навіть структурних порушень (Selye, 1993). Сприйняття ситуації як стресової вважається найголовнішим психологічним стресором, який і є першопричиною всіх інших стресових чинників. Ступінь прояву стресу залежить від ставлення суб'єкта до стресових чинників, від його суб'єктивної значущості, суб'єктивної ймовірності (Лісіцин, 2010). Рівень сприйнятого стресу демонструє взаємозв'язки з рівнем депресії, соціальної тривожності та з іншими параметрами психічного і фізичного здоров'я (Herbert, & Cohen, 1996), навіть з частотою захворювань застудою (Cohen, Tyrrell, & Smith, 1993; Monroe, Kelley, Cohen, Kessler, & Gordon, 1995).

Стрес у нашому дисертаційному дослідженні розглядається як стрес життя або як негативні життєві події, що зазвичай поділяються на віддалені й безпосередні, тригерні. Негативні життєві події – це інциденти, події, нещастя або менш великі неприємності, що порушують нормальний плин життя, що і є причиною фізичної або психологічному болю (Snyder, Ford, & Harris, 1987). Негативні життєві події називають катастрофічними тоді, коли інтенсивність їхнього впливу і швидкість настання є настільки великими, що зміни, викликані такими подіями, що виходять за межі звичайних змін середовища, а їхні наслідки сприймаються як драматичні. Усі ці події викликають життєві труднощі. Усі вони створюють для суспільства чи людини перешкоди, подолання яких потребує значних зусиль, трудових

витрат та надмірної напруги (Сафін, & Кузьменко, 2016). Екстремальні навантаження, падаючи на конституційно несприятливий ґрунт, або ґрунт, змінений у зв'язку з пережитими ранніми травматичними подіями (Полунина, Нестеренко, & Мадьянова, 2002), значно збільшує стресове навантаження й збільшує дезадаптацію. Дезадаптація у свою чергу спричиняє якісну трансформацію пристосувального процесу й поява патологічних форм адаптації таких як: межеві розлади, адикції, суїцидальна поведінка тощо (Короленко, & Дмитриєва, 2000; Пятунин, 2010).

Як правило, оцінка виразності стресу здійснюється за допомогою декларативних опитувальників, у яких респондентові пропонується відзначити, які з перерахованих негативних життєвих подій трапилися із ним за останній час. Такий підхід базується на переліку стресових життєвих подій, запропонованих Т. Холмсом та Р. Рає ще в 1967 (Holmes, & Rahe, 1967), і зазвичай враховує число, частоту й період життя, на який довелася подія (Wasserman, Geijer, Rozanov, & Wasserman, 2005).

Відповідно до цих поглядів, стрес життя потрібно розглядати як переважно психологічний стрес. Зрозуміло, трапляються також реальні фізичні загрози, однак у переважній кількості випадків стрес сучасної людини пов'язаний з психосоціальними чинниками. Прикладом негативних життєвих подій можуть бути знуцання в школі або на роботі, безробіття, різні захворювання, важкі втрати або розрив відносин із близькою людиною, залякування або насильство, серйозні особистісні кризи та інші порушення.

Багато авторів вважають, що саме ранній період життя в онтогенезі людини є визначальним стосовно подальшого формування способів реагування на негативні життєві події. Так, зазначено, що особи, які піклуються про немовля, особливо якщо це чуйні і відповідальні люди, стають невід'ємною частиною реакцій дитини на стресор, впливаючи не тільки на те, як вони відповідатимуть у майбутньому житті, але й на те, чи будуть вони переживати негативну життєву подію як фізіологічний стрес (Gunnar, & Quevedo, 2007). Фактично, протягом немовлячого віку, особи, які

підключаються про немовля, допомагають йому формувати індивідуальний патерн поведінкових реакцій (Holodynski, & Seeger, 2019; Sroufe, 1996). М. Льюїс та Д. Ремзі (Lewis, & Ramsay, 1999) запропонували чотири основних способи, за якими навколишнє середовище може допомогти немовлятам впоратися зі стресом. Інші люди можуть: (1) захищати від стресу; (2) полегшувати реакції на стресори; (3) сприяти індивідуальним ресурсам, таким як самокомпетентність і благополуччя, що допомагають копіngu і сприяють відновленню після негативних життєвих подій; і (4) забезпечують позитивні уявлення про інших і про себе, що може допомогти у період стресу. Це підтверджується іншими авторами, які описують роль супутніх соціальних чинників у копіngu (Berg, & Upchurch, 2007; Kliewer et al., 2006). Показано, що навіть у дітей у віці 15-18 місяців вже наявні сформовані сталі комплексні когнітивні репрезентації і схеми стосовно реагування на стрес (Lewis, & Ramsay, 1999; Stipek, Gralinski, & Kopp, 1990).

Найважливіше завдання батьків маленьких дітей полягає у тому, щоб чутливо і доречно реагувати на їхній стрес. Але данні про те, чи здатні спроби батьків полегшити дистрес у немовля та змінити їхні стресові реакції у короткотерміновій перспективі (напр., послаблювати наступні приступи плачу, або секрецію кортизону. напр., (Lewis, & Ramsay, 1999) є суперечливими. В літературі показано, що у людини активність кортизону особливо чутлива до якості виховання протягом першого року життя, і тому, ймовірно, найбільший вплив в цей період чинить емоційна занедбаність (Gunnar, & Donzella, 2002).

Деякі дослідження показали, що чутлива відповідальність може приводити до зниження ступеню фізіологічних реакцій на нормативні стресори (напр. щеплення) протягом місяців, особливо для немовлят із темпераментально обумовленою вразливістю (Gunnar, & Quevedo, 2007), незважаючи на те, що темперамент грає суттєву роль в проявах емоцій, копіngu і регуляції у дітей із самого народження (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Fox, & Calkins, 2003; Lewis, &



Ramsay, 1999; Rueda, & Rothbart, 2009), а також у регуляції уваги (Kopp, 2002). Сексуальне насильство, як правило, чинить свій вплив на більш пізньому етапі розвитку (Kaplow, & Widom, 2007).

Починаючи з середини першого року життя, діти часто покладаються на своїх батьків, очікуючи від них прямого сприяння у копінгу і саморегуляції (Grolnick, Bridges, & Connell, 1996; Holodynski, & Friedlmeier, 2006), а також бачать у них соціальні взірці того, як реагувати на нові ситуації, що можуть викликати дистрес (Diamond, & Aspinwall, 2003). Між 6 і 18 місяцями діти становляться більш схильними долучатися до регуляторної поведінки, що спрямовується іншими (Gianino & Tronick, 1998) безпосередньо шукаючи допомоги збоку тих, хто піклуються, задля регуляції їхніх власних реакцій на стресові події (Braungart-Rieker & Stifter, 1996). Відповідно до К. Баретту і Дж. Кампосу (Barrett, & Campos, 1991), на початку другої половини першого року життя немовлята розвивають здатність спрямовувати реакції обличчя способами, що викликають підтримку, або спрямовують інструментальні дії інших, відповідно, і батьки, і інші люди реагують корегуляторно. Інші адаптивні стратегії пошуку підтримки і допомоги з регуляцією також виникають у дітей в цей період, наприклад пошук контакту очима з тими, хто про них піклується, коли необхідно заспокоїтись чи отримати іншу допомогу.

Важливість сигналів з боку дітей і реакцій тих, хто про них піклується, проілюстровано в дослідженнях прив'язаності, стресу і регуляції. Емоційна чутливість тих, хто піклується, до дитячих реакцій на стрес, включаючи спроби заспокоїти і допомогу у подоланні стресу, використовуються як маркери статусу стосунків між батьками та дитиною, які відображають історію батьківської відповідальності і дитячої безпеки. Отже, багато досліджень прив'язаності немовляти або дитини були спрямовані на реакцію дитини на те, як батьки їх заспокоюють після стресу. Оскільки безпечна прив'язаність пов'язана зі зниженням рівня гормону стресу кортизону у дітей молодшого віку (Gunnar, & Quevedo, 2007), відповіді батьків на дитячий

дистрес вважаються важливою частиною копінг-ресурсів дитини, і батьківським «соціальним регулюванням» дітей молодшого віку (Gunnar, & Vazquez, 2006, с. 533). Інші автори називають цей процес корегуляцією, яка вважається необхідною передумовою розвитку власної саморегуляції у дітей (Mikulincer, Shaver, & Horesch, 2006)].

Ранні суворі умови в сім'ї часто руйнують батьківський потенціал, спрямований на заспокоєння, захист і сприяння ресурсам і позитивним когнітивним уявленням у дитини. Якщо сімейне середовище характеризується дефіцитом фінансових ресурсів, або високою конфліктністю та жорстоким поведінням з дітьми, то діти, що виховуються у такому середовищі відзначається слабкою поведінкою подолання стресів та саморегуляції, як в дитячій період, так і у подальшому житті (Cicchetti, & Rogosch, 2009; Propper, & Moore, 2006). На деяких дітей така патологія сімейного середовища можуть мати більший вплив. Суворість батьків або низькоресурсні середовища, очевидно, взаємодіють з генетичними ризиками у дітей (Propper, & Moore, 2006) та темпераментальною емоційністю (Valiente, Fabes, Eisenberg, & Spinrad, 2004), і зменшують можливості вразливих дітей щодо саморегуляції та конструктивного подолання ще більше.

Необхідно відзначити, що травми, які відбулися ще в дитинстві, мають величезний вплив на характер реагування в подальшому житті, а накопичення негативного життєвого стресу веде до формування депресії, суїцидальної поведінки (Будницька, 2001), а також до такої форми відходу від дійсності як адиктивна поведінка, насамперед це проявляється у чутливих особистостей, уразливих до стресу. Вразливість до стресу в чутливих особистостей при нагромадженні негативних життєвих подій, може впливати й на вітальні (життєві) функції, а так само підсилювати такі почуття, як страх, сором, збільшувати внутрішній дискомфорт і напруга, що утрудняє життєдіяльність людини й приводить до порушення поведінки у вигляді адикції (Малкіна-Пых, 2005). Так, на думку Ю.В. Валентика (2000), залежна

особистість втрачає свою цілісність, яка усе більше переходить в « Я-Патологічне» і підкоряє собі всі сфери життєдіяльності людини.

На думку Н.Ю. Максимової, схильність до алкоголю найчастіше виникає на фоні відхилень у психічному розвитку дитини (психопатії, акцентуації характеру, мінімальна дисфункція мозку) або в разі наявності негативної соціальної ситуації розвитку, помилок батьків у вихованні дітей, особливо небезпечним є наявність алкогольного оточення, а також спадкових передумов алкоголізму (Максимова, 2006). Отже, особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово, в процесі онтогенезу. Дослідниця констатує, що наявність у деяких людей глибинних біологічних передумов до формування психічної та фізичної залежності від алкоголю зумовлює неприпустимість навіть одноразового вживання алкогольних напоїв людьми, які не досягли фізичної, психічної та соціальної зрілості. Систематичне вживання психотропних речовин неповнолітніми слід розглядати як психолого-педагогічну, а не наркотичну проблему (Максимова, 2006).

Як зазначають В.А. Дяченко, О.В. Новик (2020) адаптаційні можливості порушуються у осіб, що перенесли дитячі травми. Останні можуть бути пов'язані з фізичною травмою, втратою матері, нездатністю задовольнити базові потреби дитини (емоційні, комунікативні, соціальні). Повторення важкої травмуючої ситуації приводить до порушення в емоційному розвитку дитини. Пізніше травму можна спостерігати за страхом перед любими афектами та нездатності їх переносити. Ця особливість залежних осіб позначається як низька афективна толерантність. Нездатність долати труднощі призводить до закріплення звички відходити від реальності, за допомогою вживання наркотичних речовин, для зменшення емоційного дискомфорту та напруги.

Дж. Бридж (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006) зі співавторами запропонували модель, в якій пояснюється взаємозв'язок між негативними життєвими подіями, суїцидальною поведінкою і використанням

психоактивних речовин. У даній моделі ключову роль відіграє самоконтроль індивіду. Поєднання зниженого контролю над імпульсами, негативні життєві події і вживання алкоголю або наркотиків підвищує ймовірність суїцидальної поведінки. Таким чином, зв'язок між життєвим стресом, суїцидальні і адиктивної поведінки не викликає сумнівів, причому ці три фактори, мабуть, підсилюють один одного.

Нижче наведено цілий ряд даних емпіричних досліджень впливу стресу на ранньому етапі життя як специфічного предиктора підліткової та дорослої алкогольної та наркотичної залежності. Діти, які піддаються ранньому життєвому стресу, часто стикаються з множинними стресовими ситуаціями у подальшому житті (Baglivio, & Epps, 2016).

Численні дослідження показали, що жорстоке поводження з дітьми та негативні життєві події є предикторами широкого спектру несприятливих наслідків для фізичного та емоційного здоров'я, психопатології, соціально-економічні труднощі та підвищений ризик фізичного нападу та зґвалтування у дорослому віці, а також включають алкоголізм та наркоманію, (Enoch, 2011; Leeb, Lewis, & Zolotor, 2011.; Jaffee, & Maikovich-Fong, 2011; Herrenkohl, Hong, Klika, Herrenkohl, & Russo, 2013; Afifi, Henriksen, Asmundson, & Sareen, 2012; Leeb, Lewis, Zolotor, 2011; Stone, Becker, Huber, & Catalano2012).

Є вагомі докази зв'язку між жорстоким поводженням з дітьми та подальшим формуванням алкогольної і наркотичної залежності у жінок, але менше ствердних досліджень у чоловіків. Наприклад, лонгitudне когортне дослідження дітей із зареєстрованими судом випадками дитячого (0 – 11 років) сексуального та фізичного жорстокого поводження, показало, що жорстоке поводження з дітьми передбачає розвиток алкогольної залежності у жінок середнього віку (до 40 років), але не у чоловіків (Spatz Widom, Marmorstein, & Raskin White, 2006).

Тяжкість емоційного насильства в дитячому віці була пов'язана зі збільшенням ризику наркоманії обох статей (Human, Garcia, & Sinha, 2006) та

підвищеним ризиком рецидиву у жінок, залежних від кокаїну, але не у чоловіків (Human et al., 2008). Більш ранній вік першого вживання алкоголю був пов'язаний з емоційним насильством у дитинстві в обох статях, а також із сексуальним насильством та загальним жорстоким поведінням у жінок (Afifi, Henriksen, Asmundson, & Sareen, 2012).

Дані ретроспективної анкети з Національного поздовжнього дослідження здоров'я підлітків США (AddHealth) (N = 12,748) показали, що спільне виникнення всіх видів дитячого жорстокого поведіння (<11 років) збільшувало ризик запою для підлітків (у віці від 12 до 18 років) (Shin, Edwards, & Heeren, 2009). Інше дослідження показало, що люди, які зазнали жорстокого поведіння з дітьми, значно більше шансів повідомити, що протягом першого року вживання алкоголю вони пили, щоб впоратись зі стресом (Lee, Young Wolff, Kendler, & Prescott 2012).

Важливою у формуванні хімічної залежності є і роль подій підліткового віку. Після дослідження Р. Егню та Х. Вайта (Agnew, & White, 1992) вивчення зв'язку негативних життєвих з вживанням психоактивних речовин було виявлено у численних наступних дослідженнях (Drapela, 2006; Eitle, 2002; Eitle, & Turner, 2002). Відповідно до теорії Р. Егню кримінальна поведінка і делінквентність є адаптацією до стресу, яким би не було джерело даного стресу. Зіткнення індивіда з негативними стимулами мотивує індивіда відреагувати девіантною способом. Девіація найбільш часто спостерігається в тих випадках, коли відповіддю на напругу є гнів (Agnew, 1992).

Наприклад, Дж. Гофман і Ф. Чербоне (Hoffmann, & Serbone, 1999), використовуючи моделювання за допомогою кривої зростання, виявили, що переживання відносно великої кількості негативних життєвих подій з часом було пов'язане із «зростанням» злочинності серед підлітків, і ці результати можуть бути поширені на вживання психоактивних речовин. У підлітків, які переживали все більш напружені життєві події з часом, повідомлялось про те, що частота злочинності та вживання психоактивних речовин також зростали з часом.

Проблема адикції розпочинається тоді, коли прагнення відходу від реальності, пов'язане зі зміною свідомості, починає домінувати у свідомості, стає центральною ідеєю. Згідно досліджень Н.Ю. Максимової (2002) зародження схильності до алкоголізації та наркотизації починається у підлітковому віці. Стан емоційної напруги, психічного дискомфорту виникає у дитини дуже часто. Це, перш за все, пояснюється віковими особливостями (несформованістю особистості, відсутністю звички до аналізу своїх дій, вчинків та їх наслідків). Тому цей критичний етап психологічного розвитку часом проходить настільки боляче, що підліток прагне пережити його в прямому розумінні слова «під наркозом». У подальшому така стратегія поведінки, що спрямована на «відкидання» негативної інформації, закріплюється, фіксується вже як риса особистості. Це дає змогу зберегти емоційну рівновагу, бездіяльність і психологічний комфорт в ситуації, що вимагає від людини докладати зусилля для подолання труднощів. Суб'єктивно людину влаштовує такий шлях вирішення проблеми, що викликала фруструючу ситуацію. Проте, об'єктивно, проблема лишається невирішеною, а для оточуючих спілкування з такою людиною стає все більш обтяжливим. Звідси неминуча соціальна дезадаптація. Соціально адаптованих підлітків спонукає до діяльності потреба досягнення успіху (вдячності, нагороди, похвали тощо). У підлітків, схильних до адиктивної поведінки, визначається унікаюча мотивація. Потреба досягнення успіху у них загальмована (або не розвинена). Їх спонукає до дії протилежна потреба – уникнути покарання, поразки, негативних емоцій тощо, що визначає стратегію поведінки адиктивних підлітків в різних життєвих ситуаціях.

Велике (N = 11261) дослідження у Великобританії показало, що вживання алкоголю підлітками у віці 16 років, передбачає численні несприятливі наслідки у дорослому віці (вік 30 років), включаючи алкогольну залежність та вживання незаконних наркотиків (Viner, & Taylor, 2007). Ще одне лонгітюдне дослідження у Великобританії (N = 2000) показало, що часте пиття у віці 14–15 років та антисоціальна поведінка є

предиктором алкоголізму у віці 20–21 років (Bonomo, Bowes, Coffey, Carlin, & Patton, 2004). Б.М. Ткач, вивчаючи соціальні ситуації розвитку молоді, довів, що передумовами вживання психоактивних речовин є неповна сім'я, вживання психоактивних речовин членами сім'ї, сімейні конфлікти та недостатність близьких взаємин між батьками та дітьми, негативний стиль сімейного виховання, погана успішність у навчанні (Ткач, 2006). Тому підлітковий вік є періодом ризику виникнення проблем з питтям та подальшим розвитком алкоголізму, особливо для дітей, які зазнали жорстокого поводження.

Як вважає В.А. Розанов (2017, с.65-92), подолання вразливостей особистості, її схильності до шкідливого впливу стресу, ймовірно, буде здійснюватися за допомогою поєднання психологічних, когнітивних, екзистенціальних і фармакологічних підходів. Однак біологічні процеси при цьому є в більшості випадків тією відправною точкою, яка дозволяє систематизувати і зрозуміти всі інші, «нанижуючи» на біологічний остов. У той же час, вироблення стійкості до стресу (перш за все за рахунок позитивних впливів в ранньому періоді життя, оскільки ранні періоди є визначальними і програмують по відношенню до всіх інших життєвих періодів, включаючи старість) є нагальним завданням.

Визначено, що велика кількість досліджень, присвячених ролі негативних життєвих подій, незмінно підтверджують зв'язок між таким подіями у житті людини в різні вікові періоди (особливо у дитинстві та у підлітковому віці) й формуванням хімічної адикції у подальшому житті. Показано, що негативні життєві події призводять до порушення в емоційному розвитку дитини, а нездатність долати труднощі призводить до закріплення звички відходити від реальності, за допомогою вживання наркотичних речовин, для зменшення емоційного дискомфорту та напруги. Незважаючи на те, що в огляді літератури широко представлені дослідження, присвячені психологічним особливостям взаємозв'язків між накопиченням негативними життєвими подіями і адиктивною поведінкою, багато питань

залишаються відкритими, зокрема про механізми такої взаємодії. Біологічні процеси при цьому в більшості випадків є тією відправною точкою, яка дає можливість систематизувати, але не дозволяє повністю пояснити залежності (В.А. Розанов). Чинники, що впливають на становлення взаємозв'язків між психосоціальними стресорами та особистісними рисами і їх дослідження становить значний інтерес і практичну цінність.

### **Висновки до Розділу 1.**

1. На сьогоднішній день не існує загальної психологічної теорії адикції, жодна з існуючих моделей зосереджується на деяких частинних аспектах проблем (загальні ознаки залежності, особливості виховання, преморбідні риси характеру, особистісні якості, психопатологічний фон, тощо). Є спроби створення універсальних концепцій, в рамках яких описуються основні риси залежної поведінки (безальтернативність, толерантність, повторюваність, абстинентний синдром, тяга, напруження, дисфорія, гедонізм тощо) та особистості (низький рівень самосвідомості, невпевненість у собі, переважання мотивації втечі, несформованість функції прогнозу, екстернальний локус контролю тощо), що знаходяться у підґрунті розвитку будь-якого виду залежності. Разом з тим, не всі риси особистості однаково впливають на розвиток адиктивної поведінки. Тому йдеться про модеруючу роль кожного особистісного чинника у розвитку хімічної адикції. Таких досліджень вкрай бракує, а отримані дані подекуди суперечливі. Між тим, акцент на чинниках, що предиспонують та потенціюють розвиток хімічної адикції є вкрай необхідним для створення особистісно-орієнтованих психокорекційних методів впливу на залежну особистість.

2. Більшість авторів вважають, що механізми та закономірності формування усіх видів залежності принципово схожі. Зазначено, що за даними сучасної літератури на рівні особистісних рис існує типовий портрет особи з хімічною залежністю, яка характеризується наступними особливостями: низький рівень самосвідомості, невпевненість у собі,



переважання мотивації втечі, несформованість функції прогнозу, екстернальний локус контролю, поверхневність і нестійкість інтересів, легкість прийняття рішень, відсутність розбірливості у контактах, некритичне ставлення до своїх помилок і недоліків, гіперактивність. Яскраво виражені акцентуації характеру, домінування деструктивної агресії над конструктивною, послаблення контролю своєї поведінки, низький рівень емпатії та схвалення агресивної поведінки загалом, домінування екстернального локусу контролю невміння долати труднощі, емоційна нестійкість, схильність неадекватно реагувати на ситуацію фрустрації, невміння знайти продуктивний вихід з конфлікту. Мотиваційно-потребова сфера залежних осіб характеризується сформованим синдромом відміни та компульсивним потягом до наркотичної речовини, прагненням до всього незвичайного і таємничого, відчуттям самотності і хвилюючого драматизму. Тоді як ноетична сфера визначається відсутністю цілей у житті, незадоволеністю своїм життям у сьогоденні, ілюзорністю свободи вибору в житті, безглуздість побудови планів на майбутнє.

3. Сформованість чи несформованість адиктивної поведінки відбувається за умови наявності у людини певних індивідуально-психологічних особливостей. Це свідчить про важливість суто психологічних підходів до пояснення хімічної залежності, які дозволяють визначити приховані пускові чинники адиктивної поведінки особистості. Проте, відповідний емпіричний матеріал є достатньо суперечливим і не враховує взаємовідношення між усвідомленим та неусвідомленим рівнями особистості у формуванні хімічної адикції.

4. Велика кількість досліджень, присвячених ролі негативних життєвих подій, незмінно підтверджують зв'язок між таким подіями у житті людини в різні вікові періоди (особливо у дитинстві та у підлітковому віці) й формуванням хімічної адикції у подальшому житті. Показано, що негативні життєві події призводять до порушення в емоційному розвитку дитини, а нездатність долати труднощі призводить до закріплення звички відходити від

реальності, за допомогою вживання наркотичних речовин, для зменшення емоційного дискомфорту та напруги. Незважаючи на те, що в огляді літератури широко представлені дослідження, присвячені психологічним особливостям взаємозв'язків між накопиченням негативними життєвими подіями і адиктивною поведінкою, багато питань залишаються відкритими. У той же час чинники, що впливають на становлення таких взаємозв'язків, можуть бути як психосоціальними, так і особистісними, і їх дослідження становить значний інтерес і практичну цінність.

Матеріал даного підрозділу викладено у наступних публікаціях: [9, 12, 13]

## РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

### 2.1. Методологічні основи дослідження взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності.

Дослідження проведено на базі Міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр «Сходи»» (м. Одеса). Особи з хімічною залежністю, що знаходяться на реабілітації за програмою «12 Кроків», з них 101 особа – з наркотичною залежністю, 16 осіб – особи з алкогольною залежністю; середній вік – 29,6 років, чоловіків – 82,9%, жінок 17,1%; рівень освіти: середня – 17,1%, професійна (професійно-технічна) освіта – 29,0%, неповна вища – 13,7%, вища – 40,2%; одружені – 22,2%, цивільний шлюб – 17,9%, розлучені – 19,7%, ніколи не були у шлюбі – 40,2%. Особи з вираженими коморбідними психічними і соматичними розладами було виключено з дослідницької вибірки. Контрольна група соціально адаптованих, психологічно здорових добровольців складала – 117 осіб. Залучення їх до дослідження здійснювалося шляхом звернення до вищих навчальних закладів, державних та приватних компаній на основі анонімності та добровільності. Загальна вибірка становила 234 респондента.

У якості провідних методологічних основ організації емпіричного дослідження взаємодії стресу та особистості при хімічній залежності нами були запропоновані наступні теоретико-методологічні підходи.

В рамках психодинамічного підходу було створено одні із перших концептуалізації адиктивної поведінки в психології. В дисертаційному дослідженні здобутки даного підходу реалізувались при визначенні ролі неусвідомлюваного у формуванні хімічної залежності. Також для нас є важливим, що психодинамічний підхід до розуміння залежної поведінки завжди виходив з того, що найвагомійший фактор формування адикції полягає в індивідуальному розвитку, внутрішньопсихічних конфліктах і структурі особистості людини.

Слід розуміти, що в роботах З. Фрейда є відсутнім розгорнутий виклад його поглядів на такий феномен, як адиктивна поведінка. Однак, незважаючи на це, в його працях (не рахуючи робіт 1884 – 1887 рр., присвячених кокаїну) починаючи з 1898 р. із завидною постійністю зустрічаються замітки, ідеї, висловлювання на предмет зловживання психоактивними речовинами і глибинних причин виникнення адикції, включаючи міркування про різні залежності нехімічної природи. У роботі 1898 р. «Сексуальність в етіології неврозів» З. Фрейд вказує на цілком очевидний факт, що залежність виникає не у всіх людей, які пробують вживати наркотики. З. Фрейд вказував на місце наркотиків в економіці лібідо – на його думку, чинником, що повертає до залежності, є дефіцит сексуального задоволення. У статті «Про особливий вибір об'єкту у чоловіків» З. Фрейд стверджує, що сп'яніння у алкоголіка носить аутоеротичний характер, алкоголіки ставляться до алкоголю як до сексуального об'єкту (Фрейд, 1991). У короткій, але дуже важливій статті «Сум і меланхолія» 1917 р. він стверджує, що стан сп'яніння є, по суті, штучно викликаним маніакальним станом (Фрейд, 1984). У роботі «Майбутнє однієї ілюзії» 1927 р. З. Фрейд прирівнює релігійне втішання до дії наркотиків, а також вказує на можливість формування справжньої залежності від релігії (Фрейд, 1989).

Серед ідейних послідовників З. Фрейда варто зазначити внесок у психологічне розуміння адикцій таких вчених, як К. Меннінгер та О. Феніхель (2000) вказував на провідну роль деструктивності і потягу до смерті в етіології адикції. Він розглядав наркотичну та алкогольну адикцію як один із проявів деструктивного (смертного) потягу – хронічну форму самогубства, при якому саморуйнування несвідомо, більш того, людина навіть не намагається пояснити причину свого вчинку, який з боку здається абсолютно безглуздим. Вчений вважав, що наприклад у залежних від алкоголю гіпертрофовано очікування материнської ласки і турботи, невпевненість в собі як чоловікові, страх перед жінкою і негативне ставлення до неї. Викресливши з життя любов до батьків, він відчуває почуття втрати,

яке намагається послабити шляхом формування залежності. Саморуйнівну поведінку залежного від алкоголю пояснюється ранніми фрустраціями і бажанням помститися батькам, яке блокується страхом втратити їх, трансформуючись в аутоагресію.

О. Феніхель (2004) робить висновок, що особи з хімічною адикцією діють так, як якщо б будь-яку напругу загрожувало їм важкою травмою. Вони сприймають цю напругу як передвісника явної загрози існуванню, так само, як немовля сприймає почуття голоду. Тому їх основною метою стає не досягнення задоволення, а уникнення напруги і болю. О. Феніхель припустив, що хімічна залежність захищає від впливу хворобливих зовнішніх і внутрішніх стимулів. Він пов'язував адикції і імпульсивність, вважаючи наркоманію окремим випадком, різновидом імпульсивного неврозу. Вчений доходить висновку, що походження і сутність наркоманії визначаються не хімічним впливом п'яного засобу, але структурою психіки пацієнта, що зближує його позицію з положеннями персонологічного підходу, який буде розглянуто у тексті дисертації нижче.

З розвитком неофредізму у психодинамічному підході відбувся подальший розвиток уявлень про адикцію. Так, центральним поняттям в теорії Е. Фромма (1998) є «відчуженість»; на його думку, воно породжує тривогу, сором і почуття провини. Бути відчуженим значить бути безпорадним, не володіти власним життям і не впливати на хід подій. Найглибиніша людська потреба, на думку Е. Фромма, це потреба подолати свою відчуженість, звільнитися з полону самотності. Один із шляхів досягнення цієї мети – оргіастичні стани, які можуть приймати форму аутогенного екстазу, іноді за допомогою наркотичних засобів. В сучасних культурах, яким не властиві оргії, це набуває форму алкоголізації і наркотизації. Зовнішній світ зникає, а разом з ним зникає стан відчуженості. Однак, якщо в першому випадку рішення соціально запрограмовано, сучасні індивіди страждають від почуття провини і докорів сумління. Намагаючись уникнути відчуження в забутті сп'яніння, індивід відчуває самотність ще

сильніше, коли оргіастичне переживання проходить, і він змушений знову вдаватися до цих засобів все частіше й інтенсивніше. Загальним для всіх форм оргіастичного з'єднання є наступне: 1) воно відрізняється силою і навіть пристрасстю; 2) воно охоплює всю людину - його душу і тіло; 3) воно минує і періодично повторюється. Вихід з цієї ситуації Е. Фромм бачить у розвитку творчої діяльності і щирої любові. Залежного від наркотика (залежну людину взагалі) він відносить до мазохістського типу особистості, яка є пасивною формою симбіотичного зв'язку. На думку вченого, наркоманією хворіють люди, нездатні любити, до того ж такі люди не приймають рішень, підкоряються долі, хворобі, оргіастичним станам, викликаним наркотиками.

Одну з найбільш ґрунтовних спроб знайти пояснення зростання частоти звернення до психоактивних речовин, яке постійно спостерігалось протягом другої половини ХХ ст. у західному суспільстві, зроблено в парадигмі екзистенційного підходу, що дозволяє нам використовувати його у вивченні впливу соціального середовища. Згідно з провідним представником даного підходу В. Франклом, долучання до наркотику пов'язано з фрустрацією прагнення до сенсу. Якщо у людини немає сенсу життя, здійснення якого зробило б його задоволеним собою і світом, щасливим і гармонійним, то він намагається отримати стан щастя в обхід пошуку і здійснення сенсу, наприклад, за допомогою хімічних препаратів (Франкл, 1982, с. 30).

Вчений вважає, що використовуючи наркотики, люди саме шукають «порятунку» від духовно-моральної кризи. Наркоманія як адикція – всього лише один з (деструктивних) способів вирішення конфлікту людини з суспільством. На думку В. Франкла звичайні умови існування в сучасному суспільстві – це умови життя зі зниженими моральними та іншими вимогами: вони позбавляють людину необхідності напруженої праці, готовності до змін як розвитку. В результаті такої «розслабленості» людина, позбавлена необхідності працювати, вибирає форми, що заміщають працю, в тому числі

здорові (наприклад, спорт, подорожі) і нездорові (пристрасть до наркотиків та інші види деструктивних «струсів»). Таким чином, причина і симптом наркоманії – втрата сенсу життя. Для того, щоб жити і розвиватися, людина повинна мати сенс і вірити в нього, знати, що її життя і вчинки осмислені і мають мету у низці життєвих цілей. «Навіть самогубець вірить в сенс – якщо не життя, то смерті», – зазначав В. Франкл (2016).

В. Франкл писав також, що вплив екзистенційного вакууму не обмежується почуттям безглуздості і т. зв. ноогенного неврозу, але виявляється у так званій «масовій невротичній тріаді»: депресії – неприйнятті себе і світу, бажанні зробити світ кращим і розумінні неможливості це зробити, наркоманії (наполегливої фіксації на задоволенні власних фіктивних бажань на шкоду потребам реальності) і агресії (прагненні покарати себе і світ, які не бажають виконувати всі бажання і повертають до реальності) (Frankl, 1975, с. 96). Ця тріада, проявляє себе в зростанні числа самогубств, злочинності, сексоманії, наркоманії (включаючи алкоголізм і куріння).

Розкриваючи чинники соціального середовища Р. Мей (1997) пов'язує поширеність наркоманії серед молоді з наслідками сексуальної революції, яка призвела до того, що бунт проти батьків реалізується в захопленні наркотиками, а секс зміщується на другий план. Він зазначає, що до прийому наркотиків у пацієнтів відзначалися ознаки статевої слабкості через те, що вони не могли винести відключення відчуття Я, що відбувається в момент еякуляції. Наркотик притуплює відчуття неповноцінності, сексуальні бажання більше не турбують особу з наркотичною залежністю або він може продовжувати статевий акт нескінченно, не доходячи до оргазму.

В екзистенційно-аналітичній теорії іншого представника екзистенційного підходу А. Ленгле адиктивна поведінка розглядається як результат аперсоналізації. Відмінною особливістю екзистенціального аналізу є нова антропологічна реальність, в якій центральне місце займає поняття Person і персональність, що розуміється як здатність вносити свою духовну сутність в переживання і поведінку (Ленгле, 2006; Лэнгле, 2009).

Принципово Person не можна охопити (втиснути у будь-які межі), тобто, власне кажучи, не можна дати їй визначення, зафіксувати. Вона настільки вільна, що йде від будь-якої фіксації, також і від понятійної. Person – це індивідум – неповторний і єдиний у своєму роді. Таким чином, Person показує себе не тільки в автономно прийнятому рішенні, але також і в тому, яким чином вона поводить з чим-небудь. Кожна людина як Person стоїть перед завданням: вона повинна обходитися з собою і іншим (Ленгле, 2006).

Розкриваючи положення екзистенційно-аналітичної теорії, В. Халанський зазначає, що альтернативну динаміку особистості, виходячи з антропологічних реалій, становить аперсональне формування особистості. Пацієнтам з порушеною персональністю є властивим: мати низький рівень контакту з самим собою (їм важко визначити свої почуття), низький рівень самоцінності, низьку рефлексію поведінки у копінгі. Все це призводить до аперсональної поведінки, прояву неефективності зусиль в тому, щоб стати самим собою. Іншими словами, аперсонально сформована особистість проявляє аперсональну форму поведінки. Аперсональній поведінці на рівні зовнішніх передумов властиві депривація, фрустрація, переживання травматичного досвіду. Аперсональну поведінку можна визначити як адиктивну поведінку, якщо адикція розуміється не як виключно залежність від психоактивних речовин, але розглядається значно ширше як компульсивний розлад і надцінну ідею. Іншими словами, виходячи з цієї теорії, якщо людина є хімічно залежною, то фізично його адикція являє собою набір вчинків, типів поведінки, які включають не тільки споживання хімічних речовин, але і вчинення дій, що викликають нейрохімічні зміни (Халанський, 2016).

Диспозиційний підхід у вивченні хімічних адикцій полягає у затвердженні пріоритету особистісних рис, їхніх структурних взаємовідношень у якості чинників формування залежної поведінки. Для нашого дослідження методологічна цінність даного підходу полягає в тому, що в його парадигмі створено широке коло психодіагностичних



інструментів, що дозволяють всебічно досліджувати особистість з хімічною адикцією.

Стійкість рис особистості є одним із наріжних каменів вимірювання особистості і важливими є параметри надійності та валідності психометричного вимірювання. Проблема стабільності вимірювання особистості з самого початку є ключовою для персонологічних теорій. Піонером диспозиційного підходу можна вважати Ф. Гальтона, що запропонував лексичний підхід, згідно до якого використовувані словникові визначення диспозицій можуть бути засобом побудови опису індивідуальних відмінностей. Він обрав особистісно-описові терміни та констатував проблему їх взаємозв'язків (Goldberg, 1993).

Один з найбільш впливових прихильників диспозиційного напрямку Г. Олпорт вважав, що кожна особистість унікальна, і що її унікальність найкращим чином може бути зрозуміла через визначення конкретних рис особистості. Г. Олпорт описав і класифікував більше 50 різних визначень особистості. Він робить висновок, що адекватний синтез існуючих визначень може бути виражений у фразі: «людина - це об'єктивна реальність». Дане визначення настільки ж всеосяжно, настільки ж і не точно. Пояснення цьому Г. Олпорт дає в своїй концепції «риси», яку він вважав найбільш валідною «одиноцею аналізу» для вивчення того, що представляють собою люди, і як вони своєю поведінкою відрізняються один від одного (Олпорт, 1982). Риса - це схильність вести себе подібним чином в широкому діапазоні ситуацій. Теорія Г. Олпорта стверджує, що поведінка людини відносно стабільно з плином часу і в різноманітних ситуаціях. Риси – це психологічні особливості, що перетворюють безліч стимулів і обумовлюють безліч еквівалентних відповідних реакцій. Таке розуміння риси означає, що різноманітні стимули можуть викликати однакові відповідні реакції, також як і безліч реакцій (почуття, відчуття, інтерпретації, вчинки) можуть мати однакове функціональне значення (Allport, 1966). Згідно з Г. Олпортом, риси особистості не пов'язані з невеликим числом специфічних стимулів або

реакцій; вони є генералізованими і стійкими. Забезпечуючи схожість відповідей на численні стимули, риси особистості надають значну сталість поведінки. Риса особистості - це те, що обумовлює постійні, стійкі, типові для різноманітних рівнозначних ситуацій особливості нашої поведінки. Це життєво важлива складова структури особистості. У той же самий час риси особистості можуть бути визначальними у рисунку поведінки людини (Allport, 1966).

Диспозиційна теорія Р.Б. Кеттела (1949) прагне пояснити складні взаємодії між системою особистості і більш об'ємною соціокультурної матрицею функціонуючого організму. Він переконаний в тому, що адекватна теорія особистості повинна враховувати численні риси, складові індивідуальність, ступінь обумовленості цих рис спадковістю і впливом навколишнього середовища, а також те, яким чином генетичні фактори взаємодіють між собою, впливаючи тим самим на поведінку. Згідно з автором, особистість – це те, що дозволяє передбачити поведінку людини в даній ситуації. Він дотримувався думки, що прогнозування поведінки може бути здійснене за допомогою рівняння специфікації. Рівняння специфікації показує, що характерна реакція на будь-яку ситуацію являє собою функцію від комбінації всіх рис, які є значущими для даної ситуації; причому кожна риса взаємодіє з ситуаційними чинниками, які можуть впливати на неї (Cattell, 1990)

Риси особистості, згідно з Р.Б. Кеттелом, являють собою відносно постійні тенденції реагувати певним чином у різних ситуаціях і в різний час. Риси особистості відображають стійкі і передбачувані психологічні характеристики і, безумовно, є найбільш важливими в концепції Кеттела (Cattell, 1990). Поверхнева риса являє собою сукупність поведінкових характеристик, які при спостереженні виступають в «нерозривній» єдності. Вихідні риси, навпаки, є основні структури, які, як вважає Кеттел, утворюють блоки самої будівлі особистості. Ці об'єднані величини або фактори, що визначають, в кінцевому, рахунку, ту сталість, яке спостерігається в

поведінці людини. Вихідні риси існують на «більш глибокому» рівні особистості і визначають різні форми поведінки протягом тривалого періоду часу (Cattell, 1990).

Диспозиційний підхід дістав закономірного розвитку в рамках п'ятифакторної моделі Р.Р. Мак-Крея та П.Т. Коста. Авторська думка полягає в тому, що у «умовно нормальних» людей стабільна концепція «Я» кристалізується в ранньому дорослому віці (McCrae, & Costa, 1982). Основні положення цієї моделі полягають у чотирьох пунктах (Schmitt, Allik, McCrae, & Benet-Martínez, 2007). Коротко їх можна сформулювати наступним чином:

1) Середні рівні рис особистості змінюються у процесі розвитку особистості, але досягають остаточного рівня дорослого віку приблизно у 30 років.

2) Індивідуальні відмінності в особливостях особистості, які демонструють хоча б певну спадкоємність від раннього дитинства і далі, також по суті визначаються 30-річним віком.

3) Стабільність характеризує основні сфери особистості: нейротизм, екстраверсію, відкритість досвіду, доброзичливість та сумлінність .

4) Узагальнення щодо стабільності стосуються практично всіх дорослих осіб (для всіх психологічно здорових дорослих індивідів) (Schmitt, Allik, McCrae, & Benet-Martínez, 2007).

Більш детальний аналіз особистісних рис, що виступають чинниками хімічної залежності наведено у підрозділі, присвяченому стану досліджень проблеми взаємодії стресу та особистісних факторів і їх впливу як предикторів адикції.

Засадами для розгляду стресових подій як чинників, що відповідають за формування адикції виступили модель діатезу-стресу, концепції «кумулятивного стресу» та невідповідності, теорія алостазу, а також модель психосоціального стресу. Саме ці теоретико-методологічні доробки, на нашу думку, найбільш кореспондують із предметом дисертаційного дослідження в аспекті стресового впливу на психічне здоров'я особистості.

Модель діатезу-стресу – це психологічна теорія, яка намагається пояснити розлад або його траєкторію як результат взаємодії між схильністю до схильності та стресом, спричиненим життєвим досвідом. Термін діатез походить від грецького терміна (διάθεσις) для схильності, або чутливості. Діатез може мати форму генетичних, психологічних, біологічних чи ситуаційних факторів (Ingram, & Luxton, 2005). Діатез, або схильність, взаємодіє з подальшою стресовою реакцією індивіда, тоді як стрес розглядається як життєва подія або низка подій, що порушують психологічну рівновагу людини і можуть каталізувати розвиток розладу (Oatley, Keltner, & Jenkins, 2006). Таким чином, модель діатезу-стресу служить для вивчення того, як біологічні або генетичні ознаки ( діатези ) взаємодіють із впливами навколишнього середовища (стресорами), викликаючи різноманітні розлади психічного здоров'я.

Використання терміна діатез у медицині та спеціальності психіатрії відноситься до 1800-х років; проте модель діатезу-стресу не використовувалася широко для опису розвитку психопатології, поки її не застосували для пояснення шизофренії в 1960-х роках П. Мелом (Meehl, 1962). Запропонувавши модель діатезу – стресу, вчений стверджував, що якщо поєднання схильності та стресу перевищує поріг, у людини виникне розлад. Модель діатезу-стресу також була корисною у поясненні інших негативних (але неклінічних) результатів особистісного розвитку.

Модель стрес-уразливості (діатезу-стресу) Д. Вассерман, базується на концепції вразливості до стресів і впливі чинників ризику і стійкості (протективних чинників). Відповідно до цієї моделі, суїцидальний процес розгортається в часі на тлі біологічних схильностей під впливом соціальних і особистісних стресорів в умовах захисту з боку протективних чинників переважно соціального порядку. Модель стрес-уразливості Д. Вассерман (Вассерман, 2005), показує, що деструктивна, адиктивна і суїцидальна поведінка має свою передісторію у вигляді «накопичення» негативних подій життя, яке підсилює негативні тенденції.

В.А. Розановим (2013) було розвинуто вище наведену модель на основі робіт, що пояснюють механізм ранньої психотравми і її «консервації» до моменту перших життєвих труднощів (пубертат, дорослішання). На основі даних про те, що стрес, пережитий на самих ранніх стадіях розвитку, призводить до появи епігенетичних міток на деяких ділянках генома, внаслідок чого профіль експресії генів, в тому числі, що мають відношення до системи реагування на стрес, змінюється і встановлюється на весь період існування організму. Даний механізм розглядається вченим як шлях, за допомогою якого контекстно-обумовлені впливи, пов'язані зі середовищними ризиками, в тому числі психо-соціального характеру (негативні події, психологічні травми, самотність, ранні розриви відносин) можуть впливати на формування «інкубованої травми», наслідки якої позначаються в більш пізньому віці. Явище, при якому гормональні ефекти, зумовлені сигналами середовища, створюють біологічні та поведінкові відповіді, що персистують (гормональне середовищне програмування) пояснює, як на тлі наявних схильностей за рахунок ранніх стресових впливів формується своєрідний стрес-вразливий фенотип, який в набагато більшому ступені повертає до формуванню порушень психічного здоров'я протягом всього життя (рис. 2.1).

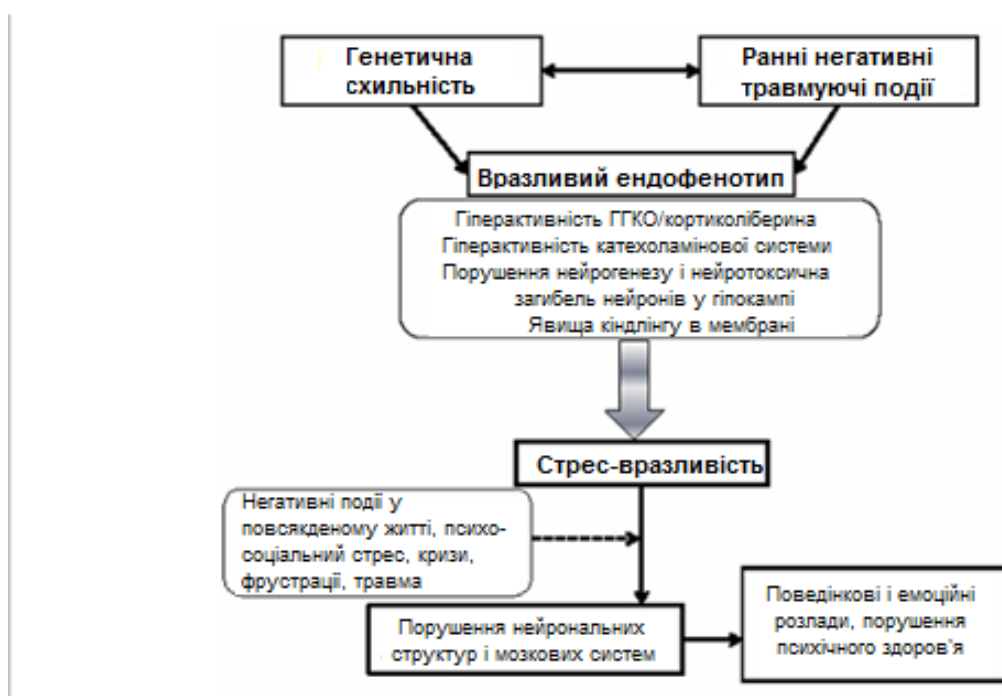


Рис 2.1. Схема формування стрес-вразливості при ранніх травмуючих подіях.

Згідно з наведеною схемою, наявні генетичні схильності при взаємодії з несприятливими ранніми подіями (стресами, нещастями, фізичним або іншим насильством, втратою батьків тощо) внаслідок шкідливих ефектів високих концентрацій кортизолу призводять до довготривалих порушень в ключових мозкових структурах – гіпокампі, мигдалині, префронтальній корі. Крім того, вся система реагування на стрес «налаштовується» на підвищений стиль реагування за рахунок зміни активності ряду генів, що відповідають за синтез її компонентів (головним чином – рецепторів до кортизолу в мозку та інших тканинах). З представленої схеми також випливає, що нормативно пройдений період дитинства може забезпечити позитивне психічне здоров'я навіть при наявності генів уразливості. Більш того, одні й ті ж гени в діаметрально різних умовах середовища можуть виявитися протективними і несучими вразливість.

Відповідно до В.А. Розанова, можуть діяти відразу кілька механізмів або рівнів детермінації, взаємодіючих між собою. На першому рівні має значення носійство несприятливого поєднання генів, що робить схильним до певних якостей (агресія, депресія, імпульсивність, нейротизм, стрес-вразливість). На другому рівні вирішальну роль відіграє характер ранніх етапів розвитку, несприятливий перебіг яких супроводжуються встановленням стрес-залежних епігенетичних міток в геномі і формуванням «уразливого фенотипу». На третьому, можливо, спрацьовує поведінковий зв'язок, що призводить індивідуума з підвищеною стрес-реактивністю в повторювані життєві ситуації стресу (активна коваріація генів і середовища), внаслідок чого встановлюється стереотип реагування і «набувається» здатність долати страх болю і можливої загибелі.

Що стосується методологічних основ вивчення впливу несприятливих стимулів навколишнього середовища на здоров'я людини, існують дві основні та, здавалося б, суперечливі точки зору. Більш традиційним підходом є гіпотеза «кумулятивного стресу» Ш.Е. Тейлор (Taylor, 2010), в якій постулюється, що неприємний досвід на початку життя, накопичуючись, робить людей більш вразливими до несприятливих викликів у подальшому житті. У цій гіпотезі наслідки стресового впливу протягом життя є кумулятивними та призводять до нарощування алоstaticкого навантаження, що збільшує ймовірність розвитку захворювання. Гіпотеза накопичувального стресу базується на детерміністській моделі, в якій відхилення від соціальних норм розглядається як патологія. Чим більшим є вплив стресу, тим більшим є виразність патології. Також у процесі аналізу даних ми спирались на **гіпотезу невідповідності** М.В. Шміта (Schmidt, 2011), яка є альтернативною концепцією накопиченого стресу, розглянутої вище. Відповідно до цієї гіпотези, люди мають більше шансів отримати захворювання в тому випадку, якщо виникає невідповідність між середовищем, в якому відбулось раннє «програмування» та пізнішим середовищем у дорослому житті. Гіпотеза про невідповідність стверджує, що неприємний досвід на початку життя запускає

адаптаційні процеси, тим самим робить людину краще адаптованою до стресових викликів пізніше в житті (Schmidt, 2011). Таким чином, згідно з гіпотезою невідповідності, людина, яка пережила високий рівень психосоціального стресу на початку життя, запрограмована на боротьбу з високим психосоціальним стресом і тому краще протистоїть впливу високих рівнів стресу в подальшому житті. Отже, гіпотеза невідповідності є специфічною гіпотезою, в якій недоліки або переваги раннього стресу залежать від контексту. Неприємний досвід під час пластичних фаз розвитку на початку життя запускають адаптаційні механізми, що підвищують працездатність індивіда при неприяних умовах у дорослому віці. Отже, ця гіпотеза стверджує, що збіг умов раннього життя та навколишнього середовища дорослих сприяє здоров'ю та стійкості, тоді як невідповідність збільшує ймовірність захворювання (рис. 2.2).

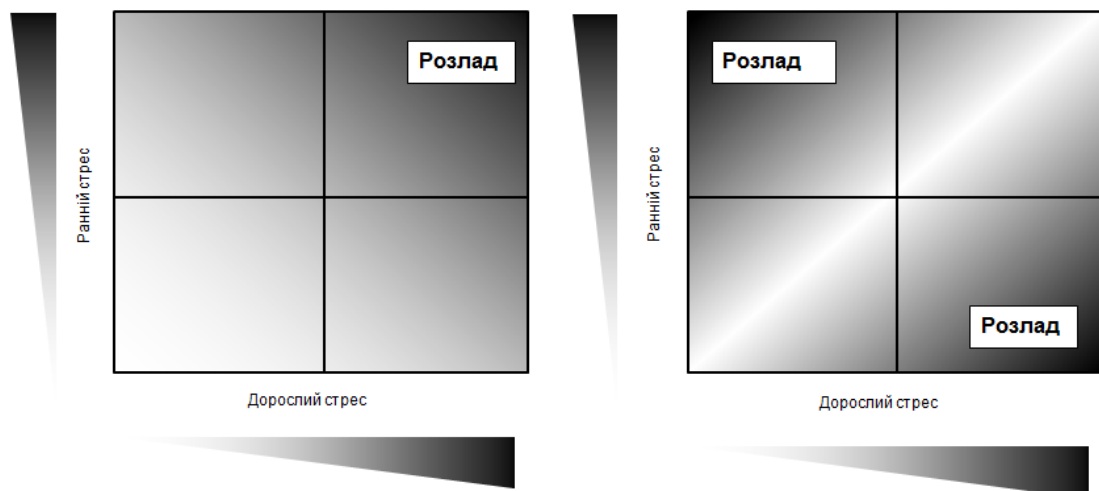


Рис. 2.2. Схематичне зображення впливу стресових переживань на формування розладів відповідно до гіпотези «кумулятивного стресу» (ліворуч) та концепції невідповідності (праворуч).

В алоstaticній теорії стресу Б.С. Мак'юена (McEwen, 2017) на зміну уявленням про підтримку гомеостазу прийшли погляди формування якісного



нового стану – алостазу, під яким розуміється перенапруга адаптаційних і компенсаторних біохімічних систем, що врівноважують один одного на високому рівні напруги. Мозок сприймає і визначає загрози, а також поведінкові та фізіологічні реакції на стресор, який не лише сприяють адаптації («алостаз»), але й чинять патофізіологічні зміни («алостатичне навантаження / перевантаження»), коли ці реакції є надмірними та незбалансованими. Поведінка, що забезпечує здоров'я, є важливим компонентом успішного алостазу поряд з адекватним сном, нормальною циркадною функцією, і ефективним енергетичним обміном. Люди, що шкодять здоров'ю, сприяють алостатичному навантаженню / перевантаженню.

Як зазначає Р.В. Купріянов, алостаз запускається в результаті порушення сформованого гомеостазу, тобто пошкодженням або зміною (наприклад, у міру зростання і розвитку організму) параметрів функціонування організму. Ознакою алостазу є понадактивація регуляторних систем, що виявляється в надмірній продукції кортизолу та адреналіну. В результаті такої активації організм переходить в алостатичний стан. Він характеризується напруженим, нестійким функціонуванням організму, в тому числі на поведінковому і психічному рівні, що обумовлено появою нових механізмів нейрогуморальної регуляції організму і нових форм поведінки, більш адаптивних в нових умовах. У нормі алостатичний стан змінюється досягненням гомеостазу на іншому рівні, при інших параметрах внутрішнього середовища, за рахунок формування нових систем нейроендокринної регуляції, освоєння нових форм поведінки і нових стратегій адаптації. Однак якщо алостатичне навантаження занадто високе або якщо середовище постійно і непередбачувано змінюється, досягнення рівноваги неможливо, оскільки структурні елементи системи регуляції не встигають складатися в нові ефективні системи, і створюються умови для патологічних змін в організмі, в тому числі поведінкових (Купріянов, & Жданов, 2014).

Теорія алостазу дає пояснення явищам, які було важко пояснити з позиції класичної теорії стресу, наприклад, розвиток відтермінованих патологічних наслідків після впливу стресору. Тому патологічні зміни можуть з'являтися поступово, через якийсь час після впливу стресора і потім залишатися досить стійкими. Теорію алостазу можна використовувати і в разі еустресу, коли зміни організму носять позитивний характер і підвищують його резистентність до несприятливих факторів зовнішнього середовища (Куприянов, & Жданов, 2014).

В моделі психосоціального стресу П. Мартикайнен, М. Батлі, Е. Лагельми (Martikainen, Bartley, & Lahelma, 2002) виникнення стресу пояснюється наступним чином: соціальні обставини, що відбивають структуру й організацію суспільства, діють на рівні індивіда через біологічні механізми та закономірності стресу і поряд із супутніми поведінковими проявами (стилем життя) в остаточному підсумку визначають здоров'я людини, у тому числі й психічне. У даній моделі автори користуються уявленнями про макро-, мезо- і мікро- рівні впливу соціальних чинників. Під макрорівнем розуміється характер суспільного устрою (соціальна структура суспільства). Чинники цього рівня впливають на індивідуальний (мікро) рівень не прямо, а опосередковано – через чинники мезорівня, до яких відносяться, перш за все, соціальні взаємодії індивідуума. В результаті масштабні соціальні ефекти макрорівня, впливаючи на психосоціальні обставини мезорівня, далі через індивідуальні психологічні механізми, змінюють поведінку людини, що знаходиться в стані стресу, вмикають біологічні механізми, пов'язані з реалізацією стрес-реакцій і детермінують здоров'я або хвороби (рис. 2.3).

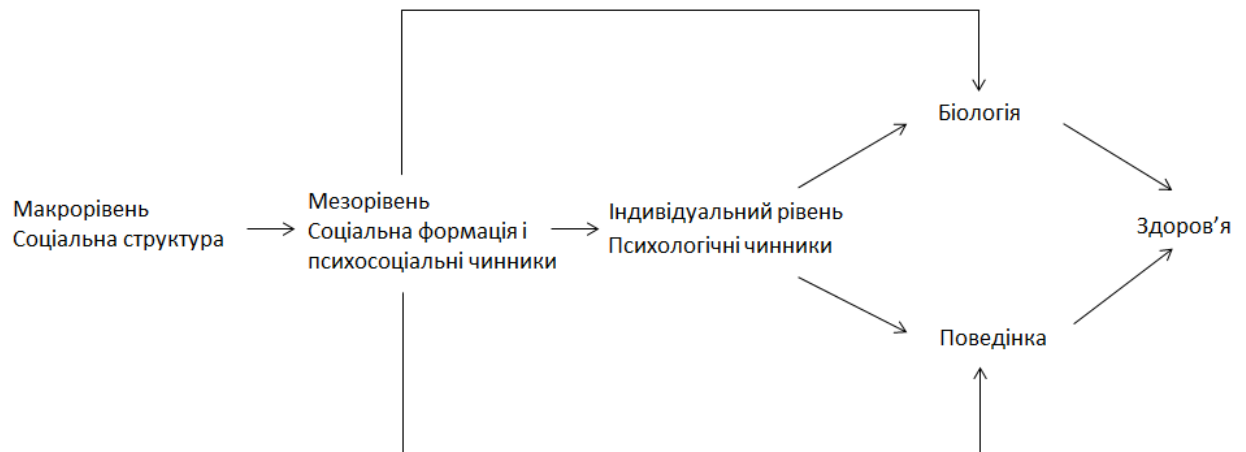


Рис. 2.3. Модель психосоціального стресу П. Мартикайнен зі співавт.

На думку П. Мартикайнен, М. Батлі, Е. Лагельми (Martikainen, Bartley, & Lahelma, 2002) центральною складовою психосоціального пояснення здоров'я є те, що соціальні процеси макро – і мезо – рівнів призводять до психологічних процесів на індивідуальному рівні. Ці психологічні зміни можуть впливати на здоров'я через прямі психофізіологічні процеси або через модифікацію поведінки та способу життя. Однак багато психосоціальних впливів не призводять до психологічних наслідків. Наприклад, безробіття, що призводить до втрати доходу та нездатності забезпечити матеріальні потреби життя, не можна вважати психосоціальним поясненням проблем зі здоров'ям. Проте психосоціальний процес працює, коли безробіття призводить до втрати самооцінки та відчуття нікчемності, які впливають на здоров'я через прямі психобіологічні процеси або через модифіковану поведінку та спосіб життя. Аналогічним чином, соціальні мережі можуть надавати інструментальні та матеріальні блага та можливості, а також близькі особисті контакти та емоційну підтримку (останні два аспекти однозначно кваліфікуються як психосоціальні чинники).

У підсумку необхідно зазначити, що проаналізувавши теоретичні закономірності формування адиктивної поведінки ми спирались в емпіричному дослідженні на основні положення психодинамічного підходу, здобутки екзистенційного підходу, принципи диспозиційного підходу, концептуальні аспекти моделі діатезу-стресу, гіпотез «кумулятивного стресу» та невідповідності, теорії алостазу та моделі психосоціального стресу.

Отже, створення моделі взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності базувалось на певних методологічних принципах, які нами було розглянуто вище. Модель являє собою схему, яка зображена на рисунку 2.4.

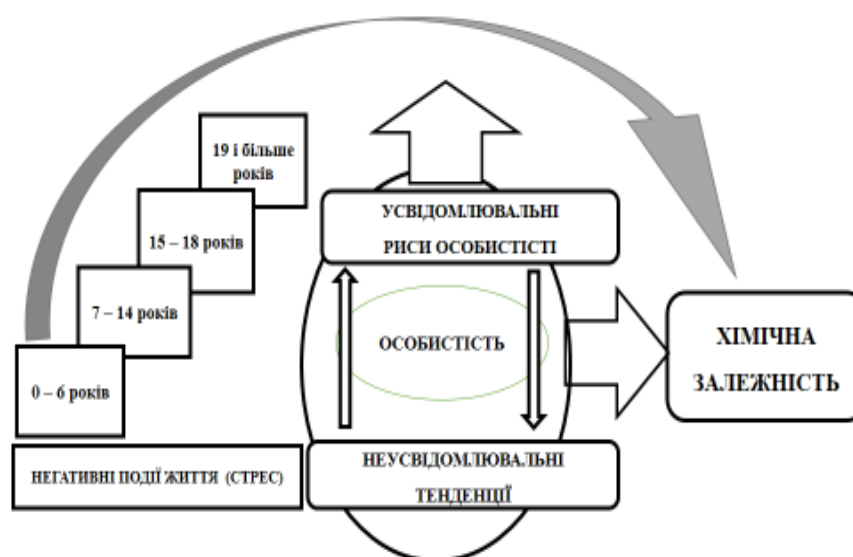


Рис. 2.4. Модель взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності.

На підґрунті провідних методологічних принципів дослідження побудовано моделі взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності (рис. 2.4). Згідно з моделлю, у якості основних чинників, що впливають на формування хімічної залежності (алкоголізм та наркоманія),

визначено три категорії чинників, а саме: негативні життєві події різних періодів життя (0 – 6 років, 7 – 14 років, 15 – 18 років, 19 років та більше), серед яких найбільша увага приділяється стресам раннього періоду життя. У якості компонентів особистості, які піддаються впливу стресу, виступають особистісні риси, які характеризують усвідомлюваний рівень психіки, а також неусвідомлювані тенденції психіки. В моделі репрезентовано взаємодію цих чинників одне з одним та модеруючий ефект особистісних рис та неусвідомлюваних тенденцій, що згідно зі схемою, в кінці кінців призводить до хімічної залежності.

Незважаючи на те, що ми не вивчали безпосередній або опосередкований вплив стресових подій життя на риси особистості і неусвідомлювані тенденції, ми вважаємо за необхідне підкреслити можливість таких впливів. Дані по нейробіології стресу говорять про те, що стрес може призводити до особистісних і поведінкових деформацій, підвищення агресивності, наростання нейротизма і зниження екстраверсії (Enoch, M. A., 2011; Gunnar, M. R., & Vazquez, D., 2006; Voisin, D. R., Elsaesser, C., Kim, D. H., Patel, S., & Cantara, A., 2016).

З іншого боку, велика література по психології дитячої травми і дисфункціональних дитячо-батьківських відносин підказує можливі наслідки ранніх негативних подій життя, що розкривається зазвичай в контексті уявлень психоаналітичного характеру (Боулби Дж., 2003; Ю.Б. Гіппенрейтер, 2013; З. Фрейд, 2018; Adler Y.G. A, 1994). Наше дослідження спрямоване на уточнення ролі стресу в різні періоди розвитку у виникненні аддикцій, що може в тому числі реалізовуватися через деформацію особистісних рис і вплив на неусвідомлювані мотиви.

Таким чином розроблено модель дослідження, яка представлена у вигляді наочної схеми. Для компонентів моделі («Негативні життєві події», «Особистісні риси», «Неусвідомлювані тенденції психіки») у наступному підрозділі запропоновано психодіагностичні методики, які дають можливість

на емпіричному етапі комплексно дослідити формування хімічної залежності.

Отже, розглянувши методологічні основи організації емпіричного дослідження формування хімічної залежності: основні положення психодинамічного підходу, здобутки екзистенційного підходу, принципи диспозиційного підходу, концептуальні аспекти моделі діатезу – стресу, концепцій «кумулятивного стресу» та невідповідності, теорії алостазу та моделі психосоціального стресу – нами була створена схема емпіричного дослідження, яка містила наступні компоненти, а саме: негативні життєві події (0 – 6 років, 7 – 14 років, 15 – 18 років, 19 років та більше), особистісні риси, а також неусвідомлювані тенденції психіки. В моделі було репрезентовано вплив цих чинників на наявність хімічної залежності, взаємодію цих чинників одне з одним та модеруючий ефект особистісних рис та неусвідомлюваних тенденцій на вплив негативних життєвих подій на наявність хімічної залежності.

## **2.2. Соціально-демографічна структура вибірки і психодіагностичний інструментарій.**

### **2.2.1. Організація дослідження і структура вибірки.**

В роботі проводився порівняльний аналіз основної (на прикладі контингенту з хімічною залежністю, які перебувають на реабілітації в РЦ "Сходи") і контрольної групи соціально адаптованих, психологічно здорових осіб.

Вибірка складалася з трьох груп порівняння:

1. Група осіб з наркотичною залежністю - 101 осіб (43,2%);
2. Група осіб з алкогольною залежністю - 16 осіб (6,8%);
3. Група умовно здорових людей - 117 осіб (50%).

Загальна вибірка склала 234 респондента, при цьому співвідношення умовно здорових осіб, до осіб з хімічною аддикцією склало 117 осіб до 117 осіб (50:50) (табл. 2.1, 2.2).

Таблиця 2.1.

## Структура вибірки

Параметри	Категорії/Статистики		n	%
Група залежних осіб	особи з наркотичною залежністю		101	86,3
	особи з алкогольною залежністю		16	13,7
Стать	чоловіча		97	82,9
	жіноча		20	17,1
Вік	M	29,650		
	SD	7,159		
Рівень освіти	середня		20	17,1
	професійно-технічна		34	29,0
	неповна вища		16	13,7
	вища		47	40,2
Сімейний стан	одружений (-а)		26	22,2
	цивільний шлюб		21	17,9
	розлучений (-а)		23	19,7
	ніколи не був у шлюбі		47	40,2

Таблиця 2.2.

**Вживані психоактивні речовини (зі слів пацієнта)**

Тип наркотичних речовини	Вид речовини	n	%
Алкоголь	горілка	11	68,7
	всі алкогольні напої	5	31,2
Наркотичні речовини	Канабіоїди (марихуана і всі похідні конопель)	101	100,0
	Опіати (героїн, мак, метадон, дезоморфін, кодеїн)	84	83,2
	Кокаїн (психостимулятор рослинного походження)	35	34,6
	Синтетичні речовини (ЛСД, екстазі, амфетамін, соли, спайси)	52	51,5
	Аптечні наркотики (транквілізатори, барбітурати, снодійні, таблетки від кашлю)	24	23,8
	Сольвенти (сленгова назва: «нюхати клей»)	5	4,95

Існують наступні види наркотичних засобів: алкоголь (етиловий спирт) – включає такі напої: пиво, вино, лікери, горілку, коньяк тощо; природні речовини: канабіоїди (марихуана і всі похідні конопель); опіати (героїн, мак, метадон, дезоморфін, кодеїн); кокаїн – психостимулятор рослинного походження. Синтетичні речовини: ЛСД, екстазі, амфетамін, соли, спайси; «аптечні наркотики» (АН) - транквілізатори, барбітурати, снодійні, таблетки від кашлю; сольвенти - сленгова назва: «нюхати клей».



В ході дослідження були використано психодіагностичні інструменти для оцінки особистісних рис, ступеня вираженості стресу в дитинстві і протягом подальшого життя, а також проєктивна методика, що дозволяє оцінити інтрапсихічні значущі процеси неусвідомлюваного рівня психіки.

### 2.2.2 Особистісний Опитувальник NEO-PI-R.

Особистісний Опитувальник NEO-PI-R (англ. *Revised NEO Personality Inventory* – переглянутий особистісний опитувальник NEO) призначений для вимірювання п'яти основних особистісних змінних, складові базові шкали опитувальника, і досить великої кількості інших рис особистості, що складають субфактори (підшкали чи фасетки) опитувальника, включені в кожен з п'яти базових шкал. Об'єднані в цілісну систему, п'яти основних шкал і 30 підшкал NEO-PI-R дозволяють досить широко продіагностувати особистість дорослої людини. Методика дає можливість отримати детальний і стійкий в часі «портрет» людини, що містить специфічні поєднання різноманітних особистісних рис та їхніх підкатегорій (Орел, & Сенин, 2004).

Опитувальник включає 240 тверджень, які необхідно оцінити за п'ятифакторною шкалою і дозволяє надати детальну оцінку кожному фактору. А також більш диференційований набір даних кожного з факторів має по шість субфакторів (підшкал чи фасеток). Опитувальник передбачає оцінку людиною своїх власних особистісних характеристик і придатен для діагностики чоловіків і жінок різного віку. Він може бути використаний для діагностики подружніх пар, друзів, членів референтних груп або для експертної оцінки і являє собою хороший інструмент для вимірювання особистісних характеристик психічно здорової людини, що було продемонстровано в численних наукових і клінічних дослідженнях.

Базою для створення справжньої методики послужив Особистісний Опитувальник NEO, розроблений американськими психологами Пол Т. Коста-молодший (Paul T. Costa) и Роберт Маккрей (Robert R. McCrae) в 1985 році. Опитувальник добре зарекомендував себе для крос-культуральних досліджень, які підтверджують спільність структури

особистості у представників різних культур (Costa Jr, & McCrae, 1992). Версія польською мовою використовувалась для IT-фахівців із Польщі (Hřebíčková et al., 2002, p.53-78). Версія румунською мовою використовувалась для IT-фахівців із Румунії (Ispas, Piiescu, Pie, & Johnson, 2014). Авторами російськомовної версії є В.Е. Орел, А.А. Рукавішников та І.Г. Сенін (Ярославський держуніверситет, Росія) і Т.А. Мартін (Саскаханна університет, США) (Орел, Рукавішников, Сенін, & Мартин, 1998). Зазначена версія використовувалась для дослідження. У різних джерелах позначення деяких шкал і підшкал трохи відрізняються між собою, що можливо пов'язано з особливостями перекладу. Наприклад, шкала А має наступні назви: Співпраця, Дружелюбність або Доброзичливість. Шкала С – Сумлінність, Почуття обов'язку. Підшкала N4 – Рефлексія або Сором'язливість; E5 – Пошук збудження або Погоня за враженнями; C2 – Організованість або Порядок; C3 – Слухняність до обов'язків або Обов'язковість; C6 – Обдумування вчинків або Скрупульозність. Ми дотримувалися авторів російськомовної версії В.Е. Орел, А.А. Рукавішников та І.Г. Сенін (Ярославський держуніверситет, Росія). Вибір даної методики був обумовлений наступними причинами: по-перше, результати методики NEO-PI-R добре корелюють з оцінками за іншими тестами, особливо з тими, які побудовані на базі факторного аналізу (опитувальники Г. Айзенка і Р. Кеттелла) (Айзенк, 2016.; Капустина, 2004; Holodynski, & Seeger, 2019), що доводить спільність старих моделей чинників і «Великої П'ятірки» Л. Первіна та О. Джона (Sroufe, 1996); Berg, & Urchurch, 2007). Аналогічні дані отримані і в вітчизняних дослідженнях (О.Г. Шмельов) (Lewis, & Ramsay, 1999). По-друге, існують докази кореляції даних NEO-PI-R з результатами оцінки особистісних рис, отриманих за допомогою інших методів, наприклад Q-сортування або психосемантичного методів Л. Первін, О. Джон, О.Г. Шмельов, (Pervin, 1994; Shmelyov, & Pokhil'ko, 1993; John, & Srivastava, 1999). По-третє, опитувальник найсучасніший, добре зарекомендував себе як діагностичний інструмент, що підтверджують

створені адаптовані версії опитувальника NEO-PI-R в різних мовних культурах (німецької, італійської, китайської, португальської, іспанської, японської, польської тощо). Крім того, проведені на їх базі крос-культурні дослідження підтверджують спільність структури особистості у представників різних культур Пол Т. Коста та Роберт Маккрей (Costa Jr, & McCrae, 1992; Martin, Costa, Oryol, Rukavishnikov, & Senin, 2002). Тут і далі трактування шкал і підшкал опитувальника NEO-PIR дається відповідно до методичних вказівок розробників інструменту.

У таблиці 2.3 представлено список шкал і підшкал NEO-PI-R, який дозволяє дати загальне уявлення про те, що вимірює даний психодіагностичний інструмент.

Таблиця 2.3

## Шкали і підшкали, вимірювані опитувальником NEO-PIR

Шкали	Позначення	Підшкали	Позначення
Нейротизм	N	Тривожність Ворожість Депресія Рефлексія Імпульсивність Ранимість	N1 N2 N3 N4 N5 N6
Екстраверсія	E	Сердечність Товариськість Наполегливість Активність Пошук збудження Позитивні емоції	E1 E2 E3 E4 E5 E6
Відкритість досвіду	O	Фантазія Естетика Почуття Дії Ідеї Цінності	O1 O2 O3 O4 O5 O6
Співпраця	A	Довірливість Чесність Альтруїзм Поступливість Скромність Чуткість	A1 A2 A3 A4 A5 A6
Сумлінність	C	Компетентність Організованість Слухняність до обов'язків Прагнення до досягнень Самодисципліна Обдумування вчинків	C1 C2 C3 C4 C5 C6

Використовуючи отримані в ході тестування значення перетворюються у стандартизовану Т-шкалу. Для цієї шкали популяційною нормою є значення у 50 Т-балів і стандартне відхилення у 10 Т-балів, що характеризує відповідні значення кожного з параметрів (факторів і субфакторів).

Найвиразніше особистісні риси, що вимірюються шкалами опитувальника NEO, виявляються у індивідів, що мають вкрай низькі і вкрай високі оцінки, які означають високу ступінь ймовірності її проявів (маються на увазі відмінності хоча б на 10 Т-балів від нормативно-популяційного значення, тобто нижче 40 Т-балів або більше 60 Т-балів за шкалою чи підшкалою) (Costa Jr, & McCrae, 1992).

*Нейротизм (N).* Зміст цієї шкали є своєрідним протиставленням параметру пристосованості і загальної емоційної стабільності особистості. В цілому, вона вимірює саме невміння пристосовуватися до життя, яке і було визначено як нейротизм. Сутністю шкали нейротизму є загальна тенденція відчувати негативні афективні стану, такі як страх, смуток, роздратування, гнів, почуття провини і відрази. Люди з високим балом за цією шкалою також схильні до ірраціональних ідей, гірше контролюють свої імпульси і гірше, ніж інші, справлятися зі стресами. Індивіди, які отримали низький бал за шкалою нейротизму, є емоційно стабільними. Вони зазвичай спокійні, врівноважені і розслаблені. У стресових ситуаціях вони здатні не піддаватися паніці і не засмучуватися.

*Екстраверсія (E).* Основною відмінною рисою екстравертів є, звичайно, товарицькість, але це тільки одна з особистісних рис, яка характеризує шкалу екстраверсія. У доповненні до даної характеристики, можна відзначити, що екстраверти люблять людей і віддають перевагу великим групам і зборам, вони також наполегливі, активні, енергійні, оптимістичні і люблять поговорити. Екстраверти люблять збудження і стимуляцію і мають веселу вдачу. Шкала Екстраверсія (E) тісно корелює з інтересом до професій соціального і підприємницького типів (Мужиченко, Копытов, & Кирпиченко, 2015).

*Відкритість досвіду (O).* Цей фактор виявляється в відкритості, сприйнятливості до будь-якого виду знань. Елементи відкритості досвіду, такі як, активна уява, естетична чутливість, увага до почуттів інших, перевагу різноманітності, гнучкість розуму і незалежність в судженнях і

оцінках часто грають істотну роль як в теоретичних, так і в практичних аспектах психодіагностики особистості.

Відкриті індивіди бажають приймати, підтримувати нові ідеї та нетрадиційні цінності. Тут присутній інтерес як до внутрішнього світу особистості, так і до того, що відбувається в світі зовнішньому. Вони переживають і позитивні і негативні емоції набагато інтенсивніше, в порівнянні з закритими індивідами. Індивіди з високими балами по цій шкалі нетрадиційні, ставлять під сумнів авторитети і готові підтримати нові етичні, соціальні і політичні ідеї.

Індивіди, які мають низький бал за шкалою Відкритість досвіту (O), мають тенденцію вести себе традиційно, загальноприйнятим способом і проявляти консервативність в своїх поглядах. Вони вважають за краще відоме новому, а їх емоційні реакції приглушені.

Протилежність цим людям складають індивіди, які мають низький бал за шкалою Відкритість досвіту (O), це закриті досвіду індивіди. Їх відрізняють обмежені інтереси. Такі особистості сприймаються як пересічні, «зручні», консервативні. Вони вважають за краще відоме новому, а їх емоційні реакції приглушені.

*Співпраця (A)*. Подібно екстраверсії, Шкала Співпраця (A) відображає особливості міжособистісної взаємодії. Особистість, що співпрацює в своїй основі альтруїстична. Цю рису також називають «приємним характером». Симпатизуючи іншим і прагнучи допомогти їм, така людина вірить, що інші у відповідь нададуть йому рівноцінну допомогу. На відміну від нього, суперник егоцентричний, скептично ставиться до намірів інших і по духу є більше конкуруючим, ніж співпрацюючим.

На перший погляд, високі оцінки за даною шкалою відображають абсолютно позитивні тенденції в поведінці особистості з точки зору соціуму. Дійсно, людина, активно прагне до співпраці може викликати тільки позитивні реакції з боку інших людей. Безумовно доведено, що співпрацююча людина більш популярна в суспільстві, ніж індивід з

протилежними тенденціями. Однак, надмірне прагнення до співпраці, все ж не завжди буває позитивною якістю. Наприклад, коли від людини вимагається проявити готовність відстоювати свої власні інтереси або інтереси кого-небудь іншого, прагнення до співпраці може виявитися абсолютно небажаною якістю.

Інший кінець континууму представляє людина, яка «кидає виклик». Вона більш зайнята своїми персональними принципами і потребами, ніж нормами і інтересами групи. Відрізняється схильністю створювати проблеми для інших, певною агресивністю, байдужістю, жорсткістю, ворожістю до інших. Крім цього, скептичне і критичне мислення, властиве людям зі зниженими оцінками за даною шкалою, багато в чому визначає успішність багатьох видів розумової діяльності.

Екстремально низькі бали по шкалі Співпраці (А) зв'язуються з нарцисизмом, антисоціальними і параноїдальні особистісними порушеннями, тоді як екстремально високі бали за шкалою Співпраці (А) зв'язуються з порушеннями особистості, пов'язаними з надмірною залежністю від інших людей.

*Сумлінність (С).* Сумлінні індивіди - це цілеспрямовані, вольові, рішучі і непохитні особистості. Ряд дослідників називають цей фактор Прагнення до Досягнень (Digman, & Takemoto-Chock, 1981). З позитивної сторони, високі С-бали пов'язані з академічними або професійними досягненнями; з негативного боку - це може привести до дратівливої розбірливості, вередливості, нав'язливій акуратності або до поведінки трудоголіка.

Сумлінність є аспектом особистості, який часто визначають як характер. Високі С-бали відображають прояви скрупульозності, пунктуальності і надійності. Низькі бали за шкалою Сумлінність (С) не свідчать, однак, про відсутність моральних принципів, але вони говорять про меншу міру вимогливості до їх дотримання, а також млявості і апатичності в досягненні своїх професійних цілей.

Як було відзначено вище, кожна з 5 шкал має 6 підшкал (Табл. 2.1), які вимірюють більш специфічні області кожного фактору. Існує кілька очевидних переваг стратегії розбиття шкал на підшкали.

По-перше, необхідно відзначити, що затвердження, використовувані для вимірювання базових параметрів, сформулювалися як широкий спектр думок, почуттів і особливостей поведінки, які відображають з певною часткою ймовірності дану шкалу. Наприклад, шкала Нейротизм (N) повинна включати твердження, що вимірюють ворожість, депресію, самосвідомість, імпульсивність і схильність до стресу в тій же мірі, як тривожність. Оцінки базових факторів повинні відображати найбільш широкий спектр змінних особистості.

По – друге, наявність декількох незалежних підшкал підтверджує внутрішній зміст шкали. Наприклад, кожна з 6-ти підшкал Нейротизм (N) значимо співвідноситься з негативними емоціями і низьким рівнем задоволеності життям, які дають істотне підтвердження того, що Нейротизм (N) дійсно співвідноситься з психічним здоров'ям (Costa Jr, & McCrae, 1992). За аналогією, клініцист, який бачить, що пацієнт є високо тривожним, ворожим і має завищену самооцінку в тій же мірі, як і характеризується підвищеною депресивністю, може бути впевнений, що той переживає психологічний дістрес.

По – третє, вирішальною перевагою багатопідшкального підходу до вимірювання п'яти базових чинників є той факт, що значущі індивідуальні відмінності можуть існувати і всередині базових змінних. Відкритість фантазії, естетика, почуття, цінності та ідеї утворюють базовий фактор Відкритості досвіду (O), і можна очікувати, що індивіди, які мають високий бал за однією з підшкал матимуть аналогічні оцінки і по іншим підшкалам. Але це тільки ймовірне припущення. Деякі люди, наприклад, можуть бути відкриті новим ідеям, але не цінностям, або відкриті по відношенню до нових почуттів, але не бути при цьому естетами. Такі індивідуальні відмінності всередині базових змінних є стабільними в часі, тому вони повинні бути



розглянуті як реальні прояви особистості, а не як випадкові артефакти. Крім того, аналіз підшкал може дати нам більш детальне уявлення про особистість або групі людей. Це може мати місце в тих випадках, коли загальна оцінка за шкалою знаходиться в середньому діапазоні. Наприклад, випробуваний, що має середню вираженість за шкалою Співпраця (А), має дуже низьку оцінку по підшкالی Альтруїзм (А3), але високий бал за підшкалою Поступливість (А4) буде вести зовсім інакше, ніж людина з однаковим балом за шкалою Співпраця (А), але з високим ступенем Альтруїзму (А3) і низьким рівнем Поступливості (А4).

Нарешті, детальна інформація, що отримується при аналізі оцінок по підшкалам, може бути корисною не тільки при вирішенні практичних завдань (постановка діагнозу, консультування тощо.), але і для формулюванні теоретичних положень. Екстраверсія, як відомо, співвідноситься з хорошим самопочуттям (Costa Jr, & McCrae, 1992)., але більш пильний погляд показує, що тільки дві підшкали: Сердечність (Е1) і Позитивні емоції (Е6), можна зіставити з цим конструктом. Підшкала Пошук збудження (Е5) не має зв'язку з хорошим самопочуттям. Такі знахідки можуть мати важливе значення в плані створення концепції самопочуття.

#### *Підшкали Нейротизму (N)*

*Тривожність (N1)* . Тривожні індивіди повні побоювань, схильні до занепокоєння, знервовані, напружені і полохливі. Підшкала не вимірює специфічні страхи або фобії, але високі бали можуть вказувати на ймовірність їх наявності в тій же мірі, як і наявності вільно плаваючої тривожності. Низькі бали означають спокій і розслабленість.

*Ворожість (N2)*. Це тенденція відчувати гнів і пов'язані з ним стау, такі як фрустрація і озлобленість. Ця підшкала вимірює індивідуальну готовність відчувати почуття гніву, в той час як його вираз залежить від індивідуального рівня шкали Співпраця (А). Відзначимо, однак, що конкуруючі індивіди часто мають високі бали по даній підшкالی. Низькі бали означають добродушну веселість, безтурботність.

*Депресія (N3):* Ця підшкала вимірює індивідуальні відмінності у психічно нормальних людей відчувати депресивні настрої. Високі бали позначають схильність відчувати почуття провини, смутку, безнадії та самотності. Цих людей легко відмовити від чого-небудь і для них характерно пригнічений стан. Низькі бали - людина рідко відчуває подібні емоції.

*Рефлексія N(4):* Емоції сорому і замішання складають суть цієї підшкали Нейротизма. Рефлексивні індивіди відчувають себе незатишно серед людей. Вони чутливі до насмішок, схильні відчувати почуття неповноцінності. Рефлексивність співвідноситься з сором'язливістю і соціальною тривожністю (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975). Низькі значення по Рефлексії (N4) не свідчать про наявність врівноваженості або хороших соціальних навичок, швидше за все ці люди відчувають менше хвилювання у важких соціальних ситуаціях.

*Імпульсивність (N5):* Теж саме, як нездатність контролювати бажання і спонукання. Такі спокуси, як тютюн, алкоголь, матеріальні блага і т.п. надають настільки сильний вплив, що люди не здатні протистояти їх впливу, хоча пізніше вони відчувають жаль з приводу своєї поведінки. Людям з низькими балами легше протистояти спокусам, але вони мають більш високу толерантність до фрустрації. Термін «імпульсивність» використовується в багатьох психологічних конструктах і концепціях і співвідноситься з великою кількістю різних, не маючих до нього відношення рис. «Імпульсивність» в методиці NEO-PI-R не тотожна таким поняттям, як спонтанність, ризикованість або швидкість реакції.

*Ранимість (N6):* Остання підшкала Нейротизму (N) – це чутливість до стресу і схильність йому. Люди, які отримали високий бал у цій підшкалі, менш здатні справлятися зі стресом, вони легше стають залежними, беспорядними або швидше панікують при зіткненні з загрозливими ситуаціями. Низький бал означає, що люди здатні тримати себе в руках у важких ситуаціях.

*Підшкали Екстраверсії (E)*

*Сердечність (E1):* Сердечність (E1), як підшкала Екстраверсії (E), в найбільшій мірі відображає міжособистісні відносини. Серцеві люди ніжні і дружелюбні. Вони щиро люблять людей і встановлюють близькі контакти з іншими, для них характерні привітність і теплота. Низькі оцінки по даній підшкалі не означають ворожість або відсутність співчуття, але ці люди більш формальні в своїх соціальних відносинах, стримані, і в більшій мірі відгороджуються від інших людей, ніж індивіди з високим балом за даною підшкалою. Дана підшкала тісно співвідноситься зі шкалою Співпраця (A), також відображає міжособистісну взаємодію, але підшкала сердечність (E1) відрізняється щирістю і гостинністю, що не характерно для шкали Співпраця (A).

*Товариськість (E2):* Друга підшкала Екстраверсії (E) – Товариськість (E2) проявляється в перевагах особистості бути серед інших людей. Товариські люди люблять перебувати в компанії інших, відчуваючи почуття задоволення і поживлення від цього. Люди з низькими балами мають тенденцію бути на самоті, при цьому вони не тільки хочуть цього, але і роблять активні дії, щоб уникнути соціальних контактів.

*Наполегливість (E3):* Люди з високими балами по цій підшкалі домінантні, сповнені рішучості і прагнуть до встановлення впливу над іншими людьми. Вони не сумніваються з приводу своїх рішень, їх судження безапеляційні. Такі люди часто стають лідерами груп. Особи з низькими балами віддають перевагу «триматися в тіні» і надають ініціативу у веденні бесіди іншим.

*Активність (E4):* Люди з високими балами енергійні, відчувають постійну потребу в діяльності. Такі люди ведуть активне життя. Люди з низькими балами повільніші і розслаблені в темпі своєї діяльності, однак це не свідчить про їх млявості або ліні.

*Пошук збудження (E5):* Високі бали за цією підшкалою означають, що людина шукає збуджуючих ситуацій. Ці люди відчувають потребу в яскравих враженнях і хвилюючих переживаннях. Люди з низькими балами відчувають

малу потребу в цьому і вважають за краще вести такий спосіб життя, який особам з високими балами здається нудним.

*Позитивні емоції (Е6):* Ця підшкала оцінює тенденцію відчувати такі емоції, як радість, щастя, любов і хвилювання. Люди з високими балами часто і легко сміються. Вони бадьорі і оптимістичні. Низькі значення цієї підшкали не свідчать про те, що такі люди нещасливі. Просто вони знаходяться в менш піднесеному настрої і не володіють бурхливою, надлишковою енергією. У дослідженнях показано, що щастя і задоволеність життям співвідноситься зі шкалами Нейротизм (N) і Екстраверсія (E), проте Позитивні емоції (Е6), як підшкала Екстраверсії (E), володіє найбільшою прогностичною силою відносно щастя (Costa Jr, & McCrae, 1992).

*Підшкали Відкритості досвіду (O)*

*Фантазія(O1):* Індивіди з високими балами по підшкालі Фантазія (O1) мають яскраву уяву і активне життя фантазій. Їх мрійливість є не способом втечі від реальності, а радше способом створення для самих себе цікавого внутрішнього світу. Вони ретельно розвивають і удосконалюють свої фантазії, вважаючи, що уява вносить свій внесок у збагачення життя і в надання їй творчого характеру. Люди з низькими балами є більш прозаїчними і вважають за краще проявляти наполегливість в своїх думках, поглядах на вирішенні реальних проблем.

*Естетика(O2):* Люди з високими балами глибоко розуміють мистецтво і красу. Вони відчують хвилювання від читання поезії, розбираються в музиці і цікавляться живописом. Вони не володіють артистичними талантами і не обов'язково, що більшість з них мають хороший естетичний смак. Однак для багатьох з них характерна наявність сильного інтересу до мистецтва, що змушує їх розширювати свій кругозір і мати більш широкі пізнання і розуміння в цій області в порівнянні із середнім індивідом. Люди з низькими балами не цікавляться мистецтвом і світом прекрасного.

*Почуття (O3):* Відкритість до почуттів передбачає поглинання своїми власними емоціями і почуттями і високу цінність емоцій як важливої

складової частини життя особистості. Високі бали означають, що людина переживає більш глибокі і диференційовані емоційні стани і переживає як щастя, так і нещастя більш інтенсивно, ніж інші. Низькі бали - характеризують тих, хто має кілька притуплені почуття і не надає емоційним станам великого значення.

*Дії (O4):* Відкритість на поведінковому рівні проявляється в готовності до різноманітних видів активності, до відвідування нових місць або перевазі незвичайної їжі традиційних страв. Люди з високими балами віддають перевагу новизні і різноманітності рутині і буденності. До того ж вони можуть мати набір різних захоплень. Низький бал по цій підшкалі означає, що люди вважають зміни важкими і вважають за краще триматися за перевірений.

*Ідеї (O5):* Інтелектуальна допитливість є аспектом відкритості, про що було відомо досить давно. Вона проявляється не тільки в активному пошуку інтелектуальних інтересів заради власного задоволення, це також і відкритість свідомості і прагнення розглядати, обмірковувати, брати до уваги нові, можливо нетрадиційні ідеї. Високі бали означають любов як до філософських дискусій, так до вирішення головоломок, важких завдань. Низькі бали по підшкалам властиві людям з обмеженою допитливістю і, в разі високого рівня інтелекту, звуження сфери застосування своїх здібностей, їх сфокусованість на обмеженій тематиці проблем.

*Цінності (O6):* Відкритість до цінностей означає готовність переглянути соціальні, політичні та релігійні цінності. Закриті в цьому відношенні індивіди прагнуть визнавати авторитети і шанувати традиції і, як наслідок цього, вони в цілому консервативні, не приєднуються до політичних партій. Відкритість цінностям може розглядатися як опозиція догматизму.

#### *Підшкали Співпраці (A)*

*Довіра (A1):* Першою підшкалою Співпраці (A) є підшкала Довіра (A1). Високі бали по ній означають схильність вірити, що всі люди чесні і діють з кращих спонукань. Низькі бали свідчать про те, що індивід має тенденцію

бути цинічним і скептичним і передбачає, що інші можуть обманювати його і становити небезпеку.

*Чесність (A2):* Чесні люди, це ті люди, які мають високі бали по даній підшкалі. Вони відрізняються щирістю, відвертістю, оригінальністю і дотепністю. Низькі бали за цією підшкалою характеризують прагнення маніпулювати іншими за допомогою лестощів, хитрості, лукавства або обману. Індивід вважає таку тактику необхідним соціальним досвідом і може вважати більш чесних і прямих людей наївними. При інтерпретації цієї підшкали (також як і інших підшкал Співпраці (A) і Сумлінності (C) необхідно пам'ятати, що отримані бали відображають їх положення по відношенню до інших людей. Низькі бали по даній підшкалі більшою мірою свідчать про перебільшення або стримуванні своїх щирих почуттів, але абсолютно не означають, що дана людина є шахраєм або маніпулятором. Дану шкалу не можна розглядати як шкалу брехні, використовуючи її саму по собі при тестуванні людей, або для передбачення їх чесності при професійному відборі і в інших практичних цілях.

*Альтруїзм (A3):* Високі бали по підшкалі Альтруїзм (A) мають люди, які активно цікавляться добробутом інших, що виражається в їх щедрості, шляхетності і великодушності; турботі про інших і прагненні надати допомогу потребуючим в ній. Низькі бали за цією підшкалою мають ті люди, які в деякій мірі самоцентровані і неохоче вникають в проблеми інших.

*Поступливість (A4):* Ця підшкала відображає особливості реагування в міжособистісних конфліктах. Високі бали по даній підшкалі властиві людям, які мають схильність захищатися від інших, пригнічують свою агресію, а також прагнуть забувати і прощати. Поступливі люди є лагідними, м'якими, смиренними і тихими. Низькі бали по підшкалі - це агресивність, перевага скоріше змагання, а не співпраці. Ці люди, в разі необхідності, не відмовляються від вираження гніву.

*Скромність (A5):* Високі бали по даній підшкалі притаманні сором'язливим і боязким людям, які вважають за краще «триматися в тіні».

Але це не означає відсутність у них впевненості в собі і самооцінки. Низькі бали характерні для людей, які вважають себе вище інших. Відповідно вони можуть сприйматися іншими як самовдоволені і гонорові, або як зарозумілі, пихаті і самовпевнені. Патологічна відсутність скромності є частиною клінічної картини нарциссцизма.

*Чуткість (A6):* Ця підшкала вимірює симпатії індивіда по відношенню до людей і турботу про них. Високі бали притаманні особам, які проваджені потребами інших і роблять акцент на людський аспект соціальної політики. Низькі бали мають практичні люди, більш розважливі, менш схильні піддаватися закликам до співчуття.

#### *Підшкали Сумлінності (С)*

*Компетентність (С1):* Компетентність розглядається в тому аспекті, що особистість є здатною, розсудливою, передбачливою і ефективною. Високі бали за цією підшкалою означають, що людина відчуває себе підготовленою для того, щоб вирішувати різні життєві ситуації. Низькі бали свідчать про те, що особистість має більш низьку оцінку своїх здібностей і погоджується, що вона часто не підготовлена і відчуває себе невпевненою і нездатною вирішувати життєві проблеми.

*Організованість (С2):* Високі бали по даній підшкалі - це акуратність, точність, і висока організованість. Такі люди люблять порядок і тримають речі на своїх місцях. Низькі бали притаманні людям, які характеризуються незібраністю і неметодичністю і вважають себе такими.

*Слухняність до обов'язків (С3):* Дана підшкала, на думку авторів, в найбільшій мірі відображає сутність шкали С. Високі бали по даній підшкалі означають, що люди суворо дотримуються своїх етичних принципів, і скрупульозно виконують свої моральні зобов'язання по відношенню до інших людей і суспільству. Низькі бали означають, що дані особи більш недбалі в цих питаннях і можуть бути в деякій мірі не заслуговують довіри або ненадійними.

*Прагнення до досягнення (C4):* Особи, які мають високі бали по цій підшкалі характеризуються високим ступенем прагнення досягти чогось, ретельністю у досягненні своїх цілей. Вони посидючіші, старанні і мають почуття «стрижня» в житті. Низькі бали властиві людям млявим, апатичним і можливо навіть ледачим. У них немає прагнення до досягнення успіху. Відсутність амбіцій у таких людей створює враження про відсутність у них цілі, проте вони цілком задоволені низьким рівнем своїх досягнень

*Самодисципліна (C5):* Даний термін означає здатність почати виконувати будь-яку справу і довести його до кінця, незважаючи на нудьгу або інші відволікаючі моменти. Високі бали свідчать про те, що люди здатні мотивувати себе на виконання роботи. Низькі бали свідчать про те, що ці люди постійно відкладають справи з дня на день, затягують початок виконання завдання і горять бажанням скоріше звільнитися від роботи. Низьку самодисципліну легко сплутати з імпульсивністю, оскільки ці обидві характеристики свідчать про низький самоконтроль, але емпірично вони відрізняються один від одного. Особи з високою імпульсивністю не можуть чинити опір виконанню тих справ, які вони не хочуть робити, а особи з низькою самодисципліною не можуть змусити себе робити те, що вони хочуть робити. Перший випадок вимагає від особистості емоційної стабільності, а наступний - рівня мотивації, яким людина не володіє.

*Обдумування вчинків (C6):* Ця шкала являє собою тенденцію ретельно продумувати свої дії перед їх виконанням. Високі бали за цією підшкалою мають люди завбачливі, обережні і неквапливі. Низькі бали мають люди необачні, поспішні, які часто говорять або діють, не беручи до уваги наслідки. Вони є спонтанними і здатні приймати миттєві рішення при необхідності.

### 2.2.3 Тест «Події життя».

Дослідження проводилося відповідно до чинних етичних стандартів і Гельсінкської декларації. Всіх респондентів попросили заповнити опитувальник Негативні події життя (англ. Negative Life Events - NLE), який



був розроблений для цілей генетичного дослідження GISS, проведеного в Україні (Wasserman, Sokolowski, Rozanov, & Wasserman, 2008). Анкета складалася з 69 питань, які були відібрані з Композитного міжнародного діагностичного інтерв'ю (англ. Composite International Diagnostic Interview - CIDI), основна версія 2.1, розділ К (посттравматичний стресовий розлад), і з Європейського переліку інтерв'ю на предмет парасуїцидів (англ. European Parasuicide Study Interview Schedule), використаного в багатоцентровому дослідженні парасуїцидів BOOZ (Bille-Brahe et al., 1997). Питання стосувалися тих же негативних подій життя, які використовувалися в інших дослідженнях [Kendler, Kuhn, Vittum, Carol, & Riley, 2005], а саме: «напад», «розлучення», «серйозні фінансові проблеми», «серйозне захворювання або травма», «юридичні проблеми», «втрата близької особи», «серйозні проблеми в шлюбі», «пограбування», «серйозні труднощі на роботі», «серйозні проблеми з житлом» і «втрата роботи» тощо. Також були включені події, пов'язані з особистим колом ближніх осіб і раннім періодом життя, а саме смерть батька, втрата важливої особи, алкогольна та наркотична залежність батьків, проблеми в стосунках з батьками, розлука з батьками, виховання іншими особами, крім батьків, проблеми з житлом тощо. Кожне питання було розроблено таким чином, щоб з'ясувати, що відбулося, і в який період життя респондента це сталося (0-6 років, 7-14, 15-18 та 19 років і старше). Оцінка в опитувальних листах NLE включала в себе підрахунок загального бала NLE (сума подій життя - SUMLE), який був розрахований з використанням спеціального програмного забезпечення, що використовує коефіцієнт відносної негативної цінності кожної події. Це було оцінено раніше на основі аналізу відповідей суїцидентів щодо значущості кожної події для спроби самогубства (Wasserman, Sokolowski, Rozanov, & Wasserman, 2008).

#### *2.2.4 Методика «Будинок - Дерево - Людина»*

Методика «Будинок - Дерево - Людина» Дж. Бука. Для цілей виявлення неусвідомлюваних процесів використана методика «Будинок-Дерево-

Людина» Дж. Бука – давно відома і детально описана проєктивна методика дослідження особистості. Обстежуваному пропонують на одному аркуші паперу намалювати будинок, дерево і людину. На думку Дж. Бука, кожен малюнок - це своєрідний автопортрет, деталі якого мають особистісне значення. За малюнком можна судити про афективної сфері особистості, її потреби, рівень розвитку і т. д. (Buck, 1948; Романова, 2001; Семенова, & Семенова, 2007).

Для цілей аналізу малюнків випробовуваних взята система кількісної оцінки методики БДЛ, розроблена Р.Ф. Беляускайте на основі керівництва Дж. Бука. Нею всі виявлені в даному тесті ознаки були об'єднані у вісім симптомокомплексів, дозволяючих проводити порівняльний аналіз даних в різних групах випробовуваних. Ці симптомокомплекси, а саме: 1) Ворожість; 2) Конфліктність; 3) Тривожність; 4) Депресивність; 5) Незахищеність; 6) Недовіра до себе; 7) Труднощі спілкування; 8) Почуття неповноцінності були доповнені двома симптомокомплексами, виявленими і охарактеризованими І.А Фурмановим, а саме: 9) Агресивність і 10) Негативізм (Фурманов, 1996).

Симптомокомплекси оцінювалися кількісно в балах відповідно до методики за наступними критеріями: відсутність ознаки завжди оцінювалося в 0 балів; ряд ознак оцінювався в залежності від ступеня вираженості (присутність ознаки на одному з малюнків – 1 бал, на двох – 2 бали і на всіх трьох малюнках – 3 бали); велика частина ознак оцінювалася на основі їх значущості при інтерпретації 1 або 2 балами. Виразність кожного з симптомокомплексів визначалася за сумою балів його ознак. Відповідно до програми дослідження проводилася угруповання параметрів за кількісними та якісними ознаками.

*1) Ознаки Ворожості:* відсутність вікон; двері - замкова щілина; дуже велике дерево; дерево з краю листа; зворотний профіль дерева, людини; гілки двох вимірів, як пальці; очі - чорні діри; довгі гострі пальці; оскал, видно зуби; агресивна позиція людини; задня стіна будинку зображена з іншого боку, незвично; двері з величезним замком; вікна без шибок; відсутність

вікон на першому поверсі будинку; волосся не заштриховані, незакрашені, обрамляють голову; руки схрещені на грудях; пальці великі, схожі на цвяхи шипи; карикатурне зображення; зубчасті нерівні лінії; фігура Баби-Яги (до жінок); крона – клубок; інші можливі ознаки (максимально можливе значення – 15 балів);

2) *Ознаки Конфліктності*: обмеження простору; перспектива знизу (погляд хробака); перемальовування об'єкта; відмова малювати який-небудь об'єкт; дерево як два дерева; явна невідповідність якості одного з малюнків; суперечливість малюнка і висловлювання; підкреслена талія; відсутність труби на даху; інші можливі ознаки (максимально можливе значення – 23 балів);

3) *Ознаки Агресивності*: різні споруди; ніздрі занадто підкреслені; зуби чітко намальовані; руки сильні; рука як боксерська рукавичка; пальці відділені; великі пальці; пальців більше п'яти; пальці довгі; зброю; мало гнутих ліній, багато гострих кутів; лінії з натиском; штрихування від себе; закрита густе листя; штрихування стовбура; інші можливі ознаки (максимально можливе значення – 29 балів);

4) *Ознаки Негативізму*: різні споруди; бічна стіна; зображена в одновимірної перспективі; вуха маленькі; вуха занадто підкреслені; пальці стиснуті в кулак; кулаки притиснуті до тіла; кулаки далеко від тіла; ноги непропорційно довгі; ноги широко розставлені (максимально можливе значення – 16 балів);

5) *Ознаки Тривожності*: хмари; виділення окремих деталей; обмеження простору; штрихування; лінія з сильним натиском; багато стирання; мертве дерево, хвора людина; підкреслена лінія підстави; товста лінія фундаменту будинку; інтенсивно затушовані волосся; інші ознаки (максимально можливе значення – 33 балів);

б) *Ознаки Депресивності*: приміщення малюнка в самий низ аркуша; вид дерева, будинки зверху; лінія підстави, що йде вниз; лінія, що слабшає в

процесі малювання; сильна втома після малювання; дуже маленькі малюнки; інші можливі ознаки (максимально можливе значення – 10 балів);

7) *Ознаки Незахищеності*: малюнок в самому центрі листа; малюнок у верхньому куті аркуша; будинок, дерево з самого краю; малюнок в низу аркуша; багато другорядних деталей; дерево на горі; дуже підкреслені коріння; непропорційно довгі руки; широко розставлені ноги; інші ознаки (максимально можливе значення – 32 балів);

8) *Ознаки Недовіри до себе*: дуже слабка лінія малюнка; хата скраю аркуша; слабка лінія стовбура; одномірний дерево; дуже маленька двері; самовиправдання; застереження під час малювання; прикривання малюнка рукою; інші ознаки (максимально можливе значення – 8 балів);

9) *Ознаки Почуття неповноцінності*: малюнок дуже маленький; відсутність руки, ноги; руки за спиною; непропорційно короткі руки; непропорційно вузькі плечі; непропорційно велика система гілок; непропорційно великі двовимірні листя; дерево, померле від гниття; інші ознаки (максимально можливе значення – 16 балів);

10) *Ознаки Труднощів спілкування*: відсутність двері; дуже маленька двері; відсутність вікон; вікна - отвори без рами; зайве закриті вікна; виділена особа; особа, намальоване останнім; відсутність основних деталей особи; будинок, людина - профіль; двері без ручки; руки в оборонній позиції; висловлювання про намальованому людину як про самотнього, без друзів; інші ознаки (максимально можливе значення – 18 балів).

Таким чином, нами описано соціально-демографічну структуру вибірки і запропоновано психодіагностичний інструментарій. Вибірка складалася з трьох груп порівняння: група осіб з наркотичною залежністю, група осіб з алкогольною залежністю та група умовно здорових людей. В ході дослідження були використано наступні психодіагностичні інструменти: для оцінки особистісних рис – особистісний Опитувальник NEO-PI-R авторства П. Кости та Р. Мак-Крея, для оцінки ступеня вираженості стресу в дитинстві і протягом подальшого життя – тест «Події життя» авторства Д. Вассерман, а

також проєктивна методика, що дозволяє оцінити інтрапсихічні значущі процеси неусвідомлюваного рівня психіки – методика «Будинок – Дерево – Людина» авторства Дж. Бука в адаптації Р.Ф. Беляускайте.

Згідно з В.А. Розановим у практичному плані важливим висновком є те, що кожне з відносно незалежних вимірювань психічного здоров'я (його позитивний компонент - wellness або well-being і негативний - illness), можуть бути виміряні за допомогою самостійних інструментів. Це дозволяє вирішувати завдання як на індивідуальному, так і на популяційному рівні. Під час обговорення психічного здоров'я великих груп і контингентів людей першорядне значення надається оцінці поширеності тих чи інших психічних захворювань, розладів або проблем. Це розглядається як психічне здоров'я населення в його традиційному розумінні. При розгляді окремої особистості розглядається більш широке коло питань: від безпосередньо вимірюваного благополуччя або віри в майбутнє, до більш складних проявів, таких як самоактуалізація і сенс існування (Розанов, ред. 2017, с.13-30).

## **Висновки до Розділу 2.**

1. Сформовано вибірки: дослідницьку вибірку(ДГ) склали 117 осіб, з них – 101 особа з наркотичною залежністю та 16 алкозалежних, контрольну групу (КГ) склали 117 здорових осіб без ознак психічної та вираженою соматичної патології. Вибірки було створено на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології. Наведено соціально-демографічні та медико-психологічні характеристики вибірок, які відбивають генеральну сукупність. Дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру (РЦ) "Сходи"

2. Створено дизайн дослідження. Розглянувши методологічні основи організації емпіричного дослідження формування хімічної залежності (концептуальні аспекти моделі діатезу-стресу, концепцій «кумулятивного стресу» та невідповідності, теорії алостазу та моделі психосоціального стресу), була створена модель-схема емпіричного дослідження, яка містила

наступні компоненти, а саме: негативні життєві події (0 – 6 років, 7 – 14 років, 1 – 18 років, 19 років та більше), особистісні риси, а також неусвідомлювані тенденції психіки. В моделі було репрезентовано вплив цих чинників на наявність хімічної залежності, взаємодію цих чинників одне з одним та модеруючий ефект особистісних рис та неусвідомлених тенденцій на вплив негативних життєвих подій на наявність хімічної залежності. В ході дослідження були використано наступні психодіагностичні інструменти: для оцінки особистісних рис – особистісний Опитувальник NEO-PI-R авторства П. Кости та Р. Мак-Крея, для оцінки ступеня вираженості стресу в дитинстві і протягом подальшого життя – тест «Події життя» авторства Д. Вассерман, а також проєктивна методика, що дозволяє оцінити інтрапсихічні значущі процеси неусвідомлюваного рівня психіки – методика «Будинок - Дерево - Людина» авторства Дж. Бука в адаптації Р.Ф. Беляускайте.

3. В ході дослідження були використано наступні психодіагностичні інструменти: для оцінки особистісних рис – особистісний Опитувальник NEO-PI-R авторства П. Кости та Р. Мак-Крея, для оцінки ступеня вираженості стресу в дитинстві і протягом подальшого життя – тест «Події життя» авторства Д. Вассерман, а також проєктивна методика, що дозволяє оцінити інтрапсихічні значущі процеси неусвідомлюваного рівня психіки – методика «Будинок - Дерево - Людина» авторства Дж. Бука в адаптації Р.Ф. Беляускайте. Матеріал даного підрозділу викладено у наступних публікаціях: [9, 10, 185].

### **РОЗДІЛ 3. МОДЕРУЮЧА РОЛЬ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ: ВЗАЄМОДІЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І СТРЕСОВОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ.**

#### **3.1. Аналіз впливу особистісних особливостей на формування хімічної залежності – психометрична і проективна оцінка.**

Для аналізу відмінностей між групами порівняння з особистісного опитувальником NEO-PI-R використовувалася параметрична статистична процедура однофакторного дисперсійного аналізу по F – критерію. Порівнювалися три групи одночасно: група осіб з наркотичною залежністю - 101 осіб (43,2%), група осіб з алкогольною залежністю - 16 осіб (6,8%), група умовно здорових людей – 117 чоловік (50%). Були досліджені відмінності між групами (значення критерію F, статистична значимість p), пораховано середнє значення (M) і стандартне відхилення (SD) з базових шкалами.

У світлі проблеми нерівномірності вибірок за обсягом, деякі автори виступають за альтернативні способи перевірки значущості ефекту при дисперсійному аналізі, наприклад за допомогою використання непараметричних критеріїв (Patrick, 2007) чи статистичного бутстрепа (Li-Wen Xu, Fang-Qin Yang, Aji'erguli Abula, & Shuang Qin, 2013). У якості першого варіанту використовувався Н-критерій Краскала-Волліса (*Kruskal, & Wallis, 1952*). Даний вид однофакторного дисперсійного аналізу за рангами є непараметричним методом перевірки рівності медіан розподілів серед груп. За своєю суттю він ідентичний однофакторному дисперсійному аналізу даних, замінені їхніми рангами. Він є розширенням U-Критерію Манна-Вітні для порівняння трьох і більш груп. Оскільки він є непараметричним методом, Н-Критерій Краскала-Волліса не припускає нормальність розподілу. Він є конкурентною альтернативою параметричного дисперсійного аналізу при обчисленні величини статистичної значущості, проте не при обчисленні величини ефекту (Feir & Toothaker, 1974).

Статистичний бутстреп (англ. *bootstrap, bootstrapping*) — практичний комп'ютерний метод визначення статистик імовірнісних розподілів, заснований на багаторазовій генерації вибірок методом Монте-Карло на базі наявної вибірки. Дозволяє просто і швидко оцінювати найрізноманітніші статистики (довірчі інтервали, дисперсію, кореляцію і так далі) для складних моделей. Запропоновано в 1977 році Б. Ефроном (перша публікація належить до 1979 р.) (Efron, 1979). Суть методу полягає в тому, щоб з наявної вибірки сформувати досить велику кількість (5-10 тисяч) псевдовибірок, розмір кожної з яких збігається з вихідною, що складаються з випадкових комбінацій вихідного набору елементів (в результаті в одній псевдовибірці деякі вихідні елементи можуть зустрітися кілька разів, тоді як інші — відсутні), і для кожної отриманої псевдовибірки визначити значення аналізованих статистичних характеристик з метою вивчити їх параметри. Бутстрепінг не вимагає апріорного припущення про форму розподілу вибірки, так як це розподіл емпірично оцінюється з використанням процедури ресемплінгу (Efron, & Tibshirani, 1993)

У нашому дослідженні ми спиралися на наявні уявлення про те, що в силу подібності нейрохімічних, нейрофізіологічних, клінічних і частково психологічних характеристик різні хімічні залежності часто розглядаються як єдина група патологій, що об'єднується поняттям *substance abuse* - зловживання алкоголем або наркотиками (Fleury, Grenier, Vamvita, Perreault, & Caron, 2014).

Оскільки групи були неравномірні за обсягом, результати параметричної статистичної процедури однофакторного дисперсійного аналізу коректувались і перевірялись за допомогою непараметричного аналізу за критерієм Краскала-Волліса та бутстреп-аналізу. При аналізі за критерієм Краскала-Волліса розраховувались значення  $\chi^2$  та статистично значущість критерію (p).

При Бутстреп-аналізі кількість згенерованих вибірок дорівнювало 1000, початкове значення для генератора Твістер Мерсенна дорівнювало



10000. Довірчі інтервали розраховувались с корекцією зміщення та прискоренням, а вибірка включалася до аналізу як відшарована, де змінною шарів виступало групування на осіб, що вживають алкоголь, наркотики та умовно здорових.

Результати однофакторного дисперсійного аналізу наведені в Табл. 3.1.

*Таблиця. 3.1.*

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу, що характеризують відмінності між групами осіб з наркотичною залежністю, з алкогольною залежністю і групою умовно здорових осіб по основних факторів особистості опитувальника NEO.**

Базові шкали	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз за KW-критерієм		Бутстреп-аналіз	
	F-критерій	p	$\omega^2$	$\chi^2$	p	F-критерій	p
N	51,561	<0,001	0,309	76,800	<0,001	51,561	<0,001
E	4,035	0,019	0,034	7,651	0,022	4,035	0,019
O	0,387	0,679	0,003	0,552	0,759	0,387	0,679
A	10,983	<0,001	0,087	1,036	<0,001	10,983	<0,001
C	40,057	<0,001	0,258	59,835	<0,001	40,057	<0,001

За базовими шкалами Нейротизм (N), Екстраверсія (E), Співпраця (A), Сумлінність (C) виявлені статистично значущі (p) відмінності між груповими середніми. Таким чином, можна з 95% ймовірністю отримані результати перенести на всю генеральну сукупність. За базовою шкалою Відкритість досвіду (O) – статистично значущих відмінностей між груповими середніми не виявлено. Відповідно, відмінності, які виявлені у вибірці за базовою шкалою Відкритість досвіду (O), не можна вважати популяційно-зумовленими. І таким чином, якщо не виявлено відмінностей за шкалою Відкритість досвіду (O) між групами осіб з наркотичною залежністю, з

алкогольною залежністю та групою умовно здорових осіб, то Відкритість досвіду (O) – не можна вважати маркером залежності. Тобто елементи відкритості досвіду, такі як: активна уява, естетична чутливість, перевагу різноманітності, гнучкість розуму, незалежність в судженнях і оцінках в однаковій мірі властиві всім трьом групам респондентів.

Оцінюючи силу ефекту  $\omega^2$  в нашій моделі можна сказати, що відмінності по базовим шкалами Екстраверсія (E) і Співпраця (A) були досить слабкими, що ними можна було знехтувати. Відмінності по базовим шкалами Нейротизм (N) і Сумлінність (C) були середньої сили і можуть розглядатися як діагностичні критерії залежності, що буде проаналізовано далі по тексту.

У таблиці 3.2 представлені описові статистики для трьох груп порівняння. Як видно з даної таблиці, середнє значення за шкалою Нейротизм (N) у групі осіб з наркотичною залежністю і групі осіб з алкогольною залежністю було більше ніж 60,0 T-балів, що значно перевищує норму. При цьому, група осіб з алкогольною залежністю була досить неоднорідною за цим параметром, що говорить про те, що серед осіб з алкогольною залежністю можна частіше зустріти осіб з вкрай високими значеннями нейротизму. Разом з тим, враховуючи, що група осіб з алкогольною залежністю була невеликою за чисельністю, даний висновок можна вважати попередніми. У свою чергу, у умовно здорових осіб середнє значення за фактором Нейротизм (N) знаходиться в рамках норми. Групи осіб з наркотичною залежністю і умовно здорових по даному параметру були досить гомогенними, про що свідчить значення стандартного відхилення.

Таблиця 3.2.

**Описові статистики для базових особистісних факторів у трьох групах порівняння**

Базові шкали	Група					
	з наркотичною залежністю		з алкогольною залежністю		Умовно здорові	
	М	SD	М	SD	М	SD
N	63,614	9,413	60,125	13,725	49,496	10,617
E	55,594	10,543	52,875	10,929	51,462	10,866
O	54,614	9,500	52,500	10,424	54,162	8,408
A	41,337	9,578	46,750	11,204	47,692	10,421
C	38,782	10,531	44,250	14,978	51,376	9,471

Таким чином, встановлено, що нейротизм виступає діагностичним критерієм залежності і найбільш високим його середньогрупове значення зафіксовано в групі осіб з наркотичною залежністю. Дані результати можна інтерпретувати у такий спосіб: нейротизм характеризує чутливість нервової системи людини до негативних факторів середовища, будучи предиспозицією до розвитку тривожних реакцій, що і, очевидно, обумовлює схильність до вживання психоактивних речовин (ПАР).

З даної таблиці також можна зробити висновок, що середнє значення за шкалою Сумлінності (С) у групі з наркотичною залежністю було менше ніж 40,0 Т - балів, що значно нижче норми. При цьому, в групі осіб з алкогольною залежністю середньогрупове значення також було нижче норми. Найбільш неоднорідною за цим параметром була група осіб з алкогольною залежністю, що говорить про те, що серед осіб з алкогольною залежністю можна частіше зустріти осіб з вкрай високими значеннями Сумлінності (С). Разом з тим, враховуючи, що група з алкогольною залежністю була невеликою за чисельністю, даний висновок можна вважати попередніми. У свою чергу, у умовно здорових осіб середнє значення за

фактором Сумлінності (С) знаходиться в рамках норми. Групи умовно здорових і група осіб з наркотичною залежністю по даному параметру були досить гомогенними, про що свідчить значення стандартного відхилення.

Таким чином, встановлено, що Сумлінність (С) виступає діагностичним критерієм залежності і в групі осіб з наркотичною залежністю його середньогрупове значення є мінімальним. Дані результати можна інтерпретувати в такий спосіб: Сумлінність (С) характеризує проходження існуючим нормам і правилам, вона виступає фактором, що сприяє поведінці, що відхиляється, що і, також обумовлює схильність до вживання психоактивних речовин.

Отримані нами результати в ряді випадків знаходять свої кореляти в літературі, де представлені дані емпіричні дослідження особистісних детермінант вживання психотропних речовин. Так було показано, що особи, що вживають кокаїн, характеризуються високими показниками за ознаками, пов'язаним з нейротизмом (Sáiz, P. A., González, M. P., Paredes, B., Martínez, S., & Delgado, J. M., 2001; Kilbey, M. M., Breslau, N., & Andreski, P., 1992), таким як депресія й імпульсивність (Ball, S. A., & Schottenfeld, R. S., 1997; Rosenthal, T. L., Edwards, N. B., Ackerman, B. J., Knott, D. H., & Rosenthal, R. H., 1990) дослідження осіб, що вживають героїн, переконливо показують їхній високий рівень нейротизму (Brooner, R. K., Schmidt, C. W., Jr., & Herbst, J. H., 2002; Trémeau, F., Darreys, A., Leroy, B., Renckly, V., Ertle, S., Weibel, H., ... & Macher, J. P., 2003; Kornor, H., & Nordvik, H., 2007). Багато досліджень показують зв'язок між вживанням героїну з високою екстраверсією й високим психотизмом, але цей зв'язок, очевидно, є менш стійким (Rueda, & Rothbart, 2009; Kornor, & Nordvik, 2007). У більшості досліджень використовуються всі п'ять основних факторів. Однак особливий інтерес представляють різні субфактори однієї і тієї ж діспозиціональної риси.

На рисунку 3.1 схематично наведено середньогрупові профілі за п'ятифакторною моделлю в групах осіб з наркотичною, алкогольною залежністю та умовно здорових осіб.

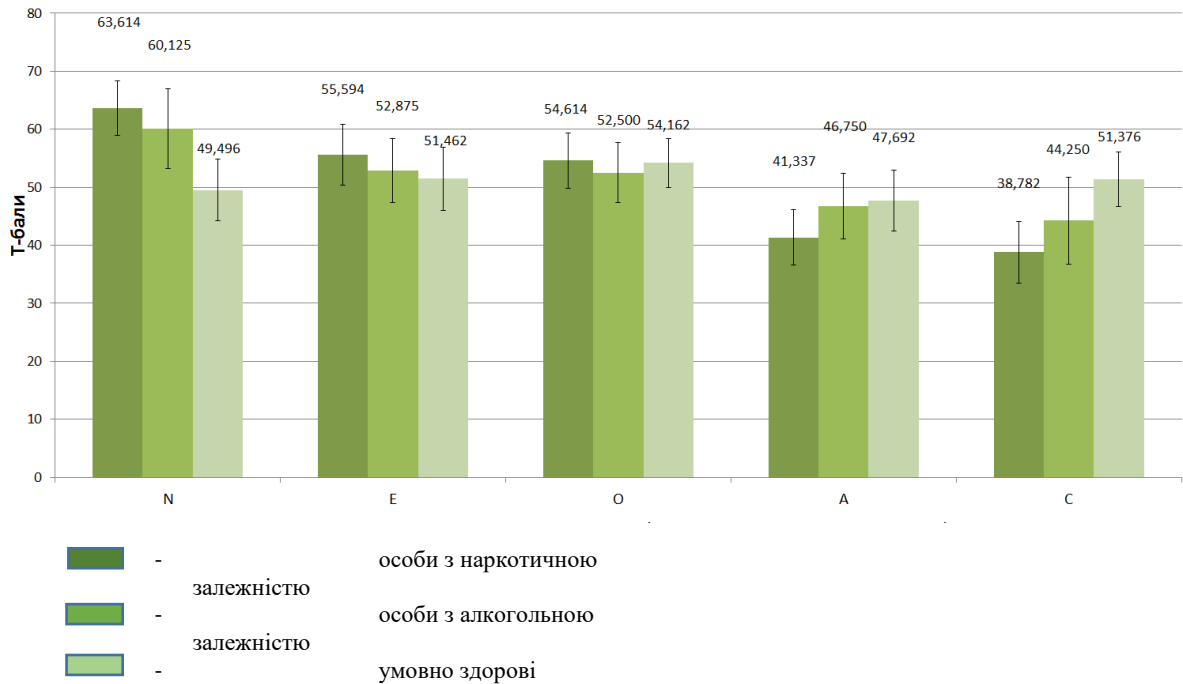


Рис. 3.1. Середньогрупові профілі за п'ятифакторної моделлю в трьох групах порівняння.

Підвищені оцінки за шкалою Відкритість досвіду (O) теж не є однозначними. Індивіди з високими балами по цій шкалі нетрадиційні, ставлять під сумнів авторитети і готові підтримати нові етичні, соціальні і політичні ідеї. Ці тенденції, однак, не означають, що дані люди безпринципні. Відкриті досвіду особистості можуть свідомо керуватися своєю системою цінностей, точно також як консерватори. Також необхідно відзначити кілька підвищену Екстраверсію (E) випробовуваних, що може пояснюватися тим, що більш відкриті і товариські випробовувані з більшою готовністю відповідали на питання дослідника, і серед них було менше відмов від тестування. При цьому підвищена Екстраверсія (E) поєднувалася зі зниженою Співпрацею (A), яка була нижчою у осіб з наркотичною залежністю.

Отримані нами результати в ряді випадків знаходять свої кореляти в літературі, де представлені дані емпіричні дослідження особистісних детермінант вживання психотропних речовин. Так було показано, що особи,

що вживають кокаїн, характеризуються високими показниками за ознаками, пов'язаним з нейротизмом (Sáiz, González, Paredes, Martínez, & Delgado, 2001; Kilbey, Breslau, & Andreski, 1992), таким як депресія й імпульсивність (Ball, & Schottenfeld, 1997; Rosenthal, Edwards, Ackerman, Knott, & Rosenthal, 1990) дослідження осіб, що вживають героїн, переконливо показують їхній високий рівень Нейротизму (N) (Brooner, Schmidt, & Herbst, 2002; Trémeau et al., 2003, Kornor, & Nordvik, 2007). Багато досліджень показують зв'язок між вживанням героїну з високою екстраверсією й високим психотизмом, але цей зв'язок, очевидно, є менш стійким (Trémeau et al., 2003; Kornor, & Nordvik, 2007).

Індійські дослідники (Dubey, Arora, Gupta, & Kumar, 2010) встановили, що особи, що зловживають наркотичними речовинами, відрізняються високими значеннями за факторами Нейротизму (N) і Екстраверсії (E), тоді як респонденти, що не вживають речовини, характеризуються значно вищими за оцінками за факторами Відкритості досвіду (O) та Сумлінності (C) Big-Five. Істотної різниці не було виявлено стосовно Співпраці (A) особистості.

П'ятифакторна модель продемонстрували значні зв'язки зі змінними, пов'язаними зі вживанням алкоголю. Дослідження показують, що особи з проблемами, пов'язаними з алкоголем, характеризуються високим Нейротизмом (N), негативним впливом і імпульсивністю (N5), низькою Доброзичливістю (A) і низькою Сумлінністю (C) (Martin, & Sher, 1994; McCormick, Dowd, Quirk, & Zegarra, 1998; Theakston, Stewart, Dawson, Knowlden-Loewen, & Lehman, 2004; Walton, & Roberts, 2004). Шассен зі співавт. (Chassin, Flora, & King, 2004) і А. Лукас зі співавторами (Loukas, Krull, Chassin, & Carle, 2000) повідомили, що високий Нейротизм (N) і низькі Співпраця (A) і Сумлінність (C) не тільки прогностичні стосовно вживання алкоголю серед підлітків, але й опосередковують зв'язок між алкоголізацією батьків і самостійним вживанням алкоголю у цьому віці. М. Боттлендер і М. Сойка (Bottlender, & Soyka, 2005) повідомили, що Нейротизм (N) і

Сумлінність (С) пов'язані з результатами лікування осіб, хворих на алкоголізм. Стосовно інших чинників особистості п'ятифакторної моделі, Екстраверсія (Е) (Sher, Trull, Bartholow, & Vieth, 1999) і Відкритість досвіду (О) (Ruiz, Pincus, & Dickinson, 2003) виявили суперечливі висновки щодо зловживання алкоголем.

При дослідженні російськомовної популяції в Республіці Білорусь, було показано, що особистісні особливості у вигляді екстраверсії, інтроверсії й нейротизму не є специфічними предикторами формування алкогольної адиктивної поведінки у дівчат підліткового віку. Особистісні особливості у вигляді екстраверсії/інтроверсії й нейротизму не пов'язані з початком першого вживання алкоголю, так і з віком початку його систематичного вживання (Мужиченко, Копытов, & Кирпиченко, 2015). Разом з тим, розглядаючи трудовоголізм як адикцію, можна помітити, що сумлінність позитивно корелює з усіма компонентами трудовоголізму, що вказує на те, що дисциплінованість, надійність і організованість є центральними аспектами трудовоголізму (Andreassen, Hetland, & Pallesen, 2010; Burke, Matthiesen, & Pallesen, 2006).

Слід зазначити, що на українській популяції такі дослідження ще є малочисельними. Так Ж.В. Ємяшевою, В.А. Розановим А.А. Мідько (2012) було проаналізовано деякі психологічні особливості осіб, що зробили суїцидальну спробу на тлі алкогольної залежності. Так, авторами було показано, що в чоловіків середнього віку вірогідно знижена виразність фактору Відкритості досвіду (О). Це свідчить про ригідність у поведінці, консервативності поглядів, знижену емоційність, що можна розглядати як захисну реакцію, характерну для осіб з вузькою сферою інтересів. Можна припускати, що інтереси таких суб'єктів концентруються (первинно або вдруге під впливом алкоголізації) навколо алкоголю й пов'язаної з ним активності.

Проте, наші дані відповідають результатам широкоосяжного дослідження (N = 1102; середній вік = 57) у Балтіморі, штат Меріленд, США.

Так, профіль осіб, що вживають кокаїн / героїн, характеризується високим нейротизмом ( $\omega^2 = 0,016$ ), і дуже низькою сумлінністю ( $\omega^2 = 0,027$ ). У цьому ж дослідженні показано, що користувачі марихуани мають високий бал з відкритості досвіду, середній з нейротизму, але низький з доброзичливості й сумлінності (Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvencu, & Costa, 2008).

Невідповідності в результатах дослідження особистісних предикторів вживання наркотиків і алкоголю обумовлені низькою чинників, таких як відмінності у використовуваних особистісних показниках, різні розміри вибірки і соціокультурні відмінності. Як показано вище, в більшості досліджень використовуються всі п'ять основних факторів. Однак особливий інтерес представляють різні субфактори однієї тієї ж диспозиційної риси.

Таблиця 3.3 репрезентує результати однофакторного дисперсійного аналізу між групами порівняння за субфакторами Нейротизму (N).

*Таблиця 3.3.*

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу, що характеризують відмінності між групами осіб з наркотичною залежністю, з алкогольною залежністю і умовно здорових осіб за субфакторами нейротизму.**

Суб-шкали	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз за KW-критерієм		Бутстреп-аналіз	
	F-критерій	p	$\omega^2$	$\chi^2$	p	F-критерій	p
N1	21,780	<0,001	0,159	38,254	<0,001	21,780	<0,001
N2	43,119	<0,001	0,272	69,018	<0,001	43,119	<0,001
N3	32,220	<0,001	0,218	53,915	<0,001	32,220	<0,001
N4	10,211	<0,001	0,081	20,511	<0,001	10,211	<0,001
N5	54,214	<0,001	0,319	78,022	<0,001	54,214	<0,001
N6	34,143	<0,001	0,228	55,297	<0,001	34,143	<0,001



За усіма субфакторами Нейротизму (N) виявлені статистично значущі ( $p < 0,05$ ) відмінності між груповими середніми. Відповідно, відмінності, які виявлені у вибірці за базовою шкалою Нейротизму (N), можна вважати такими, що присутні в усіх аспектах нейротичного особистісного патерну, які можна вважати потенційними маркерами залежності. Тобто всі елементи Нейротизму (N), такі як: Тривожність (N1), Ворожість (N2), Депресія (N3), Рефлексія (Сором'язливість) (N4), Імпульсивність (N5), Ранимість чи Вразливість (N6) мають звертати на себе увагу у подальшому аналізі. Оцінюючи силу ефекту  $\omega^2$  в нашій моделі можна сказати, що відмінності за субфактором Рефлексія (N4) були середньої сили. Відмінності за субфакторами Тривожність (N1), Ворожість (N2), Депресія (N3), Імпульсивність (N5), Ранимість (N6) були сильними і можуть розглядатися як діагностичні критерії залежності, що буде проаналізовано далі по тексту.

В таблиці 3.4 наведені описові статистики для субшкал Нейротизму (N) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.4.

**Описові статистики для субфакторів Нейротизму в трьох групах порівняння**

Суб-шкали	Група					
	з наркотичною залежністю		з алкогольною залежністю		Умовно здорові	
	М	SD	М	SD	М	SD
N1	59,752	9,834	57,563	11,843	51,060	9,483
N2	58,851	8,685	59,313	10,448	47,744	9,461
N3	61,703	10,231	56,688	15,452	49,530	11,322
N4	56,515	10,377	56,125	8,899	50,316	10,610
N5	63,257	7,962	55,875	12,569	50,231	9,690
N6	59,386	10,751	58,563	10,689	48,504	9,150

Як видно з даної таблиці, середні значення за субшкалами Нейротизму (N): Депресія (N3), Імпульсивність (N5) в групі осіб з наркотичною залежністю були більше ніж 60,0 Т-балів, що значно перевищує норму. При цьому, група осіб з наркотичною залежністю була досить неоднорідною за параметрами Депресії (N3), Рефлексії (N4), Ранимості (N6). Максимальну однорідність виявив субфактор Імпульсивність (N5) – тобто висока імпульсивність є стабільною рисою у популяції осіб з наркотичною залежністю. В групі осіб з алкогольною залежністю середні значення за фасетками Нейротизму (N) не перевищували 60 Т-балів – найбільш гетерогенним виявився субфактор Депресії (N3). Це може свідчити про те, що серед досліджених осіб з алкогольною залежністю є особи як зі схильністю до депресивних, так і маніакальних станів. Серед умовно здорових осіб середні значення за субшкалами Нейротизму не перевищувало 52 Т-балів, що є нормативним значенням. Показником, що варіював у найбільшому ступені є також Депресія (N3), але значення стандартного відхилення було значно меншим в цій групі, ніж у групі з алкогольною залежністю.

Таким чином, встановлено, що Нейротизм (N) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності не тільки як базова риса особистості, але й в його різноманітних проявах, найбільш важливим маркером є імпульсивність. Дослідження показують, що особи з високим рівнем виразності даної якості, відрізняються більшою схильністю до ризику (Kowert, & Hermann, 1997).

Таким чином, осіб з хімічною залежністю можна охарактеризувати як більш спонтанних і здатних ухвалювати миттєві рішення при необхідності.

Схематично середньогрупові профілі за субфакторами Нейротизму (N) в трьох групах порівняння представлені на рисунку 3.2.

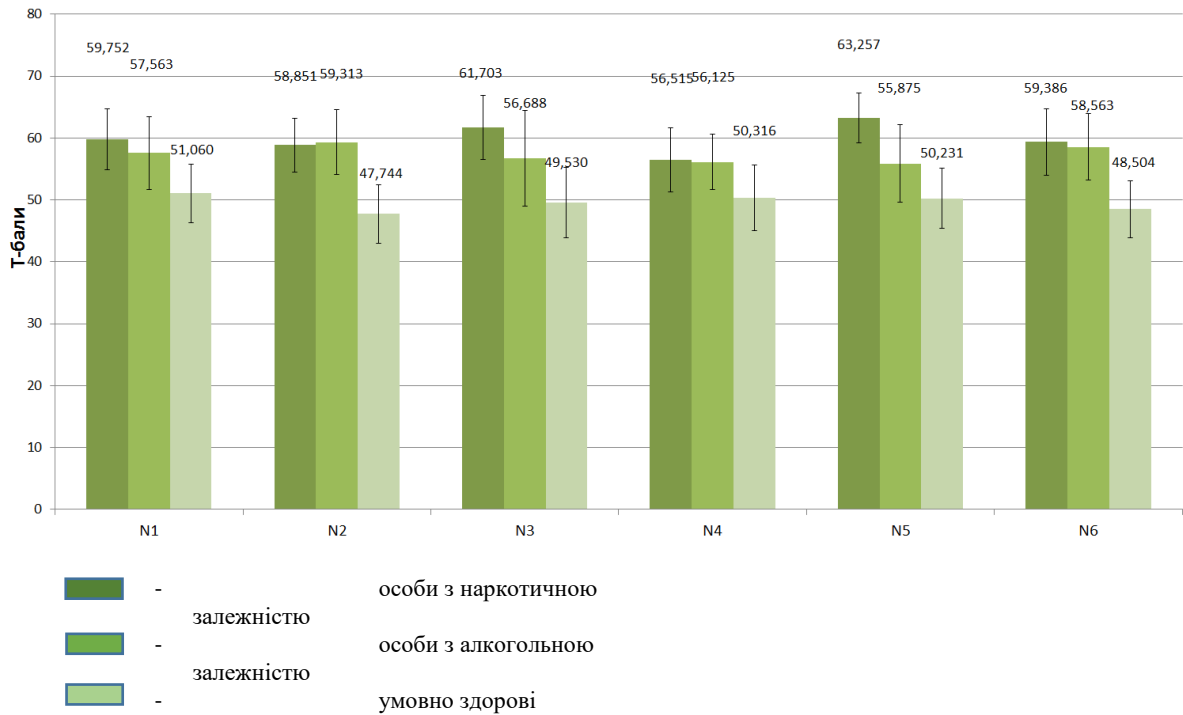


Рис. 3.2. Середньогрупові профілі за субфакторами Нейротизму (N) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.5 репрезентує результати однофакторного дисперсійного аналізу між групами порівняння за субфакторами Екстраверсії.

Таблиця 3.5

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу, що характеризують відмінності між групами осіб з наркотичною залежністю, алкогольною залежністю і умовно здорових осіб за субфакторами Екстраверсії (Е).**

Суб-шкали	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз за KW-критерієм		Бутстреп-аналіз	
	F-критерій	p	$\omega^2$	$\chi^2$	p	F-критерій	p
E1	0,590	0,555	0,005	0,597	0,742	0,590	0,555
E2	6,635	0,002	0,054	11,628	0,003	6,635	0,002
E3	6,004	0,003	0,049	11,666	0,003	6,004	0,003
E4	1,097	0,336	0,009	3,469	0,176	1,097	0,336
E5	27,547	<0,001	0,193	47,185	<0,001	27,547	<0,001
E6	0,975	0,379	0,008	1,948	0,378	0,975	0,379

За трьома субфакторами Екстраверсії (Е) виявлені статистично значущі ( $p < 0,05$ ) відмінності між груповими середніми. Це такі елементи екстравертивного патерну особистості, як Товариськість (Е2), Наполегливість (Е3), Пошук збудження (Е5). Тобто ці аспекти Екстраверсії (Е) мають розглядатись як діагностичні маркери хімічної адикції. Оцінюючи силу ефекту  $\omega^2$  в нашій моделі, можна сказати, що відмінності за субфакторами Товариськості (Е2) та Наполегливості (Е3) були слабкими. Відмінності за субфактором Пошуку збудження (Е5) були сильними, що підкреслює виключне діагностичне значення цього параметру.

В таблиці 3.6 наведені описові статистики для субшкал Екстраверсії (Е) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.6

**Описові статистики для субфакторів Екстраверсії в трьох групах порівняння**

Суб-шкали	Група					
	осіб з наркотичною залежністю		осіб з алкогольною залежністю		Умовно здорові	
	М	SD	М	SD	М	SD
Е1	49,663	9,802	47,063	11,316	50,026	10,443
Е2	54,000	9,779	49,625	10,868	48,974	10,680
Е3	54,527	9,861	52,250	10,564	50,974	10,283
Е4	52,089	11,031	51,250	10,742	49,906	10,782
Е5	60,634	8,480	58,313	8,260	51,650	9,523
Е6	56,248	10,214	55,000	11,633	54,316	9,988

Як видно з даної таблиці, середні значення за єдиною субшкалою екстраверсії в групі осіб з наркотичною залежністю були більше ніж 60,0 Т-балів, що значно перевищує норму – це субфактор Пошуку збудження (Е5). При цьому, група осіб з наркотичною залежністю була досить неоднорідною за параметрами Активності (Е4), та Позитивних емоцій (Е6). Максимальну однорідність виявив субфактор Пошуку збудження (Е5) – тобто пошук збудження є стабільною рисою у популяції осіб з наркотичною залежністю. В групі осіб з алкогольною залежністю середні значення за фасетками Екстраверсії не перевищували 60 Т-балів – найбільш гомогенним виявився субфактор Пошуку збудження (Е5), тобто стабільність цієї риси є характерною у осіб з алкогольною залежністю. Найбільш гетерогенним є такий фактор як Позитивні емоції (Е6). Це може свідчити про те, що серед досліджених осіб з алкогольною залежністю є особи як з підвищеним, так і зниженим емоційним фоном. Серед умовно здорових осіб середнє значення за субшкалами Нейротизму не перевищувало 55 Т-балів, що є нормативним значеннями. Показником, що варіював у найбільшому ступені є

Товариськість (E2), а найбільш стабільною рисою виступає Пошук збудження (E5).

Таким чином, встановлено, що Екстраверсія (E) у прояві Пошуку збудження (E5) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності. Як визначає С.Л. Леньков (2015). Пошук збудження (E5) є проявом стремління до новизни. Відповідно особи з хімічною залежністю є спрямованими на пошук нового, що і призводить до спроб ознайомитися з дією психоактивних речовин на своєму досвіді. Схематично середньогрупові профілі за субфакторами Екстраверсії (E) в трьох групах порівняння представлені на рисунку 3.3.

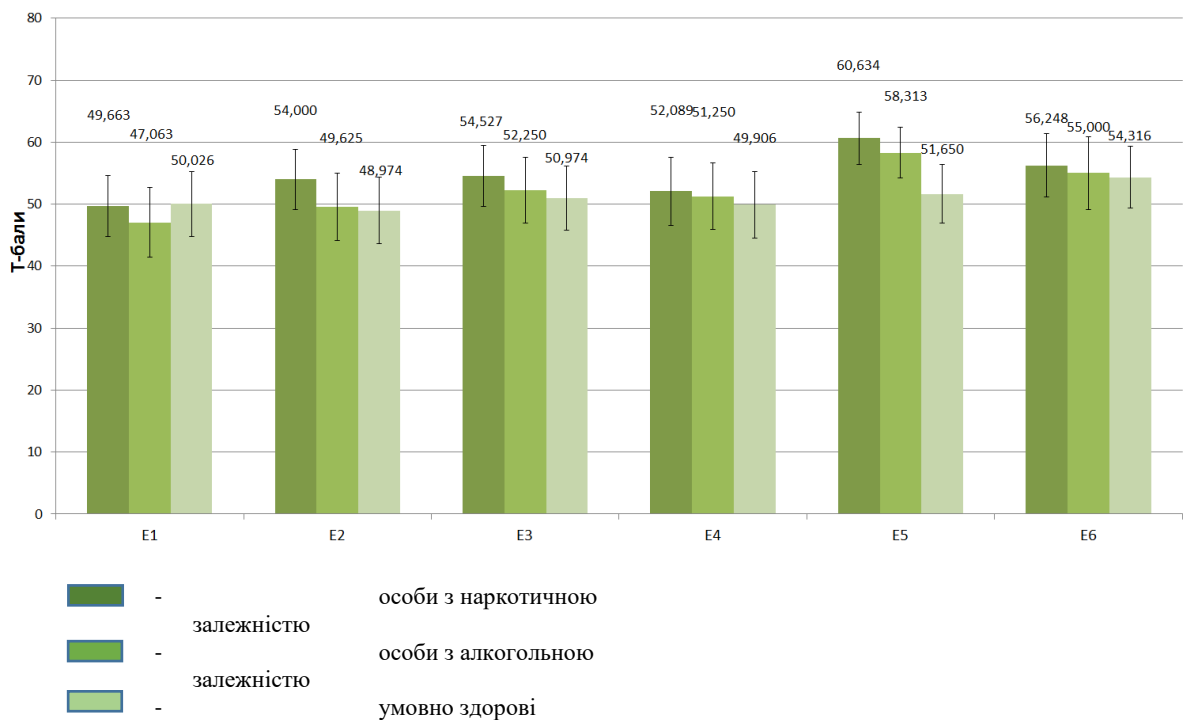


Рис. 3.3. Середньогрупові профілі за субфакторами Екстраверсії (E) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.7 репрезентує результати однофакторного дисперсійного аналізу між групами порівняння за субфакторами Відкритості досвіду (O).

Таблиця 3.7.

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу, що характеризують відмінності між групами осіб з наркотичною залежністю, алкогольною залежністю і умовно здорових осіб за субфакторами Відкритості досвіду (О).**

Суб-шкали	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз за KW-критерієм		Бутстреп-аналіз	
	F-критерій	p	$\omega^2$	$\chi^2$	p	F-критерій	p
O1	0,664	0,516	0,006	1,670	0,434	0,664	0,516
O2	1,197	0,304	0,010	3,273	0,195	1,197	0,304
O3	5,126	0,007	0,042	9,895	0,007	5,126	0,007
O4	1,967	0,142	0,017	3,635	0,162	1,967	0,142
O5	2,277	0,105	0,019	4,698	0,095	2,277	0,105
O6	6,519	0,002	0,053	12,380	0,002	6,519	0,002

За двома субфакторами Відкритості досвіду (О) виявлені статистично значущі ( $p < 0,05$ ) відмінності між груповими середніми. Це такі елементи Відкритості досвіду (О), як Почуття (О3) та Цінності (О6). Тобто ці аспекти Відкритості досвіду (О) розглядаються як діагностичні маркери хімічної адикції. Оцінюючи силу ефекту  $\omega^2$  в нашій моделі, можна сказати, що відмінності за цими субфакторами Почуття (О3) та Цінності (О6) були слабкими. Тому діагностичне значення цих маркерів є низьким.

В таблиці 3.8 наведені описові статистики для субшкал Відкритості досвіду (О) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.8.

**Описові статистики для субфакторів Відкритості досвіду (O) в трьох  
групах порівняння**

Суб- шкали	Група					
	осіб з наркотичною залежністю		осіб з алкогольною залежністю		Умовно здорові	
	M	SD	M	SD	M	SD
O1	55,683	9,028	54,688	9,207	54,299	8,716
O2	52,228	9,128	49,125	10,576	53,034	9,902
O3	57,604	9,354	56,000	9,274	53,350	10,262
O4	55,248	9,705	52,813	8,848	52,701	9,758
O5	51,733	11,726	50,375	10,184	54,538	10,395
O6	42,614	9,422	46,000	8,839	46,829	7,959

Як видно з даної таблиці, середні значення в усіх групах є найнижчими за єдиною субшкалою: Цінності (O6). Найменшим значення цього параметру було в групі осіб з наркотичною залежністю і не перевищувало у своєму середньому значенні 43 Т-балів. Середній рівень цінностей як аспекту Відкритості досвіду (O) в групах група осіб з алкогольною залежністю був приблизно однаковим. Навпаки, рівень Почуттів (O3) був вищим в групах осіб з хімічною залежністю. Це свідчить про те, що вони у меншому ступені намагаються відповідати цінностям, прийнятим у їхньому середовищі (у випадку наркотичної залежності). Особи з хімічною залежністю також переживають більш глибокі і диференційовані емоційні стани, що робить більш інтенсивним відчуття ними як позитивних, так і негативних емоцій. При цьому, всі групи були найбільш гетерогенними за параметрами Ідей (O5), що свідчить що суттєво варіюють за інтелектуальною допитливістю і новими ідеями (Басинская, Радюк, & Воронкова, 2017). Максимальну однорідність виявив субфактор Фантазії (O1) – у осіб з наркотичною



залежністю, (це є свідченням досить розвинутої уяви, характерної для цієї групи), а субфактор Цінностей (O6) – у осіб з алкогольною залежністю та умовно здорових осіб, тобто слідування нормам і правилам є стабільною рисою у цих популяціях. Серед умовно здорових осіб середнє значення за субшкалами Відкритості досвіду (O) не перевищувало 55 Т-балів, що є нормативним значеннями.

Таким чином, встановлено, що Відкритість досвіду (O) в аспектах більшої чуттєвості і меншої керованості цінностями (у випадку осіб з наркотичною залежністю) є діагностичними критеріями хімічної залежності. Проте встановлено, що ці параметри є достатньо слабкими критеріями. Схематично середньогрупові профілі за субфакторами Відкритості досвіду (O) в трьох групах порівняння представлені на рисунку 3.4.

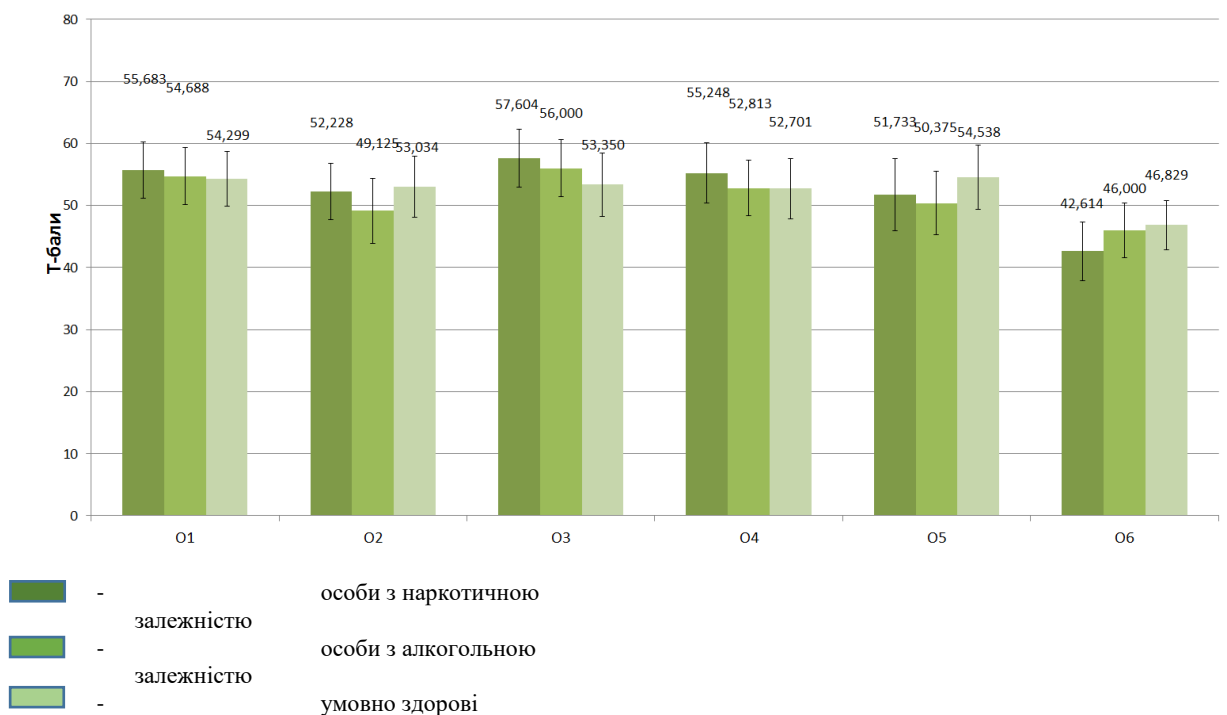


Рис. 3.4. Середньогрупові профілі за субфакторами Відкритості досвіду (O) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.9 репрезентує результати однофакторного дисперсійного аналізу між групами порівняння за субфакторами Співпраці (A).

Таблиця 3.9.

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу, що характеризують відмінності між групами осіб з наркотичною залежністю, алкогольною залежністю і умовно здорових осіб за субфакторами Співпраці (А)**

Суб-шкали	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз за KW-критерієм		Бутстреп-аналіз	
	F-критерій	p	$\omega^2$	$\chi^2$	p	F-критерій	p
A1	6,729	0,001	0,055	11,633	0,003	6,729	0,001
A2	29,053	<0,001	0,201	51,861	<0,001	29,053	<0,001
A3	1,272	0,282	0,011	2,603	0,272	1,272	0,282
A4	8,332	<0,001	0,067	17,615	<0,001	8,332	<0,001
A5	2,487	0,085	0,021	5,872	0,053	2,487	0,085
A6	1,208	0,301	0,010	2,710	0,258	1,208	0,301

Показано, що за трьома субфакторами Співпраці (А) виявлені статистично значущі ( $p < 0,05$ ) відмінності між груповими середніми. Це такі елементи екстравертованого патерну особистості, як Довіра (А1), Чесність (А2), Поступливість (А4). Тобто ці аспекти доброзичливості мають розглядатись як діагностичні маркери хімічної адикції. Оцінюючи силу ефекту  $\omega^2$  в нашій моделі, можна сказати, що відмінності за субфактором Довіри (А1) є слабкими. Відмінності за субфактором Чесності (А2) були середніми. Відмінності за субфактором Поступливості (А4) були сильними, що підкреслює виключне діагностичне значення цього параметру.

В таблиці 3.10 наведені описові статистики для субшкал Співпраці (А) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.10.

**Описові статистики для субфакторів Співпраці (А) в трьох групах порівняння**

Суб-шкали	Група					
	осіб з наркотичною залежністю		осіб з алкогольною залежністю		Умовно здорові	
	М	SD	М	SD	М	SD
A1	41,653	8,997	45,375	10,443	46,453	10,187
A2	38,010	8,733	47,688	9,379	48,248	11,249
A3	47,396	9,948	50,563	9,494	49,333	10,725
A4	42,980	11,706	45,563	11,111	49,103	10,469
A5	46,267	11,249	49,250	12,625	49,530	10,504
A6	50,535	10,874	49,875	14,724	48,197	10,893

Звертає на себе увагу низькі значення в групі осіб з наркотичною залежністю таких параметрів, як Довіра (A1), Чесність (A2), Поступливість (A4) – перший з субфакторів був нижчим за 40 Т-балів. Цікаво, що середньогрупові значення субфакторів Довіра (A1), Чесність (A2) були близькими в групах осіб з алкогольною залежністю та умовно здорових осіб. Тобто, відмінності за субфакторами Співпраці (А) є діагностичними для саме для наркотичної залежності, в контексті їх знижених значень. Стосовно Поступливості (A4), можна зауважити, що її середньогруповий рівень є нижчим у осіб з алкогольною залежністю у порівнянні із здоровим людьми, і ще нижчим у осіб з наркотичною залежністю. Тобто цей діагностичний критерій хімічної залежності є всеохоплюючим. Аналізуючи значення стандартного відхилення, можна зазначити, що якщо за параметром Чесності (A2) в групах осіб з наркотичною і алкогольною адикцією визначено найбільшу однорідність (що вказує на стабільність цієї риси в цих контингентах), то в групі умовно здорових – цей параметр є найбільш гетерогенним (тобто умовно здорові особи суттєво варіюють за цим

параметром). Також слід зауважити, що за Поступливістю (A4) особи з наркотичною залежністю суттєво варіюють, що може вказувати на індивідуальні прояви цього субфактору.

Таким чином, встановлено, що Співпраця (A) в аспектах меншої Довіри (A1) та Чесності (A2) (у випадку наркотичної залежності) є діагностичними критеріями хімічної залежності. Важливим діагностичним маркером є Поступливість (A4), яка у порівнянні з умовно здоровими є нижчою у групі осіб з алкогольною залежністю і ще нижчою у групі осіб з наркотичною залежністю. Адже як вказує В.І. Каневський (2014) зниження Поступливості (A4) відкриває дорогу гніву і конфронтації авторитетам, що може запускати патерн протестної поведінки у якості вживання психотропних речовин.

Схематично середньогрупові профілі за субфакторами Співпраці (A) в трьох групах порівняння представлені на рисунку 3.5.

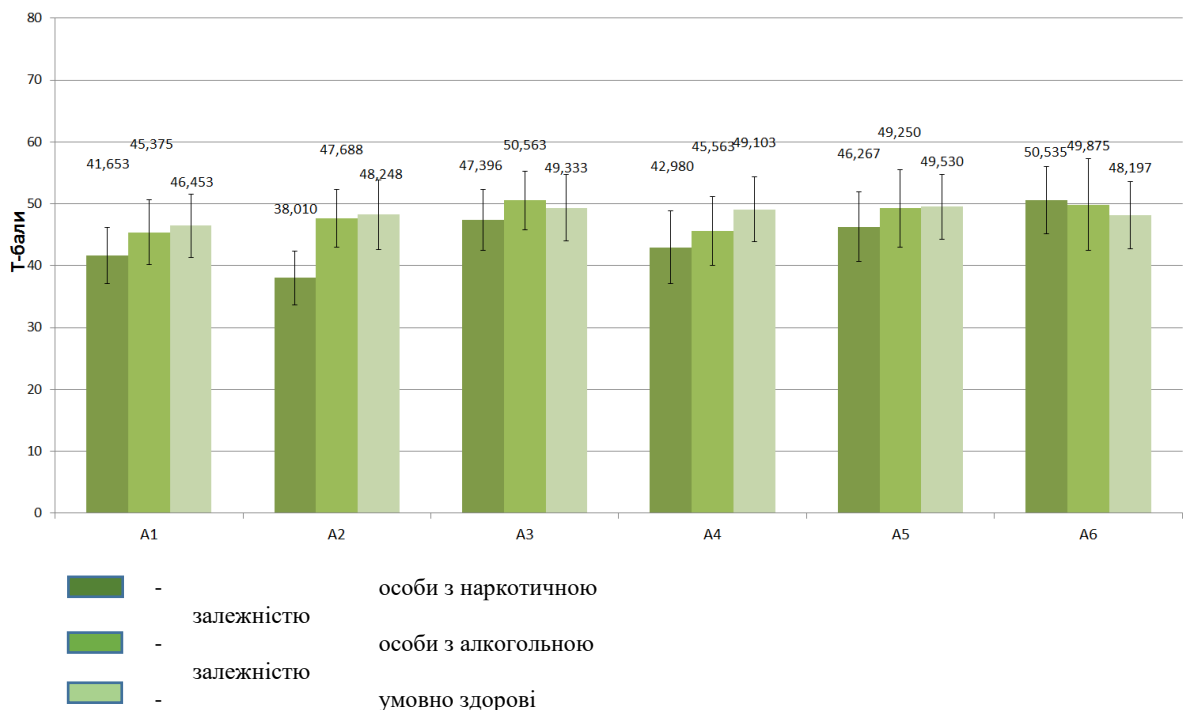


Рис. 3.5. Середньогрупові профілі за субфакторами Співпраці (A) в трьох групах порівняння.

І наостанок, в таблиці 3.11 презентовано результати однофакторного дисперсійного аналізу за субфакторами Сумлінності (С).

Таблиця. 3.11.

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу, що характеризують відмінності між групами осіб з наркотичною залежністю, алкогольною залежністю і умовно здорових осіб за субфакторами Сумлінності (С).**

Суб-шкали	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз за KW-критерієм		Бутстреп-аналіз	
	F-критерій	p	$\omega^2$	$\chi^2$	p	F-критерій	p
C1	34,451	<0,001	0,230	54,805	<0,001	34,451	<0,001
C2	9,245	<0,001	0,074	17,674	<0,001	9,245	<0,001
C3	32,703	<0,001	0,221	49,692	<0,001	32,703	<0,001
C4	14,394	<0,001	0,111	27,345	<0,001	14,394	<0,001
C5	36,536	<0,001	0,240	58,508	<0,001	36,536	<0,001
C6	44,381	<0,001	0,278	67,395	<0,001	44,381	<0,001

Показано, що за усіма субфакторами Сумлінності (С) виявлено статистично значущі ( $p < 0,05$ ) відмінності між груповими середніми. Відповідно, відмінності, які виявлені у вибірці за базовою шкалою С, можна вважати такими, що присутні в усіх аспектах особистісного патерну, пов'язаного з функціонуванням вищих функцій самоконтролю особистості. Саме всі ці фасетки можна розглядати як потенційні маркери залежності. Тобто всі елементи Сумлінності (С), такі як: Компетентність (С1), Організованість (С2), Слухняність боргу (С3), Прагнення до досягнень (С4), Самодисципліна (С5), Обдумування вчинків (С6) мають звертати на себе увагу у подальшому аналізі. Оцінюючи силу ефекту  $\omega^2$  в нашій моделі можна сказати, що відмінності за субфакторами Організованість (С2), Прагнення до досягнень (С4) були середньої сили. Відмінності за субфакторами Компетентність (С1), Слухняність до обов'язків (С3),

Самодисципліна (С5), Обдумування вчинків (С6) були сильними і можуть розглядатися як діагностичні критерії залежності, що буде проаналізовано далі по тексту.

В таблиці 3.12 наведені описові статистики для субшкал Сумлінності (С) в трьох групах порівняння.

Таблиця 3.12.

**Описові статистики для субфакторів Сумлінності (С) в трьох групах порівняння.**

Суб-шкали	Група					
	осіби з наркотичною залежністю		осіб з алкогольною залежністю		Умовно здорові	
	М	SD	М	SD	М	SD
С1	39,554	11,588	45,188	13,482	51,684	9,568
С2	46,842	10,588	49,813	12,496	52,863	9,744
С3	37,446	10,212	43,000	11,855	48,897	10,417
С4	45,228	11,204	51,125	13,832	52,880	9,483
С5	39,505	9,418	44,250	12,928	50,838	9,611
С6	37,584	9,478	40,000	13,871	49,667	8,987

Як видно з даної таблиці, середні значення за субшкалами Сумлінності (С): Компетентність (С1), Слухняність до обов'язків (С3), Самодисципліна (С5), Обдумування вчинків (С6) в групі осіб з наркотичною залежністю були нижчими за 40,0 Т-балів, що є нижчим за нормативні показники. При цьому, група осіб з наркотичною залежністю була досить неоднорідною за параметрами Компетентності (С1), Прагнення до досягнень (С4). Максимальну однорідність виявили субфактор Самодисципліни (С5) та Обдумування вчинків (С6) – тобто низькі Самодисципліна (С5) та Обдумування вчинків (С6) є стабільними рисами у популяції осіб з наркотичною залежністю. В групі осіб з алкогольною залежністю середні

значення за фасетками Сумлінності (С) знаходились в діапазоні від 40, до 52 Т-балів, найнижчим значенням характеризувався фактор Обдумування вчинків (С6). Це може свідчити про те, що проблеми з цілеспрямованістю поведінки є поширеними не тільки у осіб з наркотичною залежністю, але й серед досліджених осіб з алкогольною залежністю. Але цей субфактор характеризувався найвищою гетерогенністю серед інших субфакторів, які також достатньо варіювали у вибірці. Можна зробити висновок, що всіма аспектами Сумлінності (С) осіб з алкогольною залежністю суттєво відрізнялись в рамках групи. Серед умовно здорових осіб середнє значення за субшкалами Нейротизму (N) не було меншим ніж 48 Т-балів, що є нормативним значенням. Показником, що варіював у найбільшому ступені є також Слухняність до обов'язків (С3), але значення стандартного відхилення було значно меншим в цій групі, ніж у групі осіб з алкогольною залежністю.

Таким чином, встановлено, що Сумлінність (С) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності не тільки як базова риса особистості, але й в її різноманітних проявах, найбільш важливими маркерами є Компетентність (С1), Слухняність до обов'язку (С3), Самодисципліна (С5), Обдумування вчинків (С6). Дослідження показують, що Сумлінність (С), мабуть, найкраще відображає індивідуальні відмінності в здатності до саморегуляції. Хоча шкала «Сумлінність» дещо по-різному визначається в лексичних і психометричних моделях, сумлінність, як правило, характеризує спосіб, за допомогою якого людина регулює свою поведінку. Люди з високими значеннями за шкалою Сумлінності (С) впевнені в собі, дисципліновані, уважні та здатні до планування, тоді як люди з низькою Сумлінністю (С) не впевнені в своїй здатності контролювати свою поведінку, вони спонтанні, легко відволікаються і схильні до прокрастинації (Costa & McCrae, 1992). Субшкали Сумлінності (С) відображають різні тенденції поведінки, характерні для успішної саморегуляції (Roberts, Chernyshenko, Stark, & Goldberg, 2005). Таким чином, осіб з хімічною

залежністю можна охарактеризувати як менш схильних до самоконтролю і цілеспрямованої діяльності.

Схематично середньогрупові профілі за субфакторами Сумлінності (С) в трьох групах порівняння представлені на рисунку 3.6.

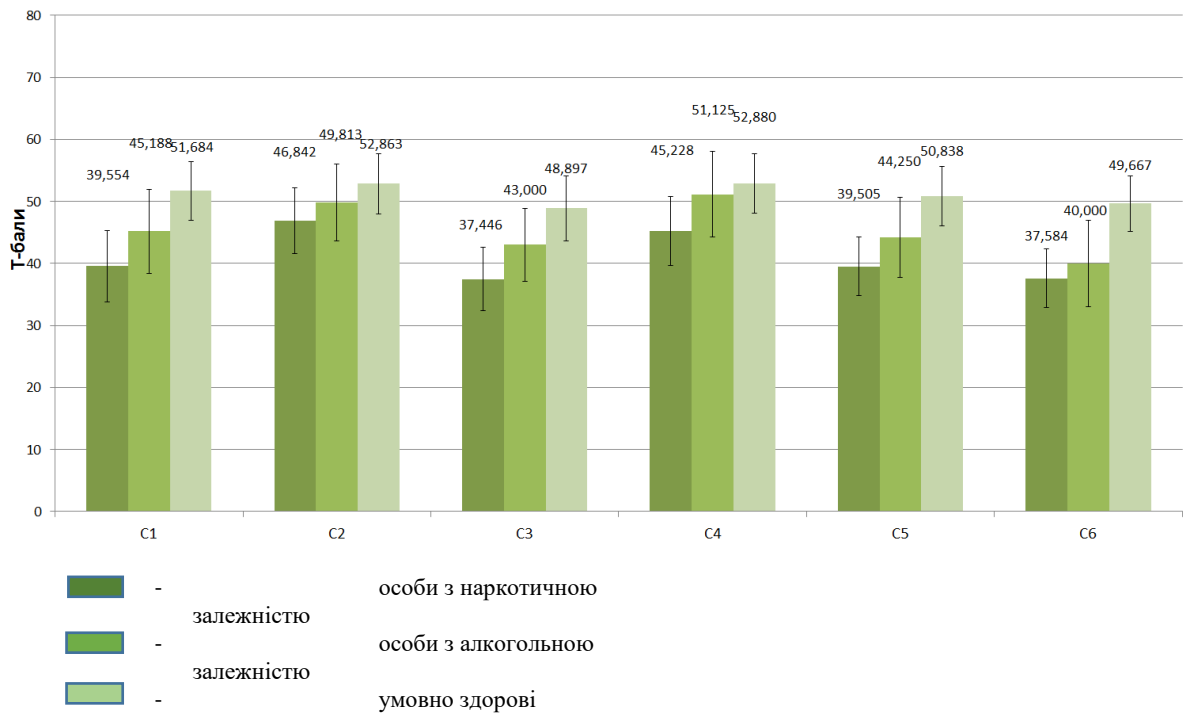


Рис. 3.6. Середньогрупові профілі за субфакторами Сумлінності (С) в трьох групах порівняння.

Зазначені закономірності більшою мірою знаходять своє підтвердження в науковій релевантній літературі. В дослідженні А. Террачано (2008), де описується, що на рівні субфакторів вживання марихуани супроводжується підвищеним рівнем за чотирма фасетками фактору Відкритості до досвіду (О), зокрема за субфакторами Цінностей (О6) і Ідей (О5), а також за п'ятьма субфакторами Сумлінності (С), особливо за Самодисципліна (С5) і Обдумуванням вчинків (С6). Інші цікаві ефекти для актуальних споживачів марихуани були виявлені як високі оцінки за субфакторами Ворожість (N2), Вразливість (N6), Активність (Е4), і Пошук збудження (Е5) і низькі оцінки для Поступливості (А4), у порівнянні з тими, хто ніколи не вживав марихуану. Стосовно осіб з наркотичною залежністю,



що вживають кокаїн та героїн, встановлено, що на рівні субфакторів у них переважають всі виміри Нейротизму (N), при чому найбільшим ефектом характеризується субфактор Вразливості (N6). Вони також відрізняються високим рівнем Пошуку збудження (E5), низьким рівнем Довіри (A1), Чесності (A2), Поступливості (A4) і дуже низькими значеннями за субшкалами Сумлінності (C): компетентністю (C1), Прагненням до досягнень (C4), і Обдумуванням вчинків (C6). В цілому домени NEO були досить тісно пов'язаними з адиктивною поведінкою як в прямокутній ( $R^2 = 0,44$ ), так і косокутній моделі ( $R^2 = 0,51$ ) (Grucza, & Goldberg, 2007).

В роботі М. Руїза, А. Пінкуса, К. Дікінсона (2003) проаналізовано на рівні субфакторів профіль осіб з алкогольною залежністю. Показано, що високий рівень трьох субфакторів Нейротизму (Рефлексія (N4), Імпульсивність (N5) і Вразливість (N6)) і низький рівень п'яти аспектів свідомості (всі аспекти, крім Організованості (C2) були суттєво пов'язані з вживанням алкоголю при контролі за статтю. Окрім цього, високий рівень двох аспектів Екстраверсії (Товариськість (E2) і Пошук збудження (E5)) і низький рівень двох аспектів Співпраці (Чесність (A2) і Чуткість (A6)) були пов'язані із зловживанням алкоголем. В іншому дослідженні (Norwood et al., 2007) було встановлено, що особи, схильні відчувати проблеми з алкоголем, виявляються більш Імпульсивними (N5) і такими, що шукають Збудження (Пошук збудження) (E5); в свою чергу менш Довірливими (A1), Слухняними до обов'язків (C3), і такими, що Обдумують вчинки (C6), ніж умовно здорові особи. Що стосується аспектів Екстраверсії (E), С. Стюарт і Г. Девайн (Stewart, & Devine, 2000) виявили, що Товариськість (E2) пов'язана з соціальними причинами для вживання алкоголю, а пошук Збудження (E5) пов'язаний, в першу чергу, з бажанням покращити настрій і в меншому ступені – із соціальними мотивами. Наведені результати підкреслюють корисність вивчення субфакторного рівня особистісних детермінант хімічної залежності.

Таким чином, при порівняльному аналізі осіб з хімічною залежністю і умовно здорових осіб на рівні субфакторів п'ятифакторної моделі особистості було встановлено наступне. Так, Нейротизм (N) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності не тільки як базова риса особистості, але й в його різноманітних проявах, найбільш важливим маркером є Імпульсивність (N5). Встановлено, що Екстраверсія (E) у прояві Пошуку збудження (E5) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності. Показано, що Відкритість досвіду (O) в аспектах більшої чуттєвості і меншої керованості цінностями (у випадку залежності від наркотика) є діагностичними критеріями хімічної залежності. Проте ці параметри є достатньо слабкими критеріями. Встановлено, що Співпраця (A) в аспектах меншої Довіри (A1) та Чесності (A2) (у випадку наркотичної залежності) є діагностичними критеріями хімічної залежності. Зазначено, що важливим діагностичним маркером є Поступливість (A4), яка у порівнянні з умовно здоровими є нижчою у осіб з алкогольною залежністю і ще нижчою у осіб з наркотичною залежністю. Доведено, що Сумлінність (C) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності не тільки як базова риса особистості, але й в її різноманітних проявах, найбільш важливими маркерами є Компетентність (C1), Слухняність до обов'язку (C3), Самодисципліна (C5), Обдумування вчинків (C6).

Результати непараметричного аналізу за критерієм Краскала-Волліса та бутстреп-аналізу підтвердили результати параметричного аналізу за Ф-критерієм, що дозволяє нам говорити о виявлених вище закономірностях, що є стійкими до нерівномірності обсягу проаналізованих вибірок.

Для математичного моделювання критеріїв, за якими сумарний образ адикта у всьому просторі ознак Опитувальника NEO-PI-R відрізняється від контролю, застосовано дискримінантний аналіз. Оскільки кількість осіб з алкогольною залежністю була відносно низькою ( $n = 16$  осіб, що склало 6,8%), то групи осіб з хімічною адикцією були об'єднані в одну ( $n = 117$ , що склало 50%). Статистична процедура дискримінантного аналізу являє собою

комплекс методів багатовимірного статистичного аналізу, суть яких полягає в наступному. При наявності якісно різнорідних апріорно заданих груп об'єктів (так званої навчальної вибірки) даний вид аналіз дозволяє «побудувати» одну або кілька дискримінантних функцій, які якнайкраще характеризують відмінності між цими групами об'єктів. Ці функції можуть використовуватися для вивчення міжгрупових відмінностей за декількома змінними одночасно і розпізнавання (класифікації) нових об'єктів (Бессокирная, 2003, с.25).

В нашому прикладі належність до особи з хімічною адикцією – виступає змінною групування. Незалежними змінними виступали субфактори п'ятифакторної моделі особистості. Використовувалась процедура покрокового включення критеріїв до дискримінантного аналізу. Граничним рівнем статистичної значущості виступав рівень  $p < 0,05$ . В таблиці 3.13 наведено статистично значущі критерії дискримінантного аналізу, що визначають класифікацію згідно за приналежності до осіб з хімічною адикцією.

*Таблиця 3.13.*

**Критерії дискримінантного аналізу, що статистично значуще визначають приналежність до групи осіб з хімічною адикцією**

Крок	Показник	$\Lambda$	F	p
1	C6	0,630	67,854	<0,001
2	E5	0,579	55,788	<0,001
3	N2	0,550	46,809	<0,001
4	A3	0,536	39,453	<0,001
5	A2	0,524	34,433	<0,001
6	N6	0,507	31,377	<0,001
7	O1	0,501	32,208	<0,001
8	N5	0,492	29,031	<0,001

В таблиці 3.13. наведені коефіцієнти дискримінантної функції, що визначають рівень інтегрального показника самоактуалізації. Розраховано три типи коефіцієнтів:

1. Структурні коефіцієнти (СК), які являють собою кореляції змінних з дискримінантною функцією і дозволяють оцінити напрямок зв'язку. Матриця структурних коефіцієнтів не зазнає впливу мультиколінеарності.

2. Стандартизовані коефіцієнти дискримінантної функції (СКДФ) – за їх допомогою можна оцінити внесок (за абсолютною величиною) змінних в розрізнення класів, а також порівняти змінні, що вимірюються в різних шкалах.

3. Нестандартизовані коефіцієнти дискримінантної функції (НКДФ), що входять у склад рівняння, яке дозволяє прогнозувати відношення до того, чи іншого класу.

Таблиця 3.14

**Коефіцієнти дискримінантної функції, що визначають рівень приналежності до осіб з хімічною адикцією**

Параметри	СК	СКДФ	НКДФ
Обдумування вчинків (С6)	-0,606	-0,359	-0,038
Пошук збудження (Е5)	0,476	0,394	0,044
Ворожість (N2)	0,601	0,244	0,027
Альтруїзм (А3)	-0,702	0,351	0,034
Чесність (А2)	-0,452	-0,353	-0,034
Ранимість (N6)	0,535	0,365	0,037
Фантазії (О1)	0,070	-0,260	-0,029
Імпульсивність (N5).	0,634	0,230	0,025
Константа			-4,128

Отже багатовимірна модель описується однією функцією, яка була статистично значимою на рівні  $p < 0,05$ . Наведемо статистичні параметри цієї

функції:  $\Lambda = 0,492$ ;  $\chi^2 = 161,823$ ;  $df = 7$ ;  $p < 0,001$ . Таким чином, нами було обґрунтовано формування прогностичної формули для прогнозу належності до осіб з хімічною адикцією, яка мала наступний вигляд:

$$\text{Група} = -0,038 * C6 + 0,044 * E5 + 0,027 * N2 + 0,034 * A3 - 0,034 * A2 + 0,037 * N6 - 0,029 * O1 + 0,025 * N5 - 4,128$$

Рівень прогностичної цінності побудованої дискримінантної моделі для прогнозування належності до групи осіб з хімічною адикцією допомагає оцінити класифікаційна таблиця за даними дискримінантного аналізу (Табл. 3.15).

Таблиця 3.15.

#### Класифікаційна таблиця за даними дискримінантного аналізу

Актуальна приналежність до групи		Приналежність до групи, передбачена формулою		Всього
		Залежні	Умовно здорові	
Залежні від психоактивних речовин	n	101	16	117
	%	86,3	13,7	100,0
Умовно здорові	n	19	98	117
	%	16,2	83,8	100,0

Виходячи з цієї таблиці можна стверджувати, що 85,0% є коректно класифіковано. Таким чином, за допомогою дискримінантного аналізу проведено моделювання оцінки приналежності до групи осіб з хімічною адикцією. Побудована модель описується однією функцією, статистично значущий внесок в зростання якої створюють такі показники, як: Обдумування вчинків (C6), Пошук збудження (E5), Ворожість (N2), Альтруїзм (A3), Чесність (A2), Ранимість (N6), Фантазії (O1), Імпульсивність (N5). Прогностична цінність моделі є невисокою і потребує подальшого удосконалення.

Отже, дискримінантний аналіз дозволив побудувати модель для прогнозування належності до групи осіб з хімічною адикцією. Дискримінуючими чинниками виступають такі субфактори, як Обдумування вчинків (С6), Пошук збудження (Е5), Ворожість (N2), Альтруїзм (А3), Чесність (А2), Ранимість (N6), Фантазії (О1), Імпульсивність (N5).

Надалі було проаналізовано асоціації між психометричною оцінкою особистості і проективним тестом «Будинок – Дерево – Людина» (БДЛ) та особливості гендерних відмінностей таких асоціацій. Результати оцінки особистості чоловіків та жінок з вибірки здорових добровольців за основними шкалами NEO-PIR наведені в табл. 3.16

*Таблиця 3.16*

**Середньогрупові значення основних шкал NEO чоловіків і жінок у вибірки здорових добровольців**

Базові шкали	Чоловіки		Жінки	
	М	SD	М	SD
N	49,433	10,276	49,800	12,429
E	52,320	10,639	47,300	11,268
O	54,691	8,282	51,600	8,756
A	48,464	10,051	43,950	11,610
C	52,072	9,528	48,000	8,633

Як видно з наведених даних, всі значення основних шкал в нашій вибірці близькі до нормативних (50 балів), відмінності між чоловіками і жінками найбільш помітні за такими шкалами, як Екстраверсія (Е), Співпраця (А) і Сумлінність (С) (у чоловіків в середньому вище). Всі ці відмінності статистично не достовірні. У той же час, за таким важливим показником, як Нейротизм (N), обидві статі практично не відрізняються. Нами також проведено порівняння між чоловіками і жінками за всіма іншими показниками (підшкалам NEO-PIR). Фактичні дані тут не наведено, оскільки всі вони також знаходяться в межах норми і близькі до 50. У той же час, за

кількома підшкалами, таким як Ранимість (N6), Сердечність (E1), Товариськість (E2), Естетика (O2) і Самодисципліна (C5) чоловіки демонстрували достовірно ( $p < 0,05$ ) вищі бали, ніж жінки. Таким чином, в масі своїй в даній вибірці чоловіки більш імпульсивні, більш сердечні і товариські, в більшій мірі цікавляться мистецтвом і відрізняються більш високою самодисципліною.

Результати бальної оцінки проективного тесту БДЛ по вибірці здорових добровольців наведені в таблиці 3.17

*Таблиця 3.17*

**Середньогрупові значення бальної оцінки симптомокомплексу теста БДЛ у чоловіків і жінок у вибірці здорових добровольців.**

Компоненти симптомокомплексу і максимально можливі бали	Чоловіки		Жінки	
	М	SD	М	SD
Ворожість (15)	5,856	2,618	6,250	2,789
Конфліктність, фрустрація (23)	2,196	0,909	2,300	0,923
Агресивність (29)	5,340	3092	7,350	2,739
Негативізм (16)	2,536	1,041	3,100	1,804
Тривожність (33)	3,670	2,070	4,950	2,438
Депресивність (10)	1,639	0,780	1,550	0,826
Незахищеність (32)	5,113	1,069	5,250	1,650
Недовіра до себе (8)	2,258	1,184	2,100	1,021
Почуття неповноцінності (16)	2,361	1,371	2,550	1,317
Важкості спілкування (18)	3,485	1,792	2,850	1,461

Нормативні дані для симптомокомплексів БДЛ не існують, проте в керівництвах (Buck, 1948; Фурманов, 1996) наведені максимально можливі бали. Виходячи з цього, дана вибірка характеризується низькими значеннями всіх шкал, середні значення як у чоловіків, так і жінок знаходяться в межах 10–40% від максимуму. Найбільше значення спостерігається для такого

показника як ворожість (40%), мінімальне - для конфліктності (10%). Порівняння чоловіків і жінок за показниками БДЛ свідчить про більш високу Ворожість, Агресивність і Тривожність жінок (за двома останніми показниками - статистично достовірно,  $p < 0,05$ ).

Нами проведено кореляційний аналіз з метою виявлення значимих кореляцій між психометричними показниками і результатом проєктивного тесту. Статистично підтверджені кореляції виявилися різними у чоловіків і жінок. Так, за основними шкалами опитувальника NEO - PIR в групі здорових чоловіків Відкритість досвіду (O) виявилася пов'язана слабким прямим зв'язком з Конфліктністю по БДЛ ( $r = 0,203$   $p = 0,047$ ), а Дружелюбність (A) - приблизно такої ж сили зворотним зв'язком з Труднощами комунікації ( $r = -0,213$   $p = 0,036$ ). У групі жінок Екстраверсія (E) виявилася у зворотній і сильній кореляції з Ворожістю за даними проєктивного тесту ( $r = -0,683$   $p = 0,001$ ), а Сумлінність (C) - негативно корелювала з Депресивністю ( $r = -0,486$   $p = 0,030$ ). За підшкалами NEO-PIR ніяких кореляцій з даними тесту БДЛ не було виявлено.

Деякі психометричні відмінності між чоловіками і жінками в даній вибірці можна пояснити двома обставинами. По-перше, чоловіки були трохи молодші (хоча в цілому і чоловіки, і жінки належать одній віковій категорії - молоді дорослі). По - друге, в число чоловіків потрапили військовослужбовці, що могло вплинути на їх особистісні особливості, на такі якості, як самодисципліна і імпульсивність.

Що стосується результатів проєктивного тесту БДЛ, то виявлені достовірно вищі бали у жінок за таким показником, тривожність, цілком очікувані. Більш висока тривожність серед жінок - добре відомий факт, він трактується зазвичай з позицій стресостійкості представників різних статей (Михеева, 2016). Тривожність у жінок істотно залежить від проходження кризових періодів життя (Buck, 1948), і в зв'язку з цим невелика різниця у віці, яка спостерігається в нашому випадку, могла зіграти свою роль. Дещо несподівано виглядають дані про більш високу агресивність жінок. У той же



час, саме ту обставину, що це виявлено на основі проєктивного тесту, дозволяє розглядати це цікаве спостереження. Більшість досліджень, в тому числі присвячених різним віковим групам, свідчать про те, що агресивність в більшій мірі властива чоловікам (Берковиц, 2002), в той же час, чоловіки і жінки проявляють агресію по – різному, і багато оцінок пов'язані, в тому числі, з усталеними уявленнями про ці відмінності (Берковиц, 2002; Кузьминых, & Ениколопов, 2011).

З точки зору цілей і завдань даного дослідження, найбільший інтерес представляють результати кореляцій між показниками психометричного особистісного тесту і проєктивного тесту.

У чоловіків Відкритість досвіду (О) виявилася пов'язана слабким прямим зв'язком з Конфліктністю по ДБЛ. Фактор Відкритість досвіду (О) включає в себе такі риси як активна уява, естетична чутливість, увага до почуттів інших, гнучкість розуму, незалежність в судженнях і оцінках. «Відкриті» індивіди відкриті новим ідеям і легше сприймають нетрадиційні цінності, вони менш консервативні. Вони переживають емоції (як негативні, так і позитивні) більш інтенсивно і яскраво, ніж «закриті» індивіди. «Закриті» ж люди емоційно бідніші, більш консервативні, догматичні в своїх поглядах, хоча це і не означає підвищеної авторитарності (Лаак, & Бругман, 2003). Той факт, що ця якість прямо корелювала з конфліктністю може означати, що на неусвідомлюваному рівні такі індивіди більш готові до конфлікту в зв'язку з цими своїми якостями, і частіше стикаються в житті з конфліктними ситуаціями через свою відкритість, можливо, нетрадиційність.

Друга значуща кореляція, виявлена у чоловіків, це слабкий зворотний зв'язок між Співпрацею (А) по тесту NEO – PIR і Труднощами комунікації (Важкість спілкування) по тесту БДЛ. Співпраця (А) - особистісний вимір, що відображає особливості міжособистісної взаємодії в аспекті дихотомії «співпраця / конкуренція». Люди з високими значеннями по цій шкалі більш альтруїстичні, прагнуть допомагати іншим. Навпаки, індивіди з низьким рівнем фактору Співпраці (А) більш егоцентричні і конкурентні. Вважається,

що як надлишок, так і недолік цієї риси має свої адаптивні і неадаптивні варіанти, так надмірний рівень Співпраці (А) пов'язують із залежністю від інших або від групи, а його дефіцит – з нарцисичними, параноїдальними та антисоціальними особистісними розладами (Лаак, & Бругман, 2003). Той факт, що Співпраця (А) у чоловіків виявилось негативно пов'язане з Труднощами комунікації, представляється логічним – чим більше злагідні, доброзичливі і схильні до співпраці чоловіки, тим менше у них складнощів в спілкуванні з іншими людьми.

Що стосується жінок, то виявлені у них кореляції між особистісними якостями за даними психометрії і за даними проективного тесту, також цілком зрозумілі. Так, у жінок було знайдено середньої сили (що наближається до сильної) зворотний зв'язок між Екстраверсією (Е) і Ворожістю. Відповідно до опису NEO – PIR, базовою рисою екстравертів є товарицькість, вважають за краще бути в суспільстві, вони напористі, активні, оптимістичні і життєрадісні. Вони люблять ризик і пов'язане з ним збудження, активно шукають гострі відчуття і прагнуть до зовнішньої «стимуляції». Інтроверсія в рамках Big 5 концептуалізується як «відсутність» екстраверсії (Лаак, & Бругман, 2003). Люди з низьким рівнем фактору Екстраверсії (Е) стримані, вважають за краще самотність і незалежність. Відповідно, вони несвідомо менш ворожі, більш сердечні у відносинах, проявляють теплоту і позитивність.

Друга виявлена кореляція (зворотна, середньої сили) пов'язує між собою Сумлінність (С) по NEO – PIR і Депресивність по БДЛ. Свідомість в рамках концепції Big 5 пов'язують зі здатністю до тривалих вольових зусиль, уміння слідувати довгостроковим життєвим цілям, зі здатністю до планування поведінки і контролю над своїми імпульсами. Високі значення цього чинника пов'язані також з такими рисами як скрупульозність, пунктуальність, надійність, визнання цінності моральних принципів. Низькі бали за цією шкалою говорять про меншу вимогливість до себе, млявості і апатії в досягненні професійних цілей, відсутності здорової амбітності (Лаак,

& Бругман, 2003). Той факт, що у жінок цей вимір негативно корелює з Депресивністю, можна розцінювати як прояв системності, стенічності, впевненості. Безсумнівно, наявність депресивних тенденцій ніяк не сприяє тривалим вольовим зусиллям, навпаки, знижує прояви вольового компонента.

Таким чином виявлено логічні зв'язки між показниками, виявленими за допомогою визнаного опитувальника, заснованого на концепції Big 5, який відомий своєю культурною універсальністю і широким застосуванням, і даними, отриманими на підставі оцінки проєктивного тесту БДЛ. Ця обставина, на наш погляд, свідчить на користь того, що визначені за допомогою проєктивного тесту особистісні особливості характеризуються критеріальною валідністю. Це говорить на користь більш широкого застосування тесту БДЛ – одного з найстаріших проєктивних тестів, який не втратив свого значення.

Вище нами було проаналізовано розбіжності між умовно здоровими та хімічно залежними особами за показниками опитувальника NEOPI-R (основні фактори і субшкали). У зв'язку з цим великий інтерес представляє питання про відмінності між порівнювальними групами за показниками, які можна віднести до сфери неусвідомлюваного, або які, згідно з тестом БДЛ, відображають безліч характеристик особистості, її мотиви і емоції, потреби, уразливості, слабкі і сильні сторони, інтелектуальну складову, рівень культурного розвитку і когнітивної складності, тобто внутрішній світ людини. Ці дані в формалізованій формі, відповідно до найбільш розробленим симптомокомплексам, представлені в табл. 3.18

Таблиця 3.18

**Відмінні риси особистості з хімічною адикцією по симптомокомплексам  
тесту БДЛ**

Шкали БДЛ (в дужках наведені максимально можливі бали)	Група					
	Наркоманія (N = 101)		Алкоголізм (N = 16)		Контроль (N = 117)	
	М	SD	М	SD	М	SD
Ворожість (15)	6,058	2,142	6,562	2,252	5,919	2,642
Конфліктність (23)	2,559*	1,214	2,690	1,491	2,214	0,911
Агресивність (29)	6,554	3,568	6,383	3,502	5,677	3,119
Негативізм (16)	3,133*	1,555	2,809	2,057	2,632	1,214
Тривожність (33)	5,632*	2,782	5,254	2,522	3,889	2,178
Депресивність (10)	1,877	1,283	1,748	0,679	1,623	0,782
Незахищеність (32)	5,589*	1,348	5,381	1,263	5,141	1,179
Недовіра до себе (8)	2,767*	1,431	2,877	1,502	2,229	1,156
Почуття неповноцінності (16)	2,758	1,557	2,813	1,604	2,387	1,364
Труднощі спілкування (18)	3,751	1,857	3,813	2,608	3,376	1,752

\* $p < 0,05$ , порівняння пацієнтів з контролем з урахуванням поправки Т'юки

Як видно з представлених даних, за показниками тесту БДЛ між пацієнтами з хімічною адикцією і контрольною групою також є достовірні відмінності. Вони стосувалися таких симптомокомплексів, як Конфліктність, Негативізм, Тривожність, Незахищеність і Недовіра до себе. Перші чотири симптомокомплекси чітко пов'язані з Нейротизмом (N), який передбачає переважання негативних емоцій і в якості підшкал містить Тривожність (N1) і Ранимість (N6). Останню можна також трактувати як Незахищеність, вразливість до стресу. Таким чином, дані проективного тесту, незважаючи на всі обмеження, які зазвичай накладаються на тести такого роду, цілком логічно і несуперечливо описують групу адиктов, підкреслюючи такі внутрішні і неусвідомлено спроектовані якості, як конфліктність, тривожність, переважання негативних реакцій, і в той же час, вразливість і недовіра до себе. Це говорить про високу валідність проективного тесту, про його здатність виявити ряд важливих характеристик особистості пацієнтів. Особливий інтерес становить те, що проективний тест дозволив виявити, що

особи з хімічною адикцією відрізнялися від контрольної групи високим ступенем Недовіри до себе, а також підвищеними значеннями Почуття неповноцінності і Труднощів спілкування (дві останні характеристики не досягають статистичної значущості, хоча групові відмінності досить виражені). Це доповнює характеристику адиктивної особистості, свідчить про наявність низки ознак і характеристик, які будуть недоступні аналізу за допомогою психометричного тесту NEO-PIR. З метою виявлення можливих взаємозв'язків між психометричними характеристиками (NEO) і прихованими неусвідомлюваними характеристиками (БДЛ) проведено кореляційний аналіз з порівнянням його результатів між групами. У групі осіб з хімічною адикцією було виявлено ряд слабких взаємозв'язків, статистичними значущих на рівні  $p < 0,05$  як по параметричним, так і по непараметричним методами (в окремих випадках зв'язок підтверджувався одним з методів). Для більш наочного уявлення спрямованості і характеру виявлених кореляцій нами використаний метод крос-корелограм, або кореляційних плеяд (рис 3.7).

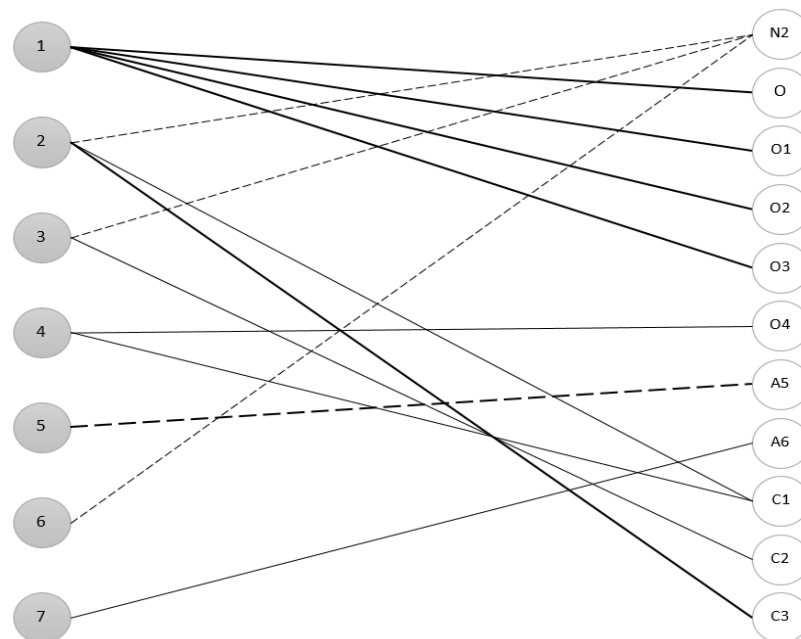


Рис. 3.7 Кореляційні плеяди, що відображають взаємозв'язки між основними і додатковими шкалами NEO і симптомокомплексами БДЛ в групі осіб з хімічною адикцією

**Примітка:** Зліва симптомокомплексів БДЛ - 1. Конфліктність; 2. Агресивність; 3. Негативізм; 4. Тривожність; 5. Депресивність; 6. Незахищеність; 7. Почуття неповноцінності. Праворуч - шкали і підшкали НЕО (див. в тексті). Жирна лінія показує, що за абсолютним значенням коефіцієнт кореляції  $r > 0,20$ . Суцільна лінія відображає прямий зв'язок ( $r > 0$ ), пунктирна - зворотний ( $r < 0$ ).

Як видно з рис. 3.7, між виразністю симптомокомплексів БДЛ і психометрично оцінювальними рисами особистості є численні кореляційні зв'язки. Найбільше число таких зв'язків (чотири, і з найбільшою силою) має такий показник, як неусвідомлено проектувальна Конфліктність, на другому місці (три кореляції) – Агресивність. При цьому Конфліктність пов'язана прямими кореляціями з фактором Відкритість досвіду (O) і його елементами – Фантазією (O1), Естетикою (O2) і Почуттями (O3), а Агресивність пов'язана негативною кореляцією з Ворожістю (N2) і двома позитивними кореляціями з Компетентністю (C1) і Слухняністю боргу (C3), (останній зв'язок – середньої сили). Зі списку шкал і підшкал НЕО найбільш скорельований такий показник, як Ворожість (N2) - він пов'язаний трьома слабкими негативними зв'язками з Агресивністю, Негативізмом і Незахищеністю по БДЛ (рис. 3.7). Крім цього, спостерігаються слабкі прямі зв'язки між Тривожністю по БДЛ і такими рисами по НЕО, як Дії (O4) та Компетентність (C1), між Почуттям неповноцінності і Чуткістю (Сердечністю) (A6), а також середньої сили зворотний зв'язок між Депресивністю і Скрамністю (A5).

Спостережувана кореляційна картина свідчить про те, що дві проєктивно оцінювальні характеристики – Конфліктність і Агресивність, є у адиктів своєрідними «центрами тяжіння», з якими прямо пов'язані багато психометрично виявлених рис з сфер Відкритості досвіду (O) і Сумлінність (C). Іншими словами, Відкритість досвіду (O) і, в тому числі, Пошук збудження (E5), можуть бути проєкцією на особистість внутрішньої конфліктності, а соціально-схвалювані характеристики добросовісної і слухняної своїми зобов'язаннями особистості (які у адиктів, як впливає з наших даних - у великому дефіциті, см. таб. 3.2), поєднуються з внутрішньою (можливо придушеною і «прориваючою назовні» лише в процесі вільного

малюнка) агресивністю. Можна шукати пояснення і іншим кореляціям, однак нашою основною метою є порівняння структури взаємозв'язків в групі адиктів і осіб, які не мають проблем з алкоголем і наркотиками. Крос-кореляційна матриця для здорових осіб представлена на рис 3.8. Представлена картина свідчить про те, що у здорових добровольців взаємозв'язки між показниками NEO-PIR і симптомокомплексами проективного тесту БДЛ разюче відрізняються. Перш за все, впадає в очі, що значущих кореляційних зв'язків набагато (майже в два рази) менше, причому всі без винятку кореляції – зворотні. При цьому «центром тяжіння» в неусвідомлюваності здорових осіб виявилася Депресивність - ця прихована характеристика негативно корелює (сильний або середній по силі зв'язок) в основному зі сферою Сумлінністю (С) - власне Почуттям обов'язку, а також з такими підшкалами, як Компетентність (С1) і Самодисципліна (С5) (рис. 3.8). Характерно також, що Депресивність зворотно корелює з підшкалою Позитивні емоції (Е6). Цей логічно виправданий (хоча і слабкий) зв'язок, виявлений в даній групі, є важливим показником - він переконує в тому, що в здоровій популяції психометричні і проективно виявлені (тобто з великою часткою суб'єктивності, оскільки оцінка здійснюється експертним методом) показники несуперечливо взаємодіють між собою .

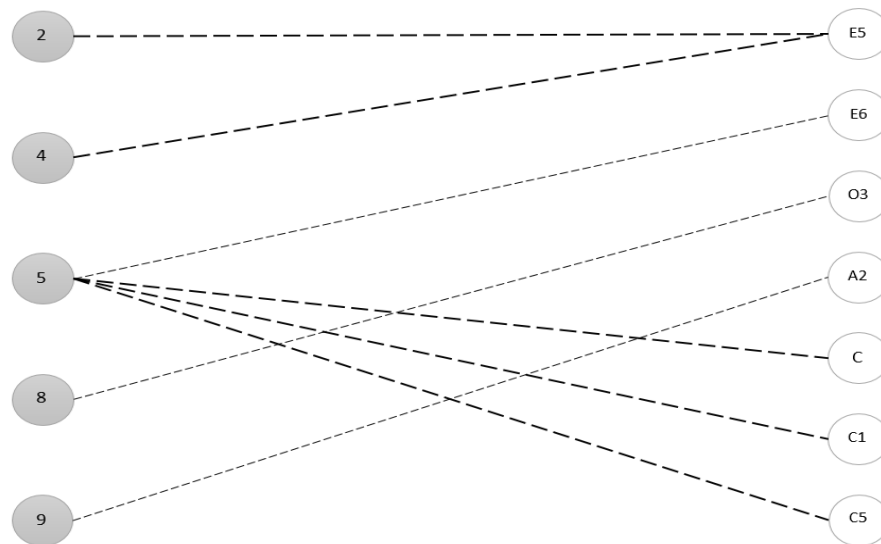


Рис. 3.8 Кореляційні плеяди, що відображають взаємозв'язки між основними і додатковими шкалами НЕО і симптомокомплексами БДЛ в контрольній групі

**Примітка:** Позначення симптомокомплексів БДЛ ті ж, а також: 8. Недовіра до себе; 9. Труднощі спілкування. Шкал і підшкали НЕО - див. в тексті.

Крім того, в групі умовно здорових осіб підшкала Пошук збудження (E5), або Погоня за враженнями, пов'язана з Агресивністю і Тривожністю по БДЛ. У групі умовно здорових осіб з'являються зв'язки з такими проективно виявленими характеристиками особистості, як Недовіра до себе і Труднощі в спілкуванні. Недовіра до себе пов'язана середньою силою негативного зв'язку з Почуттями (O3), а Труднощі в спілкуванні - Чесністю (A2). Таким чином, вимальовується картина особистості, у якій чим вище прихована Депресивність, тим нижче Сумлінність (C), що соціально схвалюється, і навпаки, провідною неусвідомленою тенденцією є Депресивність (найімовірніше обумовлена певним хронічним рівнем психо-соціального стресу), але компенсує свої проблеми проявами екстраверсії, сумлінного ставлення до своїх обов'язків, скрупульозністю, пунктуальністю і т.д. На цьому тлі ще більш опукло виглядають характеристики осіб з



хімічною адикцією, де переважають агресія, конфліктність, нехтування моральними принципами і нелагідність (табл. 3.2, рис. 3.7).

На заключному етапі роботи нами було проведено порівняльний аналіз кореляційних взаємозв'язків в групах осіб з хімічною адикцією і контролю, що дозволило оцінити ефекти модерації, які надає хімічна адикція щодо взаємозв'язків між неусвідомлюваним і усвідомленим рівнями психіки. Найбільша величина даного ефекту виявлена для модерації співвідношення між Депресивністю і Скромністю (A5) ( $\Delta r = - 0,361$ ;  $df = 1$ ;  $\chi^2 = 8,272$ ;  $p = 0,004$ ). В даному випадку величина ефекту виражається негативним числом, оскільки тут і далі він розраховувався як різниця, де зменшувальним є коефіцієнт кореляції в клінічній групі, а від'ємним - коефіцієнт кореляції в групі контролю (рис. 3.9). Коефіцієнт кореляції в групі осіб з хімічною адикцією ( $r = - 0,229$ ) свідчить про те, що симптомокомплекс Депресії по БДЛ на неусвідомлюваному рівні супроводжується у осіб з хімічною адикцією втратою такої якості, як скромність, і відповідно, появи розбещеності і егоцентричності. У контрольній групі між Депресивністю і Скромністю (A5) відзначається тенденція до позитивного взаємозв'язку ( $r = 0,132$ ). Отже, чим більше проявляє себе Депресивний симптомокомплекс на неусвідомлюваному рівні, тим більш поміркований здоровий індивід в своїх вимогах, і тим менше він прагне бути першим у своєму оточенні, проте на тлі адикції ситуація змінюється на протилежну, тобто можна стверджувати, що адикція модерує цей взаємозв'язок (рис. 3.9).

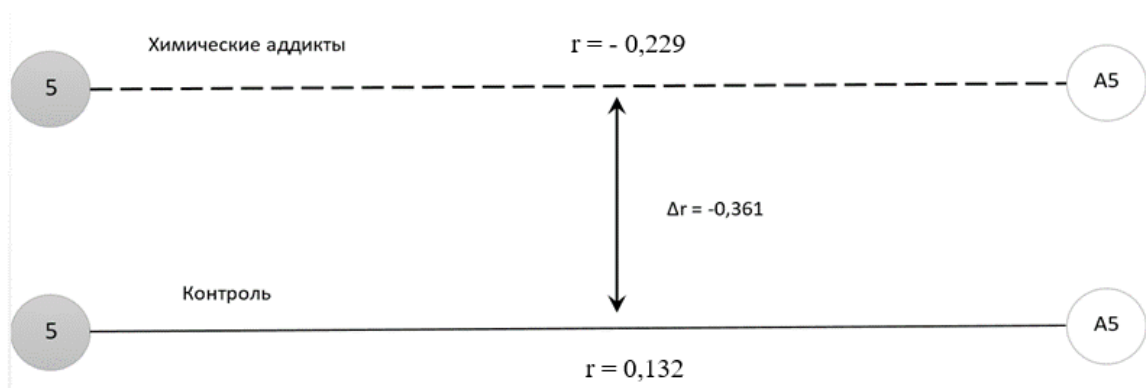


Рис. 3.9. Схематичне зображення ефекту модерації хімічної залежності щодо взаємозв'язку між Депресивністю і Скромністю (A5).

**Примітка.** Позначення ті ж, що і на рис. 3.7 і 3.8.

Аналіз ефектів модерації щодо інших показників дозволив виявити ще ряд статистично значущих ефектів. Так, у здорових осіб Пошук вражень (E5) (характеристика, яку часто пов'язують з передиспозицією до адикціям) негативно корелює з неусвідомленою Тривожністю по БДЛ, однак у сформованих осіб з хімічною адикцією цей зв'язок змінюється на слабкий і позитивний ( $\Delta r = 0,331$ ;  $df = 1$ ;  $\chi^2 = 6,212$ ;  $p = 0,013$ ). У здорових осіб Компетентність (C1) (що розуміється як уміння справлятися з життєвими труднощами) негативно корелює з Депресивністю по БДЛ (що цілком логічно), в той же час, у осіб з хімічною адикцією цей зв'язок змінюється на слабку позитивну ( $\Delta r = 0,304$ ;  $df = 1$ ;  $\chi^2 = 2,950$ ;  $p = 0,054$ ).

Підводячи підсумок дослідження в цілому, ми хотіли б відзначити, що розуміння особистості з хімічною адикцією, особливо залежного від наркотичних препаратів, у вітчизняній літературі часто асоціюється з розладами особистості (Касимова, & Лацплес, 2008), акцентуаціями, інфантилізмом (Андрух, 2011), кримінальними нахилами (Думан, 2013), тобто з крайніми патологічними проявами, в яких особистісні деформації виходять на перший план. У той же час, особистісні передиспозиції безсумнівно грають свою роль в тому, що індивід стає залежним, тобто є

факторами ризику, причому іноді навіть асоційовані з прийомом тих чи інших психоактивних речовин. Так, наприклад, хворі героїновою наркоманією відрізняються вкрай високими значеннями Нейротизма (N), особливо Вразливістю (N6), і дуже низькими значеннями Сумлінність (C), особливо Компетентністю (C1), Прагненням до досягнень (C4) і Обдумування вчинків (C6), в той час як курці марихуани мали не настільки високі бали Нейротизму (N), проте відрізнялися вираженою Відкритістю досвіду (O), але низькими значеннями Співпраці (A) і Сумлінності (C) (Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu, & Costa, 2008). Наші дані дуже близькі до наведених результатів (зокрема, хворі героїновою наркоманією) і підкреслюють роль не тільки негативного афекту і імпульсивності, а й значення такої риси як Сумлінність (C). Низькі бали за цією шкалою говорять про меншу вимогливість до себе, млявості і апатії в досягненні професійних цілей, відсутності здорової амбітності (Digman, 1990; Лаак, & Бругман, 2003). У той же час, завдяки використанню проєктивного тесту, нам вперше вдалося встановити, що вказанні риси прямо корелюють з прихованою агресивністю пацієнтів. Це, на наш погляд важливо при проведенні психотерапії та психокорекції у даного контингенту. Ще один виявлений взаємозв'язок (підтверджений ефектом модерації) – це зворотна кореляція між прихованою Депресивністю і зовнішньо проявленою Скромністю (A5). Високі значення шкали Скромність (A5) притаманні боязким і сором'язливим людям, які віддають перевагу «триматися в тіні», в той час як низькі бали характерні для людей, які вважають себе вище інших, схильних до самовдоволення, марнославству, зарозумілості, що іноді проявляється як розбещеність і нескромність в поведінці. Той факт, що за всім цим може стояти Депресивність, відомий психологам і психіатрам, але тут він отримує своє емпіричне підтвердження стосовно осіб з хімічною адикцією.

Таким чином, результати дослідження дозволяють доповнити і конкретизувати ідею про те, що між неусвідомлюваним і усвідомленим

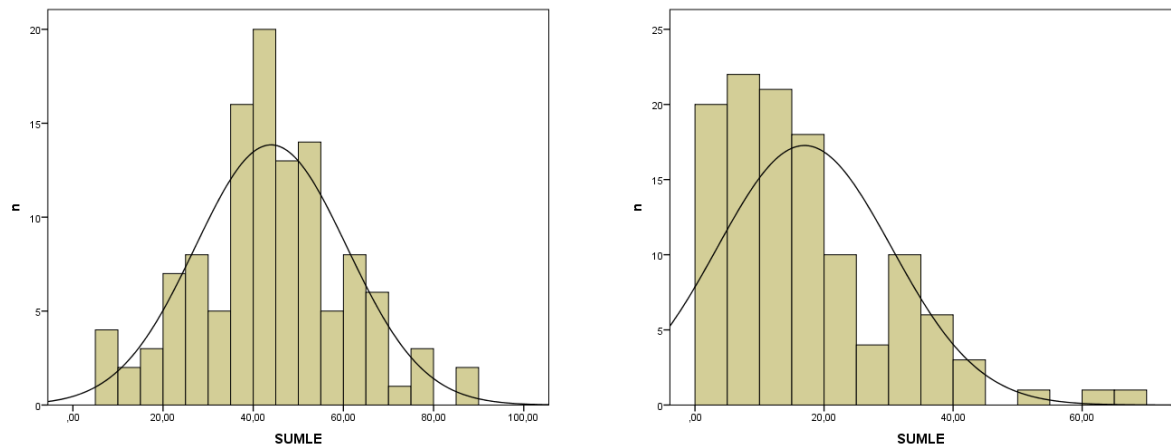
рівнями психіки існують певні взаємини, які доступні емпіричному аналізу. Такий аналіз стає більш об'єктивним на тлі тієї чи іншої психологічної або психіатричної проблеми, наприклад, сформульованої адикції, коли залучені до процесу нейробіологічні механізми стають самодостатньою силою, яка спрямовує і деформує внутрішньоособистісні неусвідомлювані і усвідомлювані процеси і реакції. У зв'язку з цим, використання психометричних та проєктивних тестів і зіставлення результатів при діагностиці залежних пацієнтів відкриває нові можливості для розуміння особистості пацієнтів і вибудовування більш ефективних індивідуальних стратегій терапії.

Отже, здійснивши аналіз особистісних особливостей, як чинників формування хімічної залежності нами було встановлено наступне. Виявлено, що Нейротизм (N) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності не тільки як базова риса особистості, але й у його різноманітних проявах. Найбільш важливим маркером є Імпульсивність (N5). Встановлено, що Екстраверсія (E) у прояві Пошуку збудження (E5) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності. Показано, що Відкритість досвіду (O) в аспектах більшої чуттєвості і меншої керованості цінностями (у випадку осіб з наркотичною залежністю) є діагностичними критеріями хімічної залежності. Проте ці параметри є достатньо слабкими критеріями. Встановлено, що Співпраця (A) в аспектах меншої Довіри (A1) та Чесності (A2) (у випадку наркотичної залежності) є діагностичними критеріями хімічної залежності. Зазначено, що важливим діагностичним маркером є Поступливість (A4), яка у порівнянні з умовно здоровими є нижчою у осіб з алкогольною адикцією і ще нижчою у осіб з наркотичною адикцією. Доведено, що Сумлінність (C) виступає діагностичним критерієм хімічної залежності не тільки як базова риса особистості, але й в її різноманітних проявах, найбільш важливими маркерами є Компетентність (C1), Слухняність до обов'язку (C3), Самодисципліна (C5), Обдумування вчинків (C6). За допомогою дискримінантного аналізу було побудовано модель для

прогнозування належності до групи осіб з хімічною адикцією. Дискримінуючими чинниками виступають такі субфактори, як Обдумування вчинків (С6), Пошук збудження (Е5), Ворожість (N2), Альтруїзм (А3), Чесність (А2), Ранимість (N6), Фантазії (О1), Імпульсивність (N5). При дослідженні взаємозв'язків між особистісними рисами та неусвідомленими тенденціями у осіб з наявністю та відсутністю хімічної залежності було встановлено, що у осіб з хімічною адикцією менша вимогливість до себе, млявість і апатії в досягненні професійних цілей, відсутність здорової амбітності прямо корелюють з прихованою агресивністю. Розглянуто депресивний симптомокомплекс на неусвідомлюваному рівні, і показано, що чим більш поміркований здоровий індивід в своїх вимогах, тим менше він прагне бути першим у своєму оточенні. Проте на тлі адикції ситуація змінюється на протилежну, тобто можна стверджувати, що адикція модерує цей взаємозв'язок і в особах з хімічною адикцією виявляється схильність до самовдоволення, марнославства, зарозумілості, що іноді проявляється як розбещеність і нескромність в поведінці.

### **3.2. Вивчення стресового навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху.**

Оцінка сумарного стресу життєвих подій: на рисунку наведені гістограми розподілу показника SUMLE в групах з хімічною адикцією та умовно здорових осіб. Якщо в першій групі розподіл був симетричний ( $S = 0,059$ ;  $K = 0,135$ ), то в групі порівняння ми бачимо суттєву правосторонню асиметрію ( $S = 1,260$ ;  $K = 1,789$ ). Описові статистики для цих груп були наступними: особи з хімічною адикцією ( $M = 43,957$ ;  $SD = 16,851$ ), умовно здорові ( $M = 16,957$   $SD = 13,515$ ). Однофакторний дисперсійний аналіз показав, що розбіжність за показником SUMLE є статистично значущою і сильною за ефектом ( $F=182,793$ ;  $p<0,001$ ;  $\omega^2=0,441$ ). Таким чином, сумарне стресове навантаження в осіб з хімічною адикцією майже в три рази більше, ніж в умовно здорових осіб (рис. 3.10).



Особи з хімічною адикцією

Умовно здорові

Рис. 3.10. Гістограми розподілу значень за сумарним показником SUMLE.

Аналіз гістограм розподілу показника SUMLE в групах порівняння дозволяє стверджувати, що стресове навантаження протягом всього життя є значно інтенсивнішим у осіб з хімічною адикцією ніж у умовно здорових осіб. Це відповідає широкому колу даних, що представлені в працях Ц.П. Короленко (2001; 2007; 1991).

Симетричність розподілу негативних стресових подій у залежних осіб дозволяє припустити, що існує певний достатньо високий рівень стресового навантаження ( $SUMLE > 40$  балів), який властивий життєвому шляху переважної більшості осіб з хімічною адикцією і на якому низька інтенсивність стресових подій є виключенням, а не правилом. Тоді як в умовно здорових осіб виразна правостороння асиметрія показує, що більшість з цих осіб характеризуються мінімальним стресовим навантаженням ( $SUMLE = 0 - 20$  балів) і чим більше стресове навантаження, тем меншою є кількість таких осіб у вибірці. В статті Ж.В. Ємяшевої, присвяченої впливу дитячої травми на накопичення стресових подій і формуванню суїцидальних тенденцій при адиктивній поведінці є данні про розподіл стресових подій в роботі Ф.Б. Березіна, Т.В. Барласа. Так, на думку Ф.Б. Березіна, Т.В. Барлас в дитинстві при неадекватній поведінці батьків

(впертість, нетерпимість до чужої думки, завищені претензії, авторитарність, владність, надмірні вимоги до дитини, або, навпаки, образливість, понижений фон настрою, песимізм, невпевненість в собі, знижує самооцінку дитини, брак уваги і розуміння, агресивність або відчуження) в дорослому віці у цих осіб під впливом життєвих подій виникали психічні (невротичні) розлади (Березин, & Барлас, 1994).

Оцінка представленості життєвих подій на різних етапах життєвого шляху: розглянувши загальне стресове навантаження ми перейшли до визначення рівня стресових подій у певних вікових періодах. Нами було сформовано чотири композитних змінних: кожна з них відповідала певному віковому періоду і обчислювалась як сума негативних життєвих подій у відповідному періоді (кластер 6. Негативні події життя). Якщо подія зазначена респондентом, то до композитного показнику вона включалася зі значенням «1». Якщо не зазначена – «0». Тому композитні показники відображали кількість негативних життєвих подій у зазначених вікових діапазонах: 0 – 6 років; 7 – 14 років; 15 – 18 років; 19 і більше років.

В таблиці 3.19 наведена вікова динаміка кількості негативних життєвих подій у групах порівняння. Як видно з даної таблиці середня кількість подій у кожному з вікових періодів є вищою у осіб з хімічною адикцією. Динаміка кількості подій у осіб з хімічною адикцією є зростаючою, але в умовно здорових осіб, починаючи з періоду 7 – 14 років вона суттєво не змінюється. Важливим є те, що середній рівень кількості негативних життєвих подій у осіб з хімічною адикцією у період 0 – 6 років є навіть більшим, ніж в умовно здорових осіб у період 19 і більше років.

Таблиця 3.19

**Вікова динаміка кількості негативних життєвих подій.**

Вікові періоди	Групи			
	Особи з хімічною адикцією		Умовно здорові	
	М	SD	М	SD
0 – 6 років	5,274	4,582	1,726	2,402
7 – 14 років	11,906	8,218	3,949	4,187
15 – 18 років	15,009	9,014	4,359	4,757
19 років і більше	17,600	8,950	4,034	5,019

Аналізуючи розподіл значень негативних життєвих подій у групах порівняння у розрізі віку, можна зазначити наступне. У віковій категорії 0-6 характер розподілу негативних життєвих подій суттєво відрізнявся від нормального в обох групах порівняння ( $S = 1,275$ ;  $K = 1,334$  – особи з хімічною адикцією;  $S = 2,668$ ;  $K = 10,653$  – контрольна група). Розподіл негативних життєвих подій, пов'язаних з наступними віковими періодами характеризувався загальною тенденцією: у осіб із залежністю - симетричний розподіл: для 7 – 14 років:  $S = 0,796$ ;  $K = 0,229$ , для 15 – 18 років:  $S = 0,450$ ;  $K = -0,583$ , для 19 і більше:  $S = -0,019$ ;  $K = -0,237$ , тоді як в групі порівняння визначалась істотна правостороння асиметрія з виразним ексцесом для 7 – 14 років:  $S = 2,098$ ;  $K = 6,154$ , для 15 – 18 років:  $S = 2,367$ ;  $K = 8,782$ , для 19 і більше:  $S = 2,127$ ;  $K = 5,278$ .

Однофакторний дисперсійний аналіз показав, що розбіжності за композитними показниками кожного з вікових періодів є статистично значущими і сильними за ефектом 0 – 6 років ( $F = 55,002$ ;  $p < 0,001$ ;  $\omega^2 = 0,192$ ), 7 – 14 років ( $F = 87,088$ ;  $p < 0,001$ ;  $\omega^2 = 0,273$ ), 15 – 18 років ( $F = 127,739$ ;  $p < 0,001$ ;  $\omega^2 = 0,355$ ), 19 і більше років ( $F = 204,481$ ;  $p < 0,001$ ;  $\omega^2 = 0,468$ ). Таким чином сумарне стресове навантаження у осіб з хімічною адикцією в ранньому



віковому періоді майже в три рази більше, ніж в умовно здорових осіб, а в старшому віковому періоді – в більш ніж 4 рази.

Інтерпретуючи результати вивчення вікової динаміки кількості негативних життєвих подій можна зазначити, що не зважаючи на те, що виявлено тенденцію до зростання кількості подій з віком, з точки зору підходу, представниками якого є В.А. Розанов, Д. Вассерман, Б.В. Бірон, Ж.В. Ємяшева стресове навантаження у осіб з хімічною адикцією в 0 – 6 років є більшим, ніж у будь – який віковий період здорових осіб. Іншими словами особи з хімічною адикцією в цей період зазнають критичну інтенсивність стресового впливу. Це дозволяє розглядати цей період як тригер, що запускає адиктивну поведінку (Розанов, Ємяшева, & Бірон, 2011). З точки зору іншого підходу М. Кляйн, Н.Ф. Каліна, Е. Еріксон, Дж. Марсія, Д. Енджел (2006; 1967; 2011) це розглядається як щось інше.

Звертає на себе увагу, що закон розподілу негативних стресових подій в цьому віковому періоду у осіб з хімічною адикцією якісно не відрізняється – правостороння асиметрія. що показує, більшість з цих осіб характеризуються мінімальним стресовим навантаженням і чим більше стресове навантаження, тем меншою є кількість таких осіб у вибірці. З кожним віковим періодом розподіл негативних стресових подій в групі осіб з хімічною адикцією стає більш подібним до гаусового (нормального), тоді як в умовно здорових залишається правосторонньо асиметричним. Це свідчить про формування більшої вразливості до подальших стресів. В даному аспекті виявляє себе так званий інкубаційний стрес – стрес, що відбувався в період від 0 до 6 років. (Розанов, Ємяшева, & Бірон, 2011). На нашу думку, він сформував вразливість до негативних стресових подій, які супроводжують індивіда у подальші вікові періоди. Вони можуть відповідно частіше потрапляти до таких подій. Тому ми спостерігаємо, що кількість таких подій з віком зростає і, позатім зростає кількість негативних життєвих подій, асоційованих з адикцією. Поза сумнівом, цей факт можна пояснити і тим, що доросли люди, які становили контингент нашого дослідження краще

пам'ятають нещодавні події, що може значно спотворювати відповіді щодо ранніх життєвих подій. Не виключено, що більш пізні травматичні події проектуються на більш ранні періоди життя у якості фантазій про власне дитинство.

Отже, проаналізовано: ступінь стресового навантаження на різних етапах життєвого шляху у групі осіб з хімічною адикцією у порівнянні з групою здорових осіб. Доведено, що стресове навантаження протягом всього життя є значно інтенсивнішим у осіб з хімічною залежністю ніж у умовно здорових осіб. Зазначено, що розбіжності за композитними показниками кожного з вікових періодів є статистично значущими і сильними за ефектом. Показано, що сумарне стресове навантаження у осіб з хімічною адикцією в ранньому віковому періоді майже в три рази більше, ніж в умовно здорових осіб, а в старшому віковому періоді – в більш ніж 4 рази.

Розглянемо, які стресові події є найбільш характерними для раннього дитячого віку в двох групах порівняння (табл. 3.20).

*Таблиця 3.20*

### **Частота стресових подій в групах порівняння**

Залежні		Умовно здорові	
Подія	Частота %	Подія	Частота %
29.a	35,9	29.a	21,4
19.1	29,9	23.a	17,1
22.a	27,4	24.a	14,5
13.1	23,9	27.a	13,7
27.a	22,2	19.1	9,4
13.5	21,4	2.a	6,8
19.21	17,1	12.33	6,8
23.a	17,1	21.a	6,8
24.a	15,4	22.a	6,8
26.a	15,4	47.a	6,8

**Примітка:** коди негативних життєвих подій: 2.a Залучення в загрозовий життю нещасний випадок; 21.a Розлука з батьками протягом одного року або більш, будучи дитиною; 22.a Виховування в основному іншими людьми, а не батьками; 23.a Розлучення батьків (чи жили окремо); 24.a Від'їзд батьків на довгий час з дому; 26.a Часто думали, що батьки не люблять і не хочуть дбати про дітей; 27.a Серйозні фінансові проблеми батьків; 29.a Серйозні проблеми у взаєминах батьків один з одним; 47.a Фізична хвороба, яка привела (могла привести) до серйозної деформації або непрацездатності; 12.33 Смерть близької особи від інших причин, крім суїциду; 13.1 Емоційні або психологічні тортури зі сторони батька; 13.5 Емоційні або психологічні тортури зі сторони матері; 19.1 Хімічна залежність батька; 19.21 Залежність близької людини від алкоголю, наркотиків або медикаментів. протягом одного року або більш.

Як видно з даної таблиці найбільш частою подією у залежних і здорових виступають батьківські стосунки. В обох групах ці події займають провідне місце у рейтингу. Залежні особи значно частіше здорових зазначають у якості негативної життєвої події хімічну залежність батька (2 і 5 місце у рейтингу, відповідно), а також виховування в основному іншими людьми, а не батьками, що є свідченням певної батьківської депривації (3 і 9 місце у рейтингу, відповідно). Тоді як розлучення батьків (чи жили окремо) та від'їзд батьків на довгий час з дому для залежних осіб має менш негативну життєву подію ніж для умовно здорових (8, 9 і 2, 3 місце у рейтингу, відповідно). Серйозні фінансові проблеми батьків у залежних і здорових осіб знаходяться майже одному рівні (5 та 4 місце рейтингу, відповідно). Крім того, з даної таблиці ми бачимо частоту стресових подій у залежних осіб в наступній послідовності: емоційні або психологічні тортури зі сторони батька – 4 місце, емоційні або психологічні тортури зі сторони матері – 6 місце, залежність близької людини від алкоголю, наркотиків або медикаментів протягом одного року або більш – 7 місце, часті думки, що батьки не люблять і не хочуть дбати про дітей – 10 місце рейтингу. У умовно здорових: залучення в загрозовий життю нещасний випадок – 6 місце, смерть близької особи від інших причин, крім суїциду – 7 місце, розлука з батьками протягом одного року або більш, будучи дитиною – 8 місце, фізична хвороба, яка привела (могла привести) до серйозної деформації або непрацездатності – 10 місце рейтингу.

В цілому патерн негативних стресових подій характеризується у залежних осіб - хімічна залежність батьків та виховання іншими людьми, тоді як в контрольній групі – це розлучення чи від'їзд батьків на довгий час. Але найбільш характерні стресові події у залежних і здорових осіб виступають серйозні проблеми у взаєминах батьків один з одним.

Проте залишається відкритим питання, які негативні події раннього віку найбільш міцно пов'язані з адикцією (0-6 років), що було проаналізовано на наступному етапі дослідження за допомогою критерію К. Крамера. Отже, подія під кодом 13.1 Емоційні або психологічні тортури зі сторони батька виявила найбільший коефіцієнт Крамера ( $K=0,332$ ;  $p < 0,001$ ), що свідчить про найбільшу значущість цієї події стосовно майбутньої адикції. Схожа за характером подія 13.5 Емоційні або психологічні тортури зі сторони матері ( $K=0,308$ ;  $p < 0,001$ ) також виявила 22.а Виховування в основному іншими людьми, а не батьками ( $K=0,272$ ;  $p < 0,001$ ); 19.1 Залежність батька від алкоголю, наркотиків або медикаментів протягом одного року або більш ( $K=0,258$ ;  $p < 0,001$ ); 7.а Серйозні фізичні напади або насильство ( $K=0,232$ ;  $p < 0,001$ ); 26.а Часто думали, що батьки не люблять і не хочуть дбати про дітей ( $K=0,224$ ;  $p = 0,001$ ); 30.а Настільки погані відносини з одним з батьків, що ненавиділи його або її ( $K=0,214$ ;  $p=0,001$ ); 50.а Невдача в досягненні важливої мети ( $K=0,205$ ;  $p = 0,002$ ); 14.5 Фізичне насильство зі сторони матері ( $K=0,200$ ;  $p = 0,002$ ); 18.5 Страждання матері хронічним соматичним захворюванням ( $K=0,200$ ;  $p=0,002$ ); 60.а Переживання протягом тривалого часу самотності ( $K=0,182$ ;  $p = 0,005$ ); 11.а Перенесення сильного потрясіння від того, що одне з наведених у списку подій (№1-10) відбулося з кимось із близьких ( $K=0,176$ ;  $p=0,007$ ); 13.9. Емоційні або психологічні тортури із боку сіблінгів ( $K=0,176$ ;  $p=0,007$ ); 14.1 Фізичне насильство з боку батька ( $K=0,176$ ;  $p = 0,007$ ); 28.а Часто обходили увагою і турботою або залишали на самоті особи, які відповідали за виховання? ( $K=0,176$ ;  $p = 0,007$ ); 43.а Тривалі погані відносини зі значимою людиною ( $K=0,176$ ;  $p = 0,007$ ); 19.21 Залежність близької людини від алкоголю, наркотиків або медикаментів протягом

одного року або більш ( $K=0,174$ ;  $p= 0,008$ ); 13.27 Емоційні або психологічні тортури з боку дальніх знайомих ( $K=0,168$ ;  $p= 0,010$ ); 19.5. залежність матері від алкоголю, наркотиків або медикаментів протягом одного року або більш ( $K=0,162$ ;  $p= 0,013$ ); 20.1 Батько був засуджений до ув'язнення ( $K=0,162$ ;  $p=0,013$ ); 18.1 Батько страждав хронічним соматичним захворюванням ( $K=0,155$ ;  $p=0,018$ ); 18.21 Близьке лице страждало хронічним соматичним захворюванням ( $K=0,155$ ;  $p=0,018$ ); 46.a Порушення, викликані ускладненнями під час своїх пологів ( $K=0,153$ ;  $p=0,019$ ); 6.a Сексуальні домагання, торкання або обмацування геніталій проти бажання ( $K=0,148$ ;  $p=0,024$ ); 20.21 Засудження до ув'язнення близького лица ( $K=0,148$ ;  $p=0,024$ ); 2.a Залучення до нещасного випадку, що загрожувало життю ( $K=0,147$ ;  $p=0,024$ ); 10.a Переживання надзвичайної стресової або травмуючої події ( $K=0,141$ ;  $p=0,031$ ); 4.a Був свідком того, як хтось був важко поранений або вбитий? ( $K=0,132$ ;  $p=0,044$ ).

Результати аналізу за критерієм К Крамера наведені на рисунку 3.11:

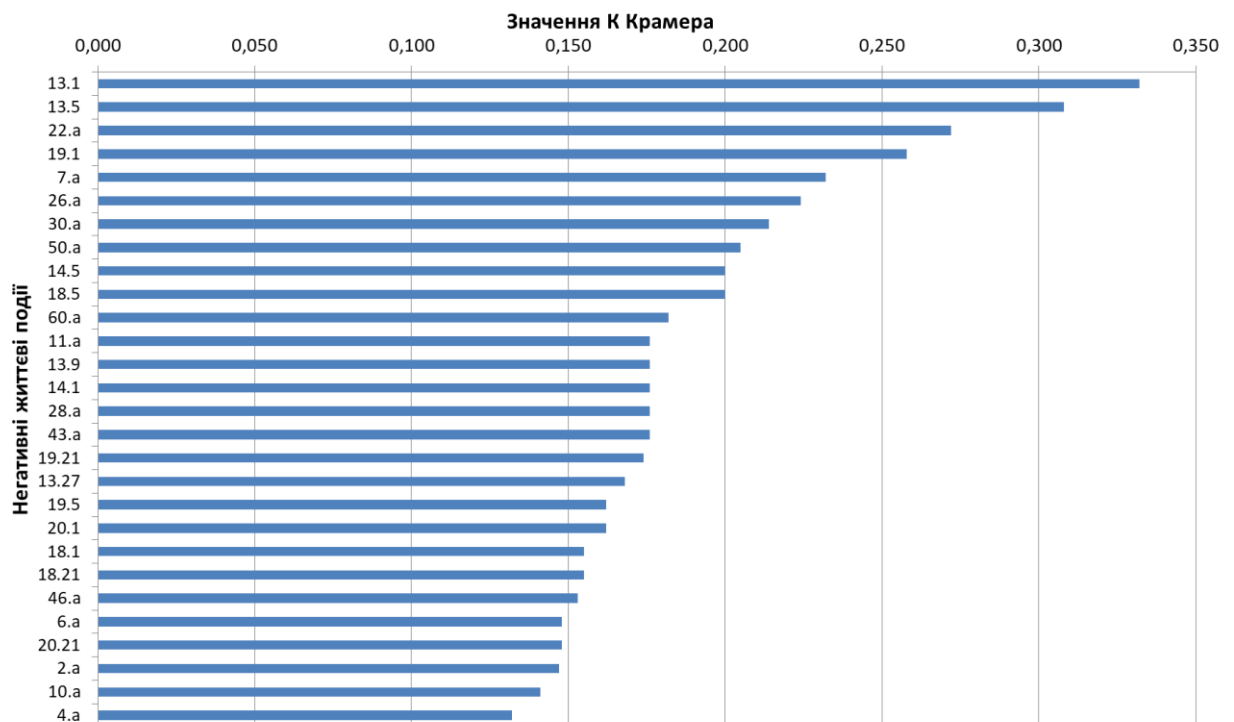


Рис. 3.11. Значення коефіцієнтів асоціації Крамера, що показують зв'язок негативних життєвих подій раннього віку з наявністю адикції.

**Примітка:** коди негативних життєвих подій наведені у тексті статті вище за текстом.

Отже, навколишнє соціальне мікросередовище, психологічний клімат у сім'ї, умови виховання, стосунки з батьками і особистість самих батьків мають вагомий вплив на дитину і, насамперед, на особливості її характеру. Якщо сімейна атмосфера несприятлива для психічного розвитку, то цілком можливо, що і сформовані риси особистості дитини також будуть патологічними. Отже, особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово, в процесі онтогенезу.

За допомогою регресійного моделювання нами було здійснено оцінку прогностичної цінності композитного показника по відношенню до передбачення адиктивної поведінки. В цьому моделюванні незалежною змінною виступав кожен з чотирьох композитних показників, а залежною – дихотомічна змінна наявність/відсутність хімічної адикції. Результати даного аналізу наведені в таблиці 3.21.

*Таблиця 3.21*

**Прогностична цінність регресійних моделей, що пов'язують негативні життєві події з адиктивною поведінкою**

Період	R2	R2 корег	R2 Кокса Снелла	R2 Нагелькерке
0 – 6 років	0,192	0,188	0,216	0,288
7 – 14 років	0,273	0,270	0,296	0,395
15 – 18 років	0,355	0,352	0,371	0,495
19 років і більше	0,468	0,466	0,453	0,604

Було використано як просту лінійну так і просту логістичну регресійну моделі. Адже логістичні регресійні моделі більш стійкі до порушень нормальності, які спостерігаються в групі умовно здорових осіб. Як свідчать різноманітні коефіцієнти детермінації моделі для всіх вікових періодів характеризувались високою прогностичною цінністю, але чітко простежувалась тенденція, що по мірі збільшення віку прогностична цінність

моделей зростала (як лінійних, так і логістичних). Таким чином, наявність адикції у зрілому віці краще визначається подіями в період 19 і більше років. Проте отримані результати дозволяють розглядати стрес раннього періоду життя як чинник адиктивної поведінки у зрілому віці, адже значення коефіцієнтів детермінації в цьому періоді є високими.

Для того, щоб відокремити внесок саме раннього періоду життя в адиктивну поведінку від подальших нашарувань, було проведено ієрархічний регресійний аналіз. Лінійна модель представлена в таблиці 3.22.

Таблиця 3.22

**Модель ієрархічної лінійної регресії, що репрезентує вікове накопичення негативних стресових подій як предикторів адикції**

Віковий період	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> корег	Змінення R <sup>2</sup>	Змінення R <sup>2</sup> корег	Змінення F	p для змінення F
0 – 6 років	0,192	0,188	0,192	0,188	55,002	<0,001
7 – 14 років	0,280	0,274	0,088	0,086	28,368	<0,001
15 – 18 років	0,357	0,349	0,077	0,075	27,669	<0,001
19 – ∞	0,492	0,483	0,135	0,134	60,809	<0,001

Як видно з цієї таблиці, найбільше поліпшення прогностичної цінності моделі характерно на першому кроці: при включенні в неї подій раннього дитинства (0 – 6 років) – на 19,2%. Включення наступних подій 7 – 14 років, і 15 – 18 років, що характеризує накопичення стресу в дані вікові періоди покращує прогностичну цінність моделі незначно, відповідно на 8,8% і 7,7%. Подальше включення в модель подій, які характеризують період від 19 і більше років дають більш істотне поліпшення моделі на 13,5%. В цілому фінальна модель, що зв'язує негативні життєві події і наявність хімічної адикції характеризується високим коефіцієнтом детермінації  $R^2 = 49,2$ .

Наступна таблиця (табл. 3.23) являє собою аналогічну процедуру регресійного аналізу, виконану засобами логістичної регресії.

Таблиця 3.23

**Модель ієрархічної логістичної регресії, що репрезентує вікове накопичення негативних стресових подій як предикторів адикції**

Віковий період	R2 Кокса Снелла	R2 Нагелькерке	Змінення R2 Кокса Снелла	Змінення R2 Нагелькерке	Точність класифікації %
0 – 6 років	0,216	0,288	0,216	0,288	70,1
7 – 14 років	0,305	0,406	0,089	0,118	76,5
15 – 18 років	0,375	0,500	0,070	0,094	79,9
19 і більше років	0,494	0,658	0,119	0,158	86,3

Як видно з даної таблиці, найбільш критичними віковими періодами щодо прогнозу наявності адикції є вікові періоди: 0 – 6 років і 19 і більше років. Це підтверджується псевдо-коефіцієнтами детермінації. В цілому класифікаційна точність моделі ієрархічної логістичної регресії становить 86,3%.

Отже, із застосуванням дисперсійного аналізу і коефіцієнту Крамера показано, що події раннього періоду життя певним чином спричиняють велике стресове навантаження при досягненні періоду дорослішання. Тим самим, стрес провокує подальший стрес. За результатами дослідження показано, що ті респонденти, хто сьогодні є особами з хімічною адикцією, в дитинстві та підлітковому віці мали значно більш негативний досвід стресових подій життя. Отриманий результат об'єктивно доводить те, що ті, хто сьогодні є особами з хімічною адикцією, в дитинстві страждали від поганих відносин і перш за все з батьками. (13.1, 13.5, 22.а, 19.1 тощо). Тобто як чинник визначаються міжособистісні конфліктні стосунки і на першому місці серед них страждання, пов'язані з поганими стосунками з батьками.



Показано, що найбільш критичними віковими періодами щодо прогнозу наявності адикції є вікові періоди: 0-6 років і 19 і більше років.

На наступному етапі було проаналізовано роль особистісних змінних у формуванні взаємовідношень між раннім стресом та адикцією. Нас цікавив саме ранній стрес, адже у підрозділі 1.2 було показано, що велика кількість досліджень, присвячених ролі негативних життєвих подій, незмінно підтверджують зв'язок між таким подіями у житті людини в різні вікові періоди (особливо у дитинстві та у підлітковому віці) й формуванням хімічної адикції у дорослому віці.

Ми припустили, що негативні життєві події у ранньому періоді життя можуть впливати на наявність адикції у дорослому віці. В свою чергу індивідуально-особистісні особливості здатні змінювати цей вплив, роблячи його сильнішим чи слабшим. Використовуючи математичну термінологію, ми розглядаємо стрес у ранньому віці як предиктор, наявність хімічної адикції в подальшому житті – як критеріальну змінну і параметри усвідомлюваних та неусвідомлюваних індивідуально-психологічних особливостей як модератори. При аналізі ефектів модерації описано тільки статистично значущі ефекти ( $p < 0,05$ ). Для побудови моделей модерації використовувався програмний пакет IBM SPSS Amos 22.0.0. Оскільки в даному програмному пакеті немає передбачає особистої вивчення модеруються впливу, використовувався метод, запропонований в роботі (Preacher, Rucker, & Hayes, 2007) і дозволяє судити про модерацію непрямим чином.

За допомогою моделювання структурними рівняннями побудовано цілу низку моделей модерації. В якості модератору впливу негативних життєвих подій раннього періоду життя на формування адиктивної поведінки у зрілому віці розглядався такий параметр опитувальника НЕО як Нейротизм (N) (рис. 3.12.).

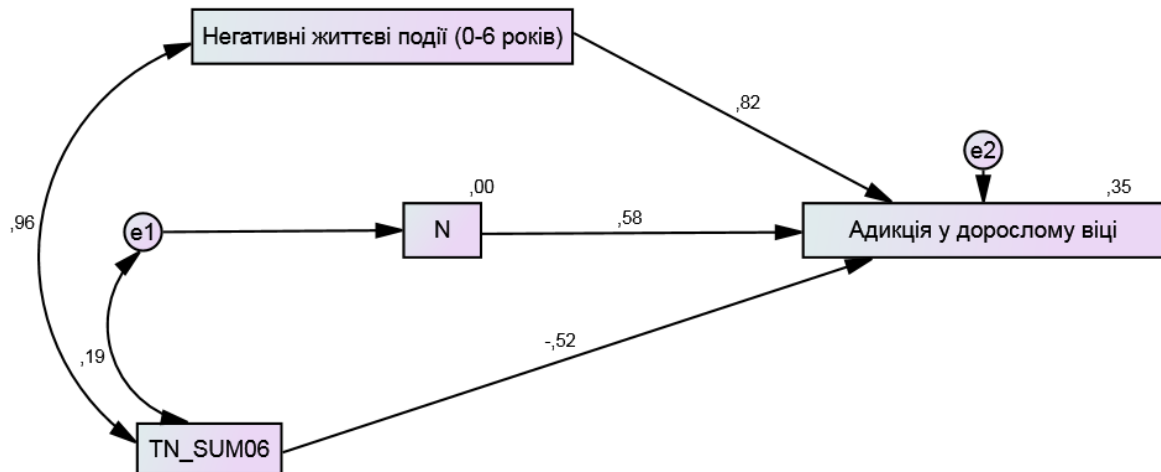


Рис. 3.12. Нейротизм як модератор зв'язку «негативні життєві події раннього віку – адикція у дорослому віці». (Структурна модель)

У тексті рис 3.12 і рис. 3.14 для кожної залежної змінної, крім загальної частини, яка визначається ваговим внеском детермінуючих її відомих незалежних змінних, є ще і специфічність, в моделі не обчислювальна, але виражається залишковою змінною. Вона відображає вплив неврахованих в моделі факторів, і називається похибкою. Її включення забезпечує повноту моделі. Як правило, залишкові компоненти виносяться за рамки аналізованої моделі і не включаються в інтерпретацію (Мітіна, 2008). На малюнках вони позначені літерою «e» від англійського слова «error» з відповідною цифрою.

Розглядаючи структурну модель, ефект модурації по відношенню до досліджуваної регресії (ранній стрес – адикція у здоровому віці) є від'ємним і сильним за величиною ( $\beta = -0,517$ ;  $p = 0,045$ ). Коефіцієнт детермінації для параметра адикції був достатньо високим -  $R^2 = 0,353$ . Сильний від'ємний ефект модурації свідчить про те, що по мірі зростання величини нейротизму ефект негативних життєвих подій у ранньому віці на формування адикції знижується. Тобто більше шансів стати залежним від психоактивних

речовин при однаковому ранньому стресовому навантаженні у осіб з нижчим рівнем нейротизму.

Так, при розбитті вибірки на дві підвибірки за значенням медіани ( $M = 57,00$ ) за шкалою Нейротизму співвідношення коефіцієнтів регресії між навантаженням у ранньому віці та формуванням адикції становить ( $\beta = 0,492$  та  $\beta = 0,372$ ), що вказує на те, що в групі з низьким нейротизмом ранній стрес міцніше пов'язаний з адикцією ніж у групі з високим нейротизмом. Проте це не підтверджується розрахунками за допомогою логістичних регресійних моделей ( $B = 0,292$  та  $B = 0,306$ ) (рис.3.13).

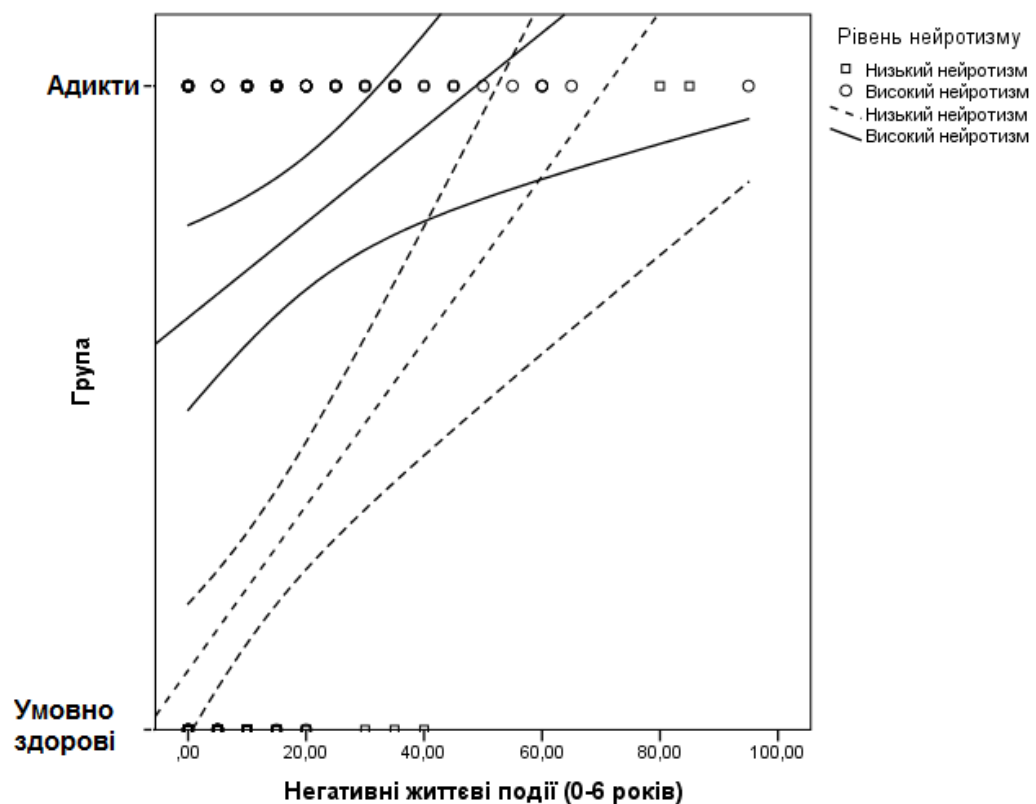


Рис. 3.13. Зображення ефектів модерації з боку нейротизму на взаємовідношення між негативними життєвими подіями та адикцією.

**Примітка:** прямі лінії (суцільна та пунктирна) – графічне зображення лінійного регресійного рівняння. Криві лінії (суцільна та пунктирна) – графічне зображення 95 % - довірчі інтервали.

Але це підтверджується при розбитті вибірки за значення третього квартилю ( $Q3 = 65,00$ ) ( $B = 0,376$  та  $B = 0,136$ ). Тобто, особи з крайньо

високим значеннями Нейротизму (N), менш схильні «перетворювати» ранній стрес у залежності. Очевидно, що спрямовують цей стрес на щось інше.

Такі фактори п'ятифакторної моделі як Екстраверсія (E), Відкритість досвіту (O) та Співпраці (A) не виявили себе у якості статистично значущих модераторів ( $p < 0,05$ ) в моделях зазначеного типу. відповідно, їхня роль у формуванні взаємовідношень між раннім стресом та адикцією є мінімальною.

У якості модератора розглянуто фактор Сумлінність (C). Розглядаючи структурну модель, ефект модерації по відношенню до досліджуваної регресії (ранній стрес – адикція у дорослому віці) є додатним і сильним за величиною ( $\beta = 0,526$ ;  $p = 0,045$ ). Коефіцієнт детермінації для параметра адикції був достатньо високим -  $R^2 = 0,337$ . Сильний додатний ефект модерації свідчить про те, що по мірі зростання величини сумлінності ефект негативних життєвих подій у ранньому віці на формування адикції підвищується. Тобто більше шансів стати залежним від психоактивних речовин при однаковому ранньому стресовому навантаженні у осіб з вищим рівнем сумлінності (рис.3.14).

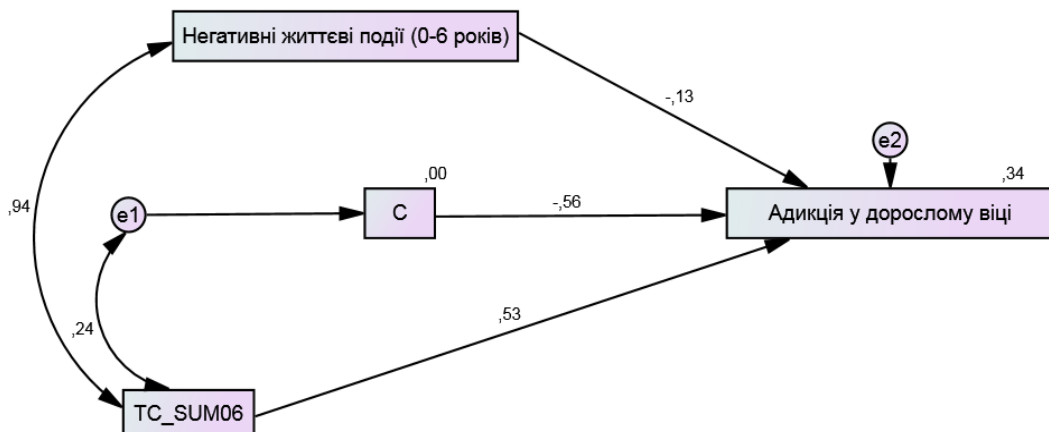


Рис. 3.14 Сумлінність як модератор зв'язку «негативні життєві події раннього віку – адикція у дорослому віці». (Структурна модель)

Так, при розбитті вибірки на дві підвибірки за значенням медіани ( $M = 47,00$ ) за шкалою Сумлінності (С) співвідношення коефіцієнтів регресії між навантаженням у ранньому віці та формуванням адикції становить ( $\beta = 0,371$  та  $\beta = 0,437$ ), що вказує на те, що в групі з високою Сумлінністю (С) ранній стрес міцніше пов'язаний з адикцією ніж у групі з низькою Сумлінністю (С). Це підтверджується розрахунками за допомогою логістичних регресійних моделей ( $B = 0,320$  та  $B = 0,349$ ) (рис.3.15).

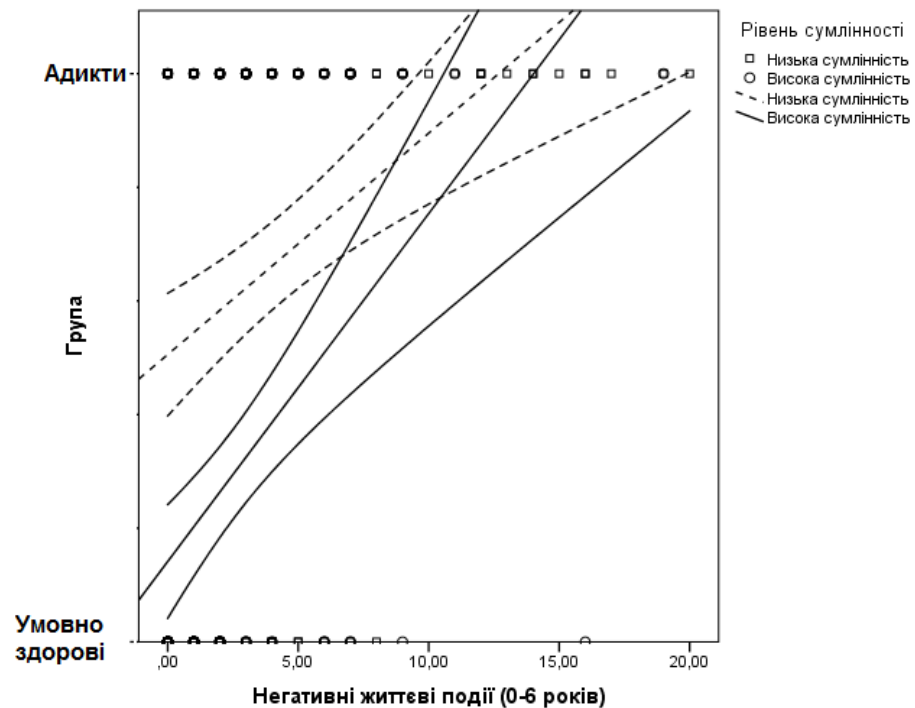


Рис. 3.15. Зображення ефектів модерації з боку Сумлінності (С) на взаємовідношення між негативними життєвими подіями та адикцією.

**Примітка:** прямі лінії (суцільна та пунктирна) – графічне зображення лінійного регресійного рівняння. Криві лінії (суцільна та пунктирна) – графічне зображення 95 % - довірчі інтервали.

Тобто, Сумлінність (С) виступає як чинник, що посилює вплив негативних життєвих подій у дитинстві на формування адикції, що може бути пов'язано з високим рівнем вимогливості з боку батьків і відповідно тиском моральних зобов'язань на дитину.

Далі нами було розглянуто фасетки факторів Нейротизму (N) та Сумлінності (С) у якості модераторів взаємозв'язку між негативними

подіями раннього періоду життя та формуванням адикції. Серед фасеток Нейротизму (N) статистично значущий ефект модерації виявили Ворожість N2 ( $\beta=-0,576$ ;  $p=0,032$ ), Ранимість (N6) ( $\beta=-0,736$ ;  $p=0,013$ ). Серед фасеток Сумлінності (C) Компетентність (C1) ( $\beta=-0,697$ ;  $p=0,001$ ) та Організованість (C2) ( $\beta=0,587$ ;  $p=0,030$ ). Таким чином, агресивне ставлення до інших, відчуття фрустрації від спілкування з іншими людьми, пригніченість та самокритичність є такими аспектами Нейротизму (N), які знижують вірогідність перетворення раннього дитячого стресу у адиктивну поведінку у дорослому віці. В свою чергу, відчуття самовпевненості і здатності до керування подіями власного життя, є посилюючими чинниками того, що ранній дитячий стрес виявляється у дорослому віці у формах адикції.

Дослідження ефектів модерації з боку неусвідомлюваних індивідуально-психологічних особливостей показало наступні тенденції. Статистично значущий ефект модерації виявили Ворожість ( $\beta=-0,380$ ;  $p=0,007$ ), Конфліктність ( $\beta=-0,473$ ;  $p=0,001$ ), Тривожність ( $\beta=-0,332$ ;  $p=0,019$ ), Незахищеність ( $\beta=-0,687$ ;  $p=0,006$ ), Недовіра до себе ( $\beta=-0,284$ ;  $p=0,023$ ), Труднощі в спілкуванні ( $\beta=-0,365$ ;  $p=0,006$ ). Таким чином, неусвідомлювані агресивно-тривожні тенденції також впливають як модератори на взаємовідношення між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції у дорослому віці. Активність цих тенденцій при високому рівні стресового навантаження у ранньому віці сприяє зниженню ризику формування адиктивної поведінки.

Агресивно-тривожні тенденції схожі на підшкали (фасетки) базової шкали Нейротизму (N): Ворожість з боку неусвідомлюваних індивідуально-психологічних особливостей схожі з Ворожістю (N2), Тривожність з Тривожністю (N1). А саме Тривожність (N1) – Тривожність. Тривожні індивіди повні побоювань, полохливі, схильні до занепокоєння, знервовані, напружені і полохливі. Підшкала не вимірює специфічні страхи або фобії, але високі бали можуть вказувати на ймовірність їх наявності в той же мірі, як і наявності повільно плаваючої тривожності; Ворожість (N2) – Ворожість.

Це тенденція відчувати гнів і пов'язані з ним стани, такі як фрустрація та озлобленість. Ця підшкала вимірює індивідуальну готовність відчувати почуття гніву, в той час як його вираз залежить від індивідуального рівня шкали Співпраці (A). Відзначимо, однак, що конкуруючі індивіди часто мають високі бали по даній підшкалі. Низькі бали означають добродушну веселість, безтурботність.

Для пояснення встановлених закономірностей нами запропоновано три гіпотези, які пояснюють парадоксальну роль Нейротизму (N) і пов'язаних з ним особистісних рис і усвідомлюваних конструкцій, як модераторів взаємовідносин між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції у дорослому віці.

1. Спотворення спогадів. Виходячи з цієї концепції, особи з високим рівням Нейротизму і пов'язаних з ним особливостей усвідомлюваного і неусвідомлюваного, схильні до спотворення спогадів раннього періоду життя у зв'язку з порушенням функціонування протективних психологічних захисних механізмів, таких як заперечення, витиснення тощо. Таким чином, ми не можемо розуміти яким само був рівень стресового навантаження у таких осіб і відповідно адекватно оцінити взаємовідношення між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції у дорослому віці. Але, припускаючи це, ми ставимо під сумнів методологічну коректність досліджень за допомогою опитувальника GISS.

2. Неадиктивне відреагування. Люди по-різному ставляться до життєвих труднощів. Як правило, вони знаходять в собі сили впоратися з ними самостійно або за допомогою друзів і близьких. Для деяких стан психологічного дискомфорту є нестерпним і, якщо в цей момент не звернутися до фахівця, то перед людиною постає вибір неадиктивної поведінки. Ми пропускаємо, що у них формується спектр певних невротичних розладів (астено-невротичний синдром, фобічні та obsесивні розлади тощо). Але, оскільки ми фіксували у нашому дослідженні наявність-відсутність адикції, а не невротичних розладів, ми із впевненістю можемо

говорити лише про те, що у таких осіб при високому рівні стресового навантаження у ранньому віці знижується ризик формування адиктивної поведінки. Проте дослідження їхнього неврозогенезу потребує подальших спеціальних досліджень.

3. Відповідності-невідповідності. Дана гіпотеза полягає в тому, що якщо умови розвитку індивіда характеризувались високим рівнем негативних життєвих подій, то у дорослому віці стресове навантаження не буде викликати в нього розвиток психічних розладів. А відповідні розлади виникають при невідповідності рівня дитячого стресу рівню дорослого стресу. В даному дослідженні ми зіткнулися з дійсно цікавим фактом, оскільки до цих пір гіпотеза «відповідності-невідповідності» трактувалася в основному з еволюційних позицій, дуже мало говорилося про людину та її психологію в цьому контексті. В даному випадку відбувається програмування психічного здоров'я індивіда раннім стресом за посередництвом психологічних рис, які також частково успадковуються. При наявності Нейротизму та супутніх індивідуально-психологічних властивостей індивід, запрограмований раннім стресом, відчуває дорослий стрес як конгруентний йому і тим самим не обирає шлях адиктивної поведінки.

4. Отже, встановлено модератори взаємовідносин між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції у дорослому віці. Показано, що особи з високим значеннями нейротизму, менш схильні «перетворювати» ранній стрес у залежності. Також зазначено, що по мірі зростання величини сумлінності ефект негативних життєвих подій у ранньому віці на формування адикції підвищується. Доведено, що відчуття самовпевненості і здатності до керування подіями власного життя, є посилюючими чинниками того, що ранній дитячий стрес виявляється у дорослому віці у формах адикції. Також доведено, що неусвідомлювані агресивно-тривожні тенденції також впливають як модератори на взаємовідношення між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції у дорослому віці. Активність цих



тенденцій при високому рівні стресового навантаження у ранньому віці сприяє зниженню ризику формування адиктивної поведінки. Запропоновано три гіпотези, що пояснюють роль встановлених модераторів. Виходячи з гіпотези спотворення спогадів, особи з високим рівням Нейротизму (N) і пов'язаних з ним особливостей усвідомлюваного і неусвідомлюваного, схильні до спотворення спогадів раннього періоду життя у зв'язку з порушенням функціонування протективних психологічних захисних механізмів. Гіпотеза неадиктивного відреагування полягає в тому, що особи з високим рівнем Нейротизму (N) і супутніх індивідуально-психологічних властивостей схильні при високому рівні стресового навантаження обирати шлях не адиктивної поведінки. Третя гіпотеза відповідності-невідповідності полягає, що при наявності Нейротизму (N) та супутніх індивідуально-психологічних властивостей індивід, запрограмований раннім стресом, відчуває дорослий стрес як конгруентний йому і тим самим не обирає шлях адиктивної поведінки.

5. Таким чином, провівши вивчення стресового навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху. Було показано, що пережиті в дитячому віці негативні життєві події пов'язані з більш інтенсивним накопиченням життєвих стресів в подальшому житті. Зазначено, що ті респонденти, хто сьогодні є особами з хімічною адикцією, в дитинстві та підлітковому віці мали значно більш негативний досвід стресових подій життя. Як провідні негативні життєві події визначаються міжособистісні конфліктні стосунки з батьками. Показано, що найбільш критичними віковими періодами щодо прогнозу наявності адикції є вікові періоди: 0 — 6 років і 19 і більше років. Встановлено модератори взаємовідносин між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції у дорослому віці. Доведено, що Нейротизм (N), Сумлінність (C) та неусвідомлювані агресивно-тривожні тенденції впливають як модератори на взаємовідношення між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції у дорослому віці. Запропоновано три гіпотези, що пояснюють роль встановлених модераторів:

гіпотеза спотворення спогадів, гіпотеза неадиктивного відреагування, гіпотеза відповідності-невідповідності.

### **3.3. Виділення класів осіб з хімічною адикцією, специфікація та апробація відповідних психокорекційних заходів в рамках програми «12 Кроків».**

Психотерапевтична програма 12 Кроків виходить з *моделі хімічної залежності як невиліковного захворювання* (в розумінні неможливості повернутися до контрольованого вживання алкоголю / наркотиків). У зв'язку з цим дії, пропонувані в рамках цієї моделі, не можуть закінчитися повним «лікуванням», а тільки можуть зупинити розвиток хвороби. Тому ці дії повинні розглядатися скоріше як засіб, що допомагає впоратися з хворобою і розкрити наявні у людини резерви, що дозволяють змінити сприйняття, реагування, переживання, поведінку тощо. У зв'язку з цим необхідно розглядати роботу з залежними від психоактивних речовин пацієнтами як опіку і підтримку, а не як лікування в традиційному розумінні.

Така модель реабілітації почала формуватися в Сполучених Штатах (штат Міннесота) в середині 30-тих років минулого століття, з ініціативи двох ентузіастів Білла Уїлсона і Боба Сміта, відомих в співтоваристві під іменами Bill W. і Dr. Bob. В даний час Міннесотська модель лікування і реабілітації осіб з наркотичною та алкогольною залежністю є міжнародним рухом взаємодопомоги. Б.Уїлсон і Б.Сміт за допомогою інших членів розробили програму реабілітації «12 Кроків». Модель вперше була розроблена для роботи з залежними від алкоголю, з часом – від наркотиків, однак сьогодні програма 12 Кроків працює практично з усіма видами залежностей, починаючи від порушень харчової поведінки, азартних ігор, нікотину, сексу, їжі, непотрібних покупок тощо. Основна заявлена мета програми полягає в тому, щоб спонукати осіб з алкогольною та наркотичною залежністю «залишатися тверезими і допомагати досягти тверезості іншим» (Chappel, & DuPont, 1999).

В основі Міннесотської моделі лікування хімічної залежності лежать такі уявлення: хімічна залежність (наркоманія, алкоголізм) - невиліковне хронічне, рецидивуюче (рецидиви можуть траплятися протягом усього життя) захворювання; прогресуюче і смертельне, оскільки, як правило, веде до деградації і загибелі; мультимодальне, що вражає залежного фізично, ментально і духовно; мультифакторне, тобто виникає в силу різних (генетичних, сімейних, соціальних) причин. Суть програми «12 Кроків» полягає в поглибленому усвідомленні себе і самоконтролі через когнітивні і вольові структури. Людина повинна усвідомити, що вона не може контролювати себе та інших поки вживає наркотики або алкоголь.

Філософія програми дуже проста. Людина визнає власне безсилля перед наркотиками, алкоголем або певною іншою залежністю. Це — перший крок до одужання. Далі вона з нею не бореться, а намагається не допустити в своє життя. Не ходить у місця, де продається згубне зілля, не бере в руки чарку, не спілкується з тими, хто колеться або споживає алкоголь. Вона визнає, що не в змозі подолати свою залежність самотужки, а лише спільно, з такими ж людьми, як і вона сама. Збираючись разом і розповідаючи про свою біду, залежні особи діляться своїм досвідом, силою і надією, усвідомлюють правду про свою хворобу, починають більш критично розуміти і оцінювати те, що відбувається. Одне з найбільш корисних переживань, які можна отримати, - це ділитися емоціями з іншими.

Закриті групи, анонімність — основа існування таких співтовариств. Так можна позбутися важкої недуги, якою є наркотики, алкоголь або інша залежність. Основне завдання полягає в тому, щоб відновити свою особистість. Важливо розуміти, що на цей досвід може впливати синтез і вивільнення в мозку хімічного окситоцину.

Клініцисти повинні усвідомлювати, що на будь-які зміни способу життя мають значний вплив як поліморфні гени, так і травматичні події. Хоча було б легко сказати, що всі залежні люди отримують вигоду з 12-східчастих доктрин, це може бути не так. Фактично, коли справа доходить до

духовності, можна думати про те, що існує ряд генів і поліморфізмів, які асоційовані з переконаннями, пов'язаними з вірою (Blum et al., 2015; Comings et al., 2000; Nilsson et al., 2007; Charlton, 2008).

Унікальність Міннесотської моделі полягає в тому, що співробітником лікувальної програми є консультант (помічник одужання) – людина, яка подолала, шляхом роботи за програмою 12 Кроків, свої власні проблеми, пов'язані з алкогольною, наркотичною або іншою залежністю, до того ж отримала спеціальну освіту і пройшла спеціальну підготовку. Консультант повинен бути прикладом поведінки для пацієнта, а взаємини між співробітниками – прикладом для побудови взаємин пацієнта з іншими людьми. Звичайно, в лікувальних програмах беруть участь і фахівці: лікарі, соціальні працівники, психологи тощо. Головне завдання всього персоналу - допомогти пацієнтові організувати власну духовну роботу, орієнтирами для якої служать традиції і принципи АА і АН, застосовуючи в своєму житті програму 12 Кроків. У роботі з пацієнтами заохочується максимальна відкритість у спілкуванні, при суворому дотриманні правил конфіденційності та анонімності; відповідальність за одужання лежить на самому пацієнті.

Міннесотська модель протягом багатьох років розвивалася і вдосконалювалася. В даний час її базові принципи такі:

- трактування хімічної залежності (алкоголізму і наркоманії) як хвороби, і одночасно первинної (тобто хімічна залежність не є проявом будь-якого іншого захворювання, при лікуванні від якого вона зникне, так само як і то, що хімічна залежність не є наслідком будь-якої хвороби, тому що сама по собі є хворобою);

- трактування хімічної залежності як прогресуючої, смертельно небезпечної хвороби і, що особливо важливо, що виникла не з вини хворого, а в результаті поєднання багатьох чинників;

- визнання, що одним з найважливіших симптомів хвороби є Заперечення (часто можна почути, що хімічна залежність - це хвороба

заперечення і рецидивів), причому наявність хвороби заперечує також оточення хворого.

**Процес реабілітації** включає в себе: допомогу професіоналів, обов'язкове щоденне відвідування зборів груп самопомоги Анонімних Алкоголіків (АА) і / або Анонімних Наркоманів (АН). Цей процес триває шість місяців (стаціонар — 28 днів, де пацієнти цілодобово знаходяться в лікувальному центрі, далі - амбулаторно за програмою підтримуючої протирецидивної терапії). Програма дозволяє індивідуалізувати лікувальні програми і тим самим збільшити спектр можливого вибору форм лікування, відповідно до особистісних особливостей. Заохочується участь родичів і близького оточення: відвідування ними занять сімейної освіти, індивідуальне консультування психологом, підтримка в групах Ал-Анон (для членів сім'ї).

Процес одужання включає наступні кроки, кожен з яких має власну значимість.

#### *Керівництво до роботи по Кроках:*

**Перший Крок** програми – визнання своєї проблеми і безсилля перед хімічною залежністю, втрату контролю над своїм життям. Хоча сама концепція безсилля може бути спірною в психологічному плані, вона підтримується реальними механізмами, що бере участь в нейробіологічних схемах мозку. Залежний індивід дійсно не здатний контролювати тягу до наркотику/алкоголю і інше, незважаючи на те, що він заперечує втрату контролю і знаходиться в полоні помилок про «псевдоконтроль» над своєю поведінкою. У визнанні своєї беспорядності цілком можна досягти успіху. Як це не парадоксально, але визнаючи індивідуальну слабкість, ми знаходимо колосальну силу (Дворяк С., & К.Лео (1995)). Згідно з нашими даними, недовіра до себе є важливим фактором залежності. Ми вважаємо, що зробивши перший крок пацієнт вже може частково подолати цю недовіру.

**Другий Крок** - Визнання існування Вищої Сили, могутнішої, ніж сама людина, яка може повернути розсудливість і допомогти подолати проблему. Перший Крок позбавляє ілюзій про залежність, Крок Другий дає надію на

одужання. Другий Крок каже: «те, що ми дізналися про нашу наркоманію в Першому етапі - це ще не кінець історії. Біль і безумство, що супроводжували наше життя, зайві». Деякі чинять опір цьому кроку, думаючи, що він нав'язує релігійність. Але 12 Кроків – це духовна, а не релігійна програма. Цей крок не вимагає віри в конкретного Бога або належності до якої б то не було конфесії («Бог, як ми його розуміємо»). Вираз «Бог, як ми його розуміємо» – є одним з найбільш важливих словосполучень. У ці слова можна включити будь-яке віросповідання або будь-яку глибину віри разом з твердим переконанням, що кожен може вибрати свою власну віру і релігію.

Ґрунтуючись на емпіричних даних, наведених у Розділі 3.1, табл.3.18, рис.3.8, ми вважаємо, що віддавши себе в руки Вищої Сили пацієнт виправляє свої неусвідомлювані якості, а саме емоційну нестабільність, дурні застарілі образи, рівень агресивності, тривожності, негативізму, погані думки, плани і спроби самогубства. Він повертає розсудливість, довіру до себе. Повернення розсудливості означає більше не повертатися до вживання ПАР і якщо ми не повернемося до вживання, то прояви божевілля, безпосередньо пов'язане з вживанням ПАР, припиняться.

**Третій Крок** - критичний. Третій крок пропонує доручити (довірити, віддати) волю і життя під захист Бога, як ми його розуміємо. У центрі уваги Третього Кроку - переоцінка і прийняття свого життєвого досвіду, прийняття рішення. Для того, щоб зробити Третій Крок, треба самому собі відповісти на кілька запитань. Що значить «я прийняв рішення доручити»? Цей крок пропонує прийняти просте рішення припинити бунтувати проти природного ходу подій: «Я припиняю мучити себе спробами змусити весь світ крутитися навколо мене і згоден, що сила могутніша дбатиме про моїй волі краще, ніж це роблю я. Я відмовляюся від Свавілья. Я прийняв рішення доручити (довірити, віддати) управління своїм життям Вищої Силі» (*Керівництво по Кроках*). Але, не слід плутати рішення доручити себе і своє життя ВС з тим поняттям, яке називається «нічого не роблення». Оскільки «Я прийняв

рішення доручити все ВС, я дію відповідно до програми, намагаюся не робити помилок, ВС розпорядиться найкращим чином. І я розумію, що результат не в моїй владі».

**Четвертий Крок** передбачає визнання своїх помилок і покаєння перед Вищою Силою, ретельну і безстрашну моральну інвентаризацію самих себе. Завдяки Четвертому Кроку ми усвідомлюємо, хто ми є насправді, чого нам не вистачає, щоб сподобатися самим собі, і як отримати від програми те, що ми від неї чекаємо – комфорт, заспокоєння, рівновагу. Четвертий Крок – це метод пізнання себе., це процес самоаналізу. Працюючи над Четвертим Кроком, багато хто з нас зрозуміли, що наші проблеми почалися не з першої дози наркотиків, а задовго до цього. Ми могли відчувати себе самотніми і особливими ще задовго до того, як пізнали наркотики (*Керівництво по Кроках*).

Цей вислів підтвердив наше дослідження, в якому вивчалась вікова динаміка кількості негативних життєвих подій, де було розглянуто стресове навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху (Розділ 3.2). Інтерпретуючи результати, можна зазначити, що не зважаючи на те, що виявлено тенденцію до зростання кількості подій з віком, з точки зору підходу, представниками якого є В.А. Розанов, Д. Вассерман, Б.В. Бірон, Ж.В. Ємяшева (2011), стресове навантаження у осіб з хімічною адикцією в 0 – 6 років є більшим, ніж у будь-який віковий період здорових осіб. Іншими словами особи з хімічною адикцією в цей період зазнають критичну інтенсивність стресового впливу. Це дозволяє розглядати цей період як «програму», що запускає адиктивну поведінку. Тому самоаналіз буде оголювати біль і конфлікти в нашому минулому до тих пір, поки не зруйнує її влада над нами. У нас буде вибір та певна свобода.

**П'ятий Крок** – свідомо підготовка до зміни, визнання перед Богом (Вищою Силою), перед собою або будь – якою іншою людиною про справжню природу своїх помилок. Фізіологічні зміни внаслідок вживання ПАР можуть приводити до психологічних ефектів (тривога і агресія), які

лежать в основі поведінки з шкідливими і іноді фатальними наслідками не тільки для самих себе, а й для інших.

**Шостий Крок** – формування і розвиток смирення перед Вищою Силою (ВС), поява готовності до того, щоб ВС видала всі ці недоліки характеру. Для людини досягнення цього кроку вимагає глибокого аналізу характеру, болючою реалізації і здатності відокремити «себе справжнього» від «себе минулого».

Спираючись на результати нашого дослідження (Розділ 3.1), оцінюючи силу ефекту  $\omega^2$  в нашій моделі, статистично значущі ( $p < 0,05$ ) відмінності між груповими середніми, можна сказати, що відмінності за усіма субфакторами Нейротизму (N), такими як Тривожність (N1), Ворожість (N2), Депресія (N3), Імпульсивність (N5), Ранимість (N6) були сильними і можуть розглядатися як діагностичні критерії залежності. Тобто всі елементи Нейротизму (N) мають звернути на себе увагу. І саме Шостий Крок ймовірно допоможе сформувати уявлення про те, якою людиною хочеться стати.

**Сьомий Крок** – смиренно попросити ВС виправити власні вади і подумати про людей, яким було заподіяно зло, формування готовності діями виправити колишні негативні вчинки.

**Восьмий Крок** – складання списку всіх тих людей, кому було заподіяно зло і поява готовності відшкодувати їм все. Крок восьмий настає тільки після тривалого періоду «чистоти» і тверезості. Однак, як тільки людина виконає цю важку задачу, він або вона зможе просунути далі на шляху до одужання.

**Дев'ятий Крок** – приватне відшкодування заподіяної шкоди де тільки можливо, крім тих випадків, коли це може зашкодити собі або будь-кому іншому. Ступінь, в якій людина може відшкодувати збиток рівносильна здоровому одужанню і, що важливо, досягнення щастя.

**Десятий Крок** – поглиблення самоаналізу. Цей крок пропонує продовжувати самоаналіз і коли допускаються помилки, відразу визнавати



це. Людина контролює почуття, емоції, фантазії і дії. Постійно дивлячись на ці речі, він може уникнути повторення дій, які змушують відчувати себе погано.

**Одинадцятий Крок** – поглиблення взаємин з ВС. Прагнення шляхом молитви і роздумування поглибити зіткнення з «Богом, як ми його розуміємо».

**Дванадцятий Крок** – допомога іншим залежним людям.

Професійна програма реабілітації «12 Кроків» включає в себе: індивідуальне, групове, сімейне консультування і психотерапію; освітню програму: інформаційні заняття з концепції хвороби і одужання, сімейну освіту, сексуальну освіту, антистресову програму, арт-терапію. Реабілітаційна програма здійснюється в трьох режимах: стаціонару, денного стаціонару та в амбулаторному варіанті. Максимальний успіх досягається при послідовному проходженні пацієнтом всіх трьох програм в порядку збільшення їх інтенсивності. Відновлення допомагає людині навчитися жити по-новому, відповідати за свої вчинки і дотримуватися певних моральних норм і естетичних стандартів. Автор дисертаційного дослідження є психологом РЦ «Сходи» і бере участь в проведенні наступних освітніх заходів: сімейна освіта, сексуальна освіта, антистресова програма, арт-терапія тощо. Метою проведення освітніх програм є зміна у пацієнта ставлення до вживання ПАР і формування уявлення про вживання, як про патологічний потяг, яким можна навчитися керувати, тривале довічне утримання від вживання будь-яких психоактивних речовин.

Звичайно, обіцяти 100% ефективності позбавлення від хімічної залежності не може ніяка програма реабілітації осіб з хімічною залежністю, в той же час, відсоток видужуючих завдяки програмі 12 Кроків великий: понад 58% зберігають тверезість від 1 року до 10 років; більше 10% демонструють стабільну тверезість понад 10 років. З 1990 року в центрі «Сходи» (м.Одеса) отримали допомогу понад 10 тисяч осіб. Основна маса залежних потрапляє в віковий проміжок від 14 до 30 років. За всю історію

центру середній вік осіб з наркотичною залежністю знижується, на що впливає поява нових синтетичних (або дизайнерських) наркотиків, таких як солі, спайси, різні курильні суміші. Поступово вирівнюється частка залежних від ПАР чоловіків і жінок. Десять років тому жінок було близько 19%, на сьогоднішній день – 34%.

Залежні від психоактивних речовин, які розробили ці кроки в кінці 30-х років минулого століття, зробили це емпірично, без інструментів науки, які ми маємо сьогодні. З появою науки і медицини 21-го століття, особливо технологій нейровізуалізації, з'явилися об'єктивні дані про нейробиологічні механізми реабілітації.

### **3.3.1. Шляхи побудови класифікації пацієнтів з метою персоналізації психокорекційних заходів.**

Програма реабілітації «12 Кроків» включає: індивідуальне, групове, сімейне консультування; участь в групах самопомоги типу NA і AA; освітню програму: інформаційні заняття з концепції хвороби і одужання, сімейна освіта, сексуальна освіта, антистресова програма, арт-терапія.

**Індивідуальне, групове, сімейне консультування** – робота з поведінковими порушеннями, неадекватною емоційністю, тобто симптоматика і проблематика. У психотерапевтичній практиці відбувається центрування на проблемі, на симптомі, на «частині» яку ми намагаємося поставити під «лікування», а потім зміщуємось на засіб, тобто на роботу по Кроках, за допомогою чого передбачається досягнення внутрішньої і зовнішньої гармонізації особистості.

**Арт - терапія.** Цей психотерапевтичний напрям активно розвивається. І якщо ще 10-15 років тому прихильники традиційних шкіл скептично ставилися до арт-терапії, сприймаючи її як якесь модне віяння, то на сьогоднішній день мало знайдеться фахівців, які оскаржують той факт, що образотворча діяльність як дорослих, так і дітей супроводжується яскраво

вираженим терапевтичним ефектом. Методи арт-терапії все ширше використовуються в роботі з різними категоріями людей: з пацієнтами психіатричних і онкологічних клінік; в групах психологічної підтримки хворих на цукровий діабет; в реабілітаційних центрах для наркозалежних; в інтернатах для престарілих людей і т. д. (Кочарян, 2014).

Даний напрям в психотерапії та психологічній корекції, заснований на застосуванні для терапії мистецтва і творчості з метою гармонізації психічного стану пацієнта через розвиток здатності до самовираження і самопізнання. Арт-терапія не ставить собі за мету створення повноправного мистецтва. Тут важливий саме процес, а не результат. Ви просто створюєте те, що є вашим світовідчуттям - танцюєте щастя, пишете смуток, малюєте горе. Уявлення про зцілення за допомогою самостійної творчості підтверджуються в результаті роботи з пацієнтами РЦ «Сходи», де створено безпечне середовище для роботи, в якій пацієнт відчуває себе захищеним для того, щоб висловити свої переживання, почуття, не відчуваючи ніякого тиску з боку навколишнього середовища.

Сучасному розумінню механізмів лікувальної дії арт-терапії сприяли нові нейропсихологічні уявлення про феномени пам'яті і її зв'язках з візуальними образами. Стан мозку, функціональні процеси в організмі людини тісно пов'язані з його почуттями. Дослідження, проведені в Національному інституті охорони здоров'я США показали, що арт-терапія в якості психосоматичного методу може використовуватися в комплексному лікуванні різних захворювань, включаючи наркоманію, алкоголізм (Макнифф, 1992). Цей вид терапії пов'язаний з усвідомленням неусвідомлюваного психічного матеріалу. В образотворчій творчості використовуються різноманітні матеріали: глина, пісок, фарби, кольорові олівці та ін.. Найбільш популярні - ізотерапія (терапія малюнком), музикотерапія, танцювально-рухова терапія, драматерапія, казкотерапія, маскотерапія, ігротерапія, лялькотерапія. Зараз з'являється все більше і більше нових напрямків.

Автором дисертаційного дослідження організуються і проводяться **театральні постановки**, лялькові театри, концерти, в яких беруть участь не тільки пацієнти, а й їхні родичі. Ми використовуємо візуальне образотворче мистецтво, танцювально-рухову терапію (ТРТ), акторську майстерність.

Арт-терапія не обмежена мовним бар'єром або культурними відмінностями між фахівцем і пацієнтом (Копытин, 2003). Наукові теорії та висновки знайшли своє підтвердження в практиці лікування больового синдрому, посттравматичних стресових розладів (ПТСР), різних аддикцій, наркотичної залежності (Гаптрахімова, Комарова, Фаткулліна, & Рыбакина, 2013; Винникотт, 2002; Ванчугова, & Дружинина, 2019). Оживляючи в пам'яті травматичні спогади – «намалюй те, що сталося», можна описати їх, а в подальшому змінити за допомогою техніки когнітивного рефреймінга. В результаті ризик довготривалих наслідків ПТСР знижується (Long et al., 2011).

В процесі реабілітації крім самих пацієнтів, беруть участь і близькі родичі, тому що наркоманія і алкоголізм – це сімейне захворювання, що має свої ознаки. І коли член сім'ї перестає вживати, то життя не змінюється на краще. Життя просто стає інший. В РЦ проводиться **сімейна освіта**. Батькам і родичам доводиться вчитися жити по новому. На сімейній освіті ми розглядаємо наступні теми: наркоманія - мультифакторна хвороба; наркоманія і алкоголізм – сімейне захворювання; алкоголізм і наркоманія - хвороба сімейна; дисфункціональні сім'ї. Що це?; співзалежність: ознаки і симптоми; залишити з любов'ю; зайнятися собою; взаємини батьків і дітей, чоловіка і дружини; дуже багато питань щодо виховання дітей. Чимало уваги приділяється віковій психології і ризиків формування хімічної залежності; безумовна любов: про що це, кому вона потрібна і де її межі?; ознаки патологічної залежності; що таке здорова сім'я; хто винен і що робити?; життя заради дітей; що робити, якщо я ненавиджу своїх батьків тощо.

Наші дані допомагають точніше проводити цю роботу. Як видно з таблиці 3.20 та рис. 3.11, батьківські стосунки, психологічний клімат у сім'ї,

умови виховання, особистість самих батьків мають вагомий вплив на дитину і, насамперед, на особливості її характеру. З дитячого самопочуття (то, як відчувала себе дитина в дитинстві) народжується в зрілому віці самостійність (несамостійність), впевненість в собі (невпевненість в собі) тощо. Але ставити питання «хто винен?» – безглуздо, тому що батьки не знали як треба виховувати, вони робили це за образом і подобою. «Що робити?» - ось питання, над яким треба працювати. З іншого боку, у дітей завжди будуть хоч якісь травми, пов'язані з батьками, тому що перший досвід конфлікту зі світом діти отримують саме від батьків при будь-якому розкладі.

Батьки, готові брати участь в програмі, докладати зусилля до роботи над собою, заслуговують величезної поваги. Досвід показав, що якщо члени сім'ї пацієнта беруть участь в спеціальних заходах для батьків, то це значно полегшує проходження хворим періоду становлення ремісії; відповідно, його прогноз значно покращується. Сімейна терапія спрямовується на поліпшення взаємини, подолання конфліктів; явищ співзалежності та дисфункціональності сім'ї.

**Сексуальна освіта** є частиною програми тому, що у всіх абсолютно людей, а вже тим більше у залежних існує величезна складність з прийняттям, з усвідомленням своєї сексуальності. Коли ми говоримо про секс, це не тільки статевий акт і тілесні контакти, а все, що становить структуру особистості: тіло, розум, емоції, духовна сфера, почуття, секс, сім'я, стосунки, фінанси, навчання робота, коло спілкування. Психоактивні речовини впливають на всі сфери життєдіяльності.

Чим відрізняються залежні люди від звичайних? Залежні люди - особливі люди. Від звичайних відрізняються тим, що сильніше все відчують. У них емоції дуже загострені. Тобто Можна сказати, що люди, які мають хімічну залежність все автоматично є ще і емоційно залежними. Емоційна залежність - це те ж саме, що залежність від наркотика / алкоголю. Тільки замість наркотику можна підставити іншу людину. Є така особливість: залежна людина від будь-якої хімічної речовини буде

відносини з хімічною речовиною як з особистістю. Не дарма особи з наркотичною та алкогольною залежністю дуже багато ласкавих слів придумують для своїх предметів споживання: «шампусік», коньячок, пивасик, травичка ...». І залежні люди як правило будують залежні відносини. Тобто якщо швидко описати історію відносин, то можна сказати ось що: «Залежний будує відносини для того, щоб їх зруйнувати». Як би парадоксально це не звучало, але це так.

У програму сексуальної освіти входять наступні теми: невротичні відносини; співзалежні відносини; психосексуальний розвиток; відмінності чоловічої і жіночої психології; як полюбити себе; ревності; зрада; інфантилізм; ознаки патологічної залежності і багато інших.

**Антистресова програма.** Стрес є складовою частиною життя кожної людини, і без нього не можна обійтися так само, як без їжі і пиття. На сьогоднішній день стрес - одне з найпоширеніших явищ. Стрес, на думку Сельє, створює «смак до життя» (Г.Сельє, 2016). Разовий стрес може бути корисним, так як дає людині струс, допомагає йому вийти з застійних процесів, але перебуває в постійному стресі людина не може нормально жити, працювати, любити, стає агресивним, з'являються страхи і фобії, сильно діє на організм і психіку людини, руйнуючи її, призводить до серйозних психологічних захворювань, є причиною багатьох негативних вчинків і навіть злочинів. Нестійка психіка осіб з наркотичною або алкогольною залежністю робить його дратівливим, чутливим, більш вразливим до негативного впливу навколишнього середовища. Психологічні наслідки тривалого стресу важкі – швидке емоційне «вигорання», психосоматичні захворювання (виразки, інфаркти, астма), депресії, безсоння. Наркотичні речовини руйнують психіку людини, послаблюють його організм. Тому важливо навчати людини навичкам м'язового розслаблення, використовуючи комплекс антистресових програм. РЦ «Сходи» використовує антистресову терапію, із застосуванням музичної релаксаційної терапії (МРТ). Спектр застосування релаксаційної методики досить широкий:

зняття м'язових затискачів, зниження психоемоційного напруження, лікування психосоматичних захворювань, усвідомлення своїх тілесних відчуттів і пережитих почуттів, оволодіння знаннями, вміннями і навичками за короткий проміжок часу створити умови необхідного внутрішнього спокою, щоб відновити сили і скинути фізичне і психологічну напругу.

Особливо важко проходить розслаблення із застосуванням медитації-візуалізації на батьківську тему. Реакція тривоги, страху та інше повторюється або триває (іноді це розтягується на години, дні і навіть роки). М'язову напругу перетворюється в м'язовий затиск: сховище страху. Якщо м'язовий затиск сформувався, то людина починає відчувати страх навіть тоді, коли нічого страшного навколо не відбувається. Спрацьовує просто пам'ять тіла, формуючи загальне відчуття тривожності, стає страшно серйозно, іноді до нудоти і поганого самопочуття. Багато хто не в змозі перебувати в розслабленні, відчувають страх, напругу, багато під час заняття плачуть. Суть методу - перепроживання важкої ситуації, яке з часом стирає негативне переживання. Якщо періодично занурюючи себе в відчуття повного спокою, представляти ті ситуації, які викликають напругу, страх, тривогу, тощо, то рано чи пізно людина набуває здатності представляти те, що раніше викликало напругу, але вже в нейтральному душевному стані, тобто в стані спокійного присутності. Таким чином можна виробити звичку будь-яку ситуацію зустрічати спокійним її розгляданням, справлятися з напруженими життєвими ситуаціями без вживання ПАР.

За допомогою розрахунків коефіцієнтів Крамера визначались константність стресових подій між періодами та факультативність і облігатність стресових подій у часі (Табл. 3.24)

Таблиця 3.24

**Взаємозв'язки між подібними стресовими подіями різних етапів  
життєвого шляху осіб з хімічною адикцією**

Негативні життєві події	Код NLE	Значення коефіцієнтів Крамера (K) між періодами:			K <sub>сер</sub> всі періоди
		0-6 та 7-14 років	7-14 та 15-18 років	15-18 та 19 і більше років	
Хімічна залежність батька	19	0,766	0,611	0,702	0,693
Розлучення батьків	23	0,409	0,712	0,716	0,612
Виховування не батьками	22	0,548	0,667	-	0,607
Хімічна залежність близької людини	19	0,571	0,475	0,718	0,588
Емоційне і фізичне насильство з боку батька	13	0,356	0,718	0,656	0,577
Емоційне і фізичне насильство з боку матері	13	0,425	0,617	0,658	0,567
Часто думали, що батьки не люблять	26	0,481	0,606	-	0,543
Від'їзд батьків на довгий час з дому	24	0,294	0,687	-	0,490
Серйозні фінансові проблеми батьків	27	0,337	0,452	0,631	0,470
Серйозні проблеми у взаєминах батьків	29	0,250	0,497	0,571	0,439
K <sub>сер</sub> всі події		0,444	0,604	0,665	0,560

**Примітка:** всі коефіцієнти Крамера були статистично значущими.

Аналізуючи розподіл значень негативних життєвих подій в групі осіб з хімічною адикцією, можна зазначити наступне. Хімічна залежність батька, емоційне і фізичне насильство з боку батьків, виховування іншими людьми, розлучення батьків, від'їзд батьків на довгий час з дому чи від'їзд батьків на



довгий час, навіть серйозні проблеми у взаєминах батьків один з одним – це фактори, через які людина в подальшому житті стає уразливою перед проблемами. Але це можливо виправити. Тоді як дитина, яка росла в родині, де критична ситуація в формуванні психічно здорової людини є хімічна залежність батька є фактором ризику для психічного здоров'я, який виправити практично неможливо.

Отже, якщо всі ці негативні життєві події людина уникне у ранньому періоді життя 0-6 років, то такі події в подальшому житті не будуть сприйматися травмуючими і людина буде почувати себе психічно здоровою. Ми можемо зробити висновок, що дуже важливо в яких умовах росла людина в віковий період 0-6 років і формувати відповідні психокорекційні заходи.

З метою побудови класифікації досліджених осіб з хімічною адикцією за особистісними параметрами усвідомлюваного і проєктивного рівнів застосовувався **кластерний аналіз**. Ця статистична процедура призначається для розбивки безлічі об'єктів на якусь (задану або невідому) кількість кластерів таким чином, щоб всі об'єкти, що належать одному кластеру, були більш подібні один до одного, ніж до об'єктів інших кластерів. Крім того, вузловим моментом у кластерному аналізі вважається вибір метрики (або ступеня подібності об'єктів), від якого вирішальним чином залежить остаточний варіант розбивки об'єктів на групи при заданому алгоритмі розбивки. У кожному конкретному завданні цей вибір здійснюється по-своєму, з урахуванням головних цілей дослідження, фізичної й статистичної природи інформації, що використовується тощо (Б. Дюран, 1977).

У нашому дослідженні використовувався двокроковий кластерний аналіз. Його параметрами якого були показники, що характеризують особистість пацієнта з хімічною адикцією, а саме фактори опитувальника NEO-PI-R та показники методики «Будинок-Дерево-Людина». Мірою відстані слугувала логарифмічна функція правдоподібності. Кількість кластерів вибиралася автоматично, критерієм кластеризації слугував інформаційний критерій Акайке (AIC) (1973).

Найбільш оптимальною виявилася трьохкластерна модель. Для даної моделі критерій Акайке дорівнював  $AIC = 1231,634$  (при двохкластерній моделі –  $AIC = 1237,275$ , при чотирьохкластерній моделі –  $AIC = 1240,181$ ). Усього в кластерні групи було об'єднано 117 пацієнтів з хімічною адикцією, що склало 100% від усіх залежних осіб. До першого кластеру з даного числа було віднесено 38 досліджених осіб цієї групи (32,48%), з них осіб з алкогольною залежністю – 7 пацієнтів та осіб з наркотичною залежністю – 31 пацієнт, до другого – 26 пацієнтів (22,22%), з них осіб з алкогольною залежністю – 2 пацієнти та осіб з наркотичною залежністю – 24 пацієнти, до третього – найбільшого за кількістю досліджених – 53 пацієнти (45,30%), з них осіб з алкогольною залежністю – 7 пацієнтів та осіб з наркотичною залежністю – 46 пацієнтів.

Розподіл вибірки за кластерами, що класифікують пацієнтів за патернами індивідуально-особистісних особливостей усвідомлюваного і неусвідомлюваного рівнів, наведений на рисунку 3.16.

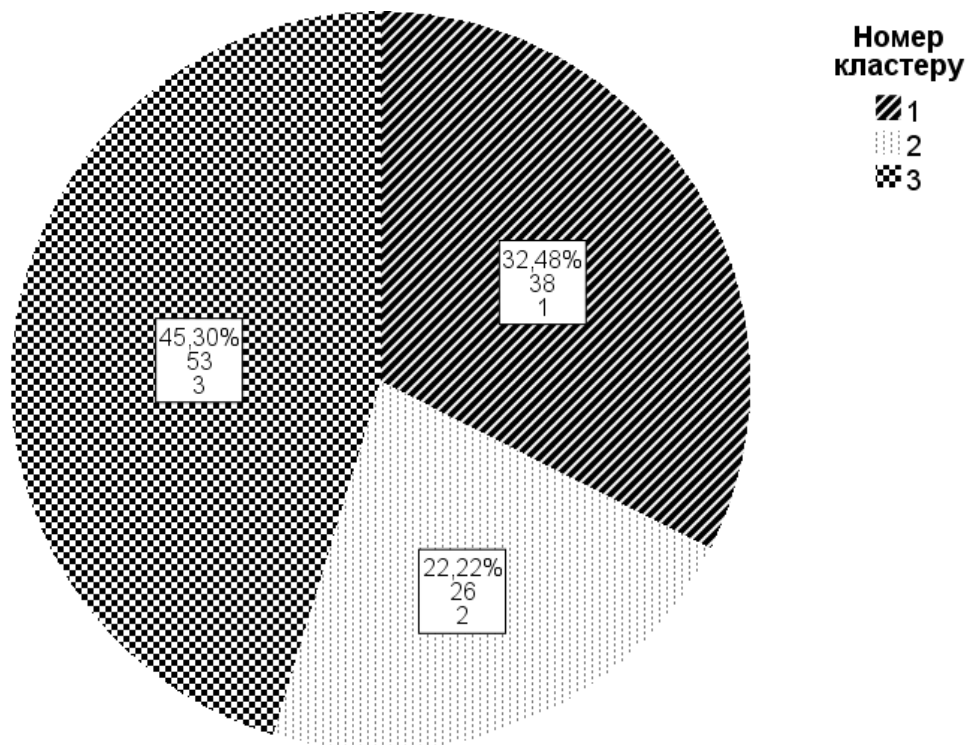


Рис. 3.16 Кластерна структура вибірки пацієнтів з хімічною адикцією при класифікації за особистісними параметрами.

**Примітка:** 1 – кластер «Вразливо-конфліктні пацієнти»; 2 – кластер «Тривожно-агресивні пацієнти», 3 – кластер «Імпульсивно - реактивні пацієнти».

Для того, щоб розкрити психологічний зміст отриманих кластерів, нами було проаналізовано описові статистики для особистісних параметрів у визначеній кластерній структурі – середнє арифметичне значення (М) та стандартне відхилення (SD). Зазначені описові статистики наведені в таблиці 3.25.

Таблиця 3.25

**Описові статистики для індивідуально-особистісних характеристик у визначеній кластерній структурі**

Параметри	Кластери						F-критерій	
	1-й		2-й		3-й		Фішера	
	М	SD	М	SD	М	SD	F	p
N	65,868	10,322	<b>66,039</b>	8,516	59,755	9,796	5,881	0,004
E	53,763	11,296	53,500	8,486	<b>57,113</b>	10,867	1,564	0,021
O	<b>57,263</b>	9,457	51,077	9,448	53,811	9,365	3,478	0,034
A	41,711	10,669	40,500	7,742	43,113	10,401	0,637	0,531
C	35,000	10,825	38,885	9,864	<b>43,094</b>	11,297	6,225	0,003
Ворожість	<b>6,790</b>	2,220	6,231	2,372	5,604	1,885	3,533	0,032
Конфліктність	<b>3,211</b>	1,417	2,731	1,116	2,057	0,929	11,463	0,000
Агресивність	4,553	2,190	<b>11,154</b>	2,866	5,679	2,540	58,943	0,000
Негативізм	2,395	0,887	<b>5,154</b>	1,666	2,566	1,101	50,710	0,000
Тривожність	4,605	2,455	<b>7,846</b>	2,412	5,170	2,486	14,751	0,000
Депресивність	<b>2,474</b>	1,589	1,962	1,113	1,377	0,627	10,592	0,000
Незахищеність	5,368	1,025	<b>6,692</b>	1,225	5,151	1,292	15,229	0,000
Недовіра до себе	<b>3,711</b>	1,642	2,423	0,945	2,302	1,153	14,397	0,000
Почуття неповноцінності	<b>3,316</b>	1,802	2,539	1,208	2,491	1,436	3,640	0,029
Труднощі спілкування	<b>5,368</b>	1,951	3,039	1,428	2,962	1,454	27,500	0,000

**Примітка:** жирним шрифтом виділені максимальні середньогрупові значення, при умові статистично значущих розбіжностей між ними ( $p < 0,05$ ).

Розбіжності між кластерами визначались за допомогою F-критерію Фішера. Це дозволило виявити якісні характеристики кожної групи пацієнтів, визначених за допомогою кластерного аналізу. Слід зазначити, що статистично значущі розбіжності за цим критерієм виявлено для всіх індивідуально-особистісних параметрів (за виключенням фактору Співпраця (А) методики NEO-PI-R).

Кількісними характеристиками першого кластеру були порівняно високі середньогрупові значення таких параметрів як: Відкритість досвіду (О) (на усвідомлюваному рівні) та Ворожість, Конфліктність, Депресивність, Недовіра до себе, Почуття неповноцінності, Труднощі спілкування (на неусвідомлюваному рівні). Цей кластер отримав назву **«Вразливо-конфліктні пацієнти»**. До нього увійшли особи з хімічною залежністю, які характеризуються чутливістю до негативного ставлення з боку інших, соціальною дезадаптованістю, зниженою самооцінкою та фрустраційною толерантністю тощо. Для них була властивою інтеріоризація зовнішніх конфліктів у внутрішні з трансформацією ворожого ставлення до інших у недовіру до себе.

Кількісними показниками другого кластеру виступали порівняно високі середньогрупові значення фактору Нейротизму (N) методики NEO-PI-R, а також порівняно високі середньогрупові значення показників методики «Будинок-Дерево-Людина»: Агресивність, Негативізм, Тривожність, Незахищеність. Даний кластер був означений як **«Тривожні-агресивні пацієнти»**. Досліджені, що сформували його, характеризувались пасивно-агресивними тенденціями, частим відчуттям негативних афективних станів, виразну занепокоєність та відчуття поганої пристосованості до середовища.

Третій кластер був відокремлений такими особистісними факторами NEO-PI-R, як Екстраверсія (E) та Сумлінність (C), середньогрупові значення яких було відносно підвищені. В цей останній кластер увійшли пацієнти, що

намагаються у тому чи іншому ступеню боротися із труднощами, що виникають у їхньому житті. Вони схильні до афектів, що спонукають до активної діяльності, мобілізують сили людини (гнів, захват та інші). Даний кластер дістав відповідну назву – **«імпульсивно-реактивні»**.

Отже, виходячи з даних кластерного аналізу, розглянувши кластерну структуру вибірки при класифікації за особистісними параметрами усвідомлюваного та неусвідомлюваного рівнів, варто визначити відповідні психотерапевтичні стратегії для представників кожного з кластерів, що дозволить індивідуалізувати коректувальні заходи і тим самим зробити їх більш ефективними (табл. 3.26).

*Таблиця 3.26*

**Психокорекційні стратегії для представників кожного з кластерів  
(антистресова терапія)**

1-й кластер	техніки активної уяви («Прощення», «Залишити симптоми під деревом» тощо) та казкотерапії («Янтарне місто», «Казка про лісове озеро» тощо).
2-й кластер	техніки активної уяви («Гірська прогулянка», «Судно, на якому пливу» тощо) та засоби ігротерапії («Асоціації», «Смітник», «У кого яка маска» тощо).
3-й кластер	Використовуються техніки активної уяви («Чарівне дерево», «Водоспад», «Зустріч», тощо) та елементи танцювально - рухової терапії, в якій роль психолога трансформується з «ідеального учасника» до координатора й спостерігача, який стимулює власну активність учасників групи.

Для всіх трьох кластерів загальним є заходи, що спрямовані на редукцію психоемоційного напруження та підтримку. Це досягається використанням вправ, орієнтованих на профілактику зриву, розвиток позитивного мислення, позитивної імагінації та техніку активної уяви («Три риби», «Притча про щастя», «Шлюбне оголошення», «Театр» тощо).

Специфічними для кожного кластеру є наступні заходи (Табл. 3.27).

Таблиця 3.27

### Психокорекційні стратегії для представників кожного з кластерів

1-й кластер	<p>Техніки активної уяви («Прощення», «Залишити симптоми під деревом» тощо) та казкотерапії («Янтарне місто», «Казка про лісове озеро» тощо).</p> <p>Ігротерапія: «Корабельна аварія», «Ранжування», «Загублений»: «Хвіст» (К. Фопель).</p> <p>«Рука заважає і рука допомагає», «Моя проблема в спілкуванні», «Моє життя як фільм», Казка дитинства», «У кого яка маска», «Я тобі радий», «Загадування почуттів», «Спільний малюнок», «Ухвалення позитиву» (О.В. Пилипенко, І.А. Соловйова).</p> <p>Танцювально-рухова терапія: Роль психолога: на початку роботи групи він - спостерігач (етап емоційного і тілесного відреагування), далі - координатор, ідеальний учасник; включення учасників в парну, групову взаємодію, робота за зразком тощо.</p>
2-й кластер	<p>Використовуються техніки активної уяви («Гірська прогулянка», «Судно, на якому пливу» тощо) та засоби ігротерапії («Асоціації», «Смітник», «У кого яка маска» тощо).</p> <p>Казкотерапія: «Збирач зірок», «Фатіма-прядильниця і намет», «Нічний гість», «Гора велетня» (Т.Д.Зінкевич-Євстигнєєва)</p> <p>Ігротерапія: «Асоціації», «Твої долоні», «Зустріч», «Смітник», «Вибір шляху», «Довіряю» «У кого яка маска» (О.В. Пилипенко, І.А. Соловйова).</p> <p>• танцювально-рухова терапія: Позиція психолога: емпатичне почуття, кінестетичне прийняття, підтримка. Спочатку рекомендована індивідуальна форма роботи з подальшим включенням до групи.</p>
3-й кластер	<p>Казкотерапія: «Зелений глечик», «Зачарований чорт», «Працьовитість або доля», «Дама треф», «Петля» (Т.Д. Зінкевич-Євстигнєєва)</p> <p>Ігротерапія: «Назви себе ласкаво», «Комплімент», «Світло мій, люстєрко!», Катастрофа в пустелі», «Зупини хворобу», «Робота з мандалою» (О.В. Пилипенко, І.А. Соловйова).</p> <p>Танцювально-рухова терапія: Роль психолога: на перших етапах роботи групи він - ідеальний учасник, зразок поведінки; потім займає позицію координатора і спостерігача, стимулює власну активність учасників групи.</p>

Наші дані (Розділ 3.2) допомагають зрозуміти, якої сили стрес випробували ці люди, і якими були ці події. Аналіз гістограм розподілу

показника SUMLE дозволяє стверджувати, що стресове навантаження протягом всього життя є значно інтенсивнішим у осіб з хімічною адикцією ніж у умовно здорових осіб, існує певний достатньо високий рівень стресового навантаження (SUMLE > 40 балів), який властивий життєвому шляху переважної більшості осіб з хімічною адикцією і на якому низька інтенсивність стресових подій є виключенням, а не правилом.

Динаміка кількості подій у осіб з хімічною адикцією є зростаючою. Середній рівень кількості негативних життєвих подій в осіб з хімічною адикцією у період 0-6 років є навіть більшим, ніж в умовно здорових осіб у період 19 і більше років. Сумарне стресове навантаження в осіб з хімічною адикцією в ранньому віковому періоді майже в три рази більше, ніж в умовно здорових осіб, а в старшому віковому періоді – в більш ніж 4 рази. Особи з хімічною адикцією в цей період зазнають критичну інтенсивність стресового впливу. Це дозволяє розглядати цей період як тригер, що запускає адиктивну поведінку.

Проаналізовано: ступінь стресового навантаження на різних етапах життєвого шляху у групі осіб з хімічною адикцією у порівнянні з групою здорових осіб. Доведено, що стресове навантаження протягом всього життя є значно інтенсивнішим у осіб з хімічною адикцією ніж у умовно здорових осіб. Зазначено, що розбіжності за композитними показниками кожного з вікових періодів є статистично значущими і сильними за ефектом. Показано, що сумарне стресове навантаження в осіб з хімічною адикцією в ранньому віковому періоді майже в три рази більше, ніж в умовно здорових осіб, а в старшому віковому періоді – в більш ніж 4 рази. Сформульовано перспективи подальших досліджень у напрямку вивчення взаємозв'язків між стресом раннього періоду життя і формуванням адикції.

Як видно з нашого дослідження (Розділ 3.2), особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово, в процесі онтогенезу. На цей процес впливає навколишнє соціальне мікросередовище, психологічний клімат у сім'ї, умови виховання, стосунки з батьками і особистість самих

батьків мають вагомий вплив на дитину і, насамперед, на особливості її характеру. Якщо сімейна атмосфера несприятлива для психічного розвитку, то цілком можливо, що і сформовані риси особистості дитини також будуть патологічними. Тому питання, які розглядаються на сімейному вихованні, сексуальній освіті дуже важливі, як і антистресова техніка та арт-терапія. Ці техніки допомагають дбайливо і делікатно обійти внутрішній опір людини, зануривши його всередину себе, відкриваючи для нього можливість усвідомити і переосмислити свій життєвий досвід в різних періодах та сферах життя, допомагають передавати важливі знання про порядок речей в ненав'язливій формі, а також поглянути на складну, кризову ситуацію з боку. Саме в цій професійній сфері особисті якості автора дисертаційного дослідження (відповідальність, емпатія, відкритість, терплячість, доброзичливість, тактовність, альтруїзм, позитивне мислення), знання і життєвий досвід приносять допомогу людям.

Отже, у даному підрозділі охарактеризовано зміст та технології психологічної роботи з особами, залежними від ПАР, розглянуто кластерну структуру вибірки при класифікації за особистісними параметрами усвідомлюваного і неусвідомлюваного рівнів, визначено відповідні психотерапевтичні стратегії для представників кожного з кластерів, що дозволяє індивідуалізувати коректувальні заходи і тим самим зробити їх більш ефективними, представлено суть психотерапевтичної роботи зі співзалежними сім'ями. Наше дослідження та знання характеру стресу, модель діатезу-стресу, гіпотези «кумулятивного стресу» та відповідності/невідповідності, теорії алостазу, а також модель психосоціального стресу дає можливість більш точно і прицільно реалізувати психокорекційні заходи.

### **Висновки до Розділу 3.**

1. Фактор «нейротизму» у якості модеруючого розвиток хімічної залежності містить такі ознаки, як «ворожість», «імпульсивність»,



«ранимість». Загальна тенденція полягає у тому, що високі показники вищезазначених ознак «нейротизму» сприяють розвитку адикції. Проте, вплив цього чинника не є лінійним: його надвисокі показники є фактором, що ретардує розвиток хімічної залежності в подальшому житті. Це, ймовірно, пов'язано з тим, що високі показники тривоги, надчуттєвості, сенситивності здатні загальмувати патологічний розвиток, пов'язаний з формуванням хімічної залежності.

Фактор «екстраверсія» містить ознаку «пошук збудження» (потреба в яскравих враженнях і хвилюючих переживаннях), яка пов'язана з існуванням хімічної залежності. Високий рівень цього показника сприяє розвитку адикції.

Фактор «відкритості досвіду» містить ознаку «фантазія» (відрив від реальності), яка пов'язана з існуванням хімічної залежності. Високий показник цієї ознаки потенціює розвиток адикції. Фактор «співпраці» (готовність до спілкування) у якості модеруючих розвиток хімічної залежності містить низькі показники «чесності» та «альтруїзму» (маніфестуються у схильності до маніпуляції, обманах, хитрощах, лукавстві, егоцентризмі тощо).

Фактор «сумлінності» містить ознаку «обдумування вчинків», низькі показники якої (маніфестуються як необачність, поспішність, стихійність, недостатність антиципаційної здатності) пов'язано з існуванням хімічної залежності.

2. За допомогою дискримінантного аналізу запропоновано формулу, за якою визначається прогноз розвитку хімічної залежності з достовірністю 86,3%.

3. Визначено, що провідними негативними подіями життя, які сприяють розвитку хімічної адикції, є порушення саме міжособистісних стосунків з батьками, тобто якість контактів позбавлена «емпатично моделюючого» ставлення батьків до дитини. Відсутність емпатії, любові,

тепла є чинником, що надає суттєву травму - якість контакту будується на першому році життя та пов'язана з формуванням стилів прихильності.

4. Специфічним чинником розвитку хімічної адикції є такі травмуючі події дитинства: 1) емоційне і фізичне насильство з боку батьків; 2) виховання іншими людьми, а не батьками; 3) залежність батька від алкоголю, наркотиків або медикаментів.

5. Сумарний стрес у 19 і більше років є дуже високим, що пов'язано з серйозними труднощами впоратись з актуальними життєвими завданнями (побудова відносин з протилежною статтю, робота, навчання тощо). Такий стрес призводить до високого психоемоційного напруження.

6. З метою побудови класифікації досліджених осіб з хімічною адикцією, нами проведено кластерний аналіз. Виявлено, що всі пацієнти поділяються на три кластера: «вразливо-конфліктні» пацієнти, «тривожно-агресивні» та «імпульсивно-реактивні».

7. Виходячи з даних кластерного аналізу, розглянувши кластерну структуру вибірки при класифікації за особистісними параметрами усвідомлюваного і неусвідомлюваного рівнів, визначено відповідні психотерапевтичні стратегії для представників кожного з кластерів, що дозволяє індивідуалізувати коректувальні заходи і тим самим зробити їх більш ефективними. Програмою психокорекції виступає методологічна програма 12 Кроків, яка спроможна допомогти пацієнтам (у тому числі інфікованими ВІЛ), з психічними та поведінковими розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин, припинити, або значно зменшити, прийом будь-яких ПАР і поліпшити якість свого життя. Зазначено, що програма характеризується наступними ключовими ознаками: встановлення в свідомості хворих зв'язку між хворобою і її клінічними проявами і проблемними ситуаціями; подолання механізмів опору лікуванню і інших форм патологічних проявів психологічного захисту; формування навичок конструктивного спілкування, об'єктивної самооцінки, адекватного ставлення до мікросередовищі, раціональних дій в реальних життєвих

обставинах за умови збереження тверезості, заохочення всебічного розвитку особистості, що означає, що одужання – це шлях до високої самооцінки через чесність з самим собою та іншими. Ми не оцінювали об'єктивно ефективність програми «12 Кроків», тим не менш, ми стежили за тим, як пацієнти підтримують зв'язок з центром, тобто зберігають тверезість. Сходи».

8. Визначено, що 70,2% осіб, хто пройшов реабілітацію, підтримують зв'язок з центром до сьогоднішнього дня. Для осіб, які повністю пройшли курс реабілітації, ремісія понад одного року спостерігалась у 45%, понад 2-х років – у 35%; «зриви» рідше трапилися у тих залежних осіб, які систематично відвідували групи АН та АА.

Матеріал даного підрозділу викладено у наступних публікаціях: [9, 11, 13, 15, 17, 18, 185]

Таблиця 3.28

## Критерії ефективності реабілітаційної програми

Критерії ефективності програми	<ul style="list-style-type: none"> <li>- повна відмова від вживання будь-яких препаратів, що змінюють свідомість;</li> <li>- мати чітке уявлення про існуюче захворювання і методах профілактики зриву;</li> <li>- психологічна готовність звернутися до фахівців центру при небезпеці рецидиву;</li> <li>- застосування знань і навичок самоконтролю, отримані в ході реабілітації;</li> <li>- мати продуманий і реальний план за рішенням особистісних і соціальних проблем на найближчий час, а також у довгостроковій перспективі;</li> <li>- орієнтація на постійне зростання і самовдосконалення у всіх сферах життя;</li> <li>- мати високий ступінь особистої відповідальності;</li> <li>- слідувати знову сформованим морально-етичним принципам.</li> </ul>
Критерії ефективності реабілітації в стаціонарі	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наявність усвідомленого прагнення у пацієнта продовжувати участь в реабілітаційній програмі;</li> <li>- зміни в характері й поведінці пацієнта;</li> <li>- відновлення фізичного здоров'я і стабілізація емоційного стану;</li> <li>- наявність особистого прагнення у пацієнта почати життя без ПАР і дотримуватися надалі цього;</li> <li>- засвоєння корисних поведінкових моделей і прийняття нових життєвих цінностей, що відображається в поведінці і судженнях;</li> </ul>
Способи спостереження за пацієнтами	<ul style="list-style-type: none"> <li>- через соціальні мережі, спільноти;</li> <li>- систематичність відвідування зборів АН і АА;</li> <li>- контакти на виробництві;</li> <li>- контакти з родичами;</li> </ul>
Контрольовані точки (щорічно)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- конференції;</li> <li>- обов'язкові зустрічі: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Новий рік;</li> <li>• день заснування Центру «Сходи»</li> </ul> </li> </ul>

Матеріал даного підрозділу викладено у наступних публікаціях: [11, 13, 185]

## ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення й нове вирішення проблеми впливу особистісних чинників на розвиток хімічної залежності. На основі проведеного дослідження дійшли висновків:

1. На сьогоднішній день не існує загальної психологічної теорії адикції, жодна з існуючих моделей зосереджується на деяких частих аспектах проблем (загальні ознаки залежності, особливості виховання, преморбідні риси характеру, особистісні якості, психопатологічний фон, тощо). Є спроби створення універсальних концепцій, в рамках яких описуються основні риси залежної поведінки (безальтернативність, толерантність, повторюваність, абстинентний синдром, тяга, напруження, дисфорія, гедонізм тощо) та особистості (низький рівень самосвідомості, невпевненість у собі, переважання мотивації втечі, несформованість функції прогнозу, екстернальний локус контролю тощо), що знаходяться у підґрунті розвитку будь-якого виду залежності. Разом з тим, не всі риси особистості однаково впливають на розвиток адиктивної поведінки. Тому йдеться про модеруючу роль кожного особистісного чинника у розвитку хімічної адикції. Таких досліджень вкрай бракує, а отримані дані подекуди суперечливі. Між тим, акцент на чинниках, що предиспонують та потенціюють розвиток хімічної адикції є вкрай необхідним для створення особистісно-орієнтованих психокорекційних методів впливу на залежну особистість.

2. Визначено модеруючу роль особистісних чинників на формування адикції. Важливими факторами, що предиспонують до розвитку хімічної адикції, є «нейротизм», «екстраверсія», «відкритість досвіду», «співпраця» та «сумлінність».

Фактор «нейротизму» у якості модеруючого розвитку хімічної залежності містить такі ознаки, як «ворожість», «імпульсивність», «ранимість». Загальна тенденція полягає у тому, що високі показники вищезазначених ознак «нейротизму» сприяють розвитку адикції. Проте, вплив цього чинника не є лінійним: його надвисокі показники є фактором,

що ретардує розвиток хімічної залежності в подальшому житті. Це, ймовірно, пов'язано з тим, що високі показники тривоги, надчуттєвості, сенситивності здатні загальмувати патологічний розвиток, пов'язаний з формуванням хімічної залежності.

Фактор «екстраверсія» містить ознаку «пошук збудження» (потреба в яскравих враженнях і хвилюючих переживаннях), яка пов'язана з існуванням хімічної залежності. Високий рівень цього показнику сприяє розвитку адикції.

Фактор «відкритості досвіду» містить ознаку «фантазія» (відрив від реальності), яка пов'язана з існуванням хімічної залежності. Високий показник цієї ознаки потенціює розвиток адикції.

Фактор «співпраці» (готовність до спілкування) у якості модеруючих розвиток хімічної залежності містить низькі показники «чесності» та «альтруїзму» (маніфестуються у схильності до маніпуляції, обманах, хитрощах, лукавстві, егоцентризмі тощо).

Фактор «сумлінності» містить ознаку «обдумування вчинків», низькі показники якої (маніфестуються як необачність, поспішність, стихійність, недостатність антиципаційної здатності) пов'язано з існуванням хімічної залежності.

За допомогою дискримінантного аналізу запропоновано формулу, за якою визначається прогноз розвитку хімічної залежності з достовірністю 86,3%.

Наявність у хімічно залежних осіб таких ознак, як млявість і апатія в досягненні професійних цілей, відсутність здорової амбітності потенціують її агресивність та послаблюють можливості соціальних контактів.

3. Визначено, що провідними негативними подіями життя, які сприяють розвитку хімічної адикції, є порушення саме міжособистісних стосунків з батьками, тобто якість контактів позбавлена «емпатично моделюючого» ставлення батьків до дитини. Відсутність емпатії, любові,

тепла є чинником, що надає суттєву травму - якість контакту будується на першому році життя та пов'язана з формуванням стилів прихильності.

Специфічним чинником розвитку хімічної адикції є такі травмуючі події дитинства: 1) емоційне і фізичне насильство з боку батьків; 2) виховання іншими людьми, а не батьками; 3) залежність батька від алкоголю, наркотиків або медикаментів.

Сумарний стрес у 19 і більше років є дуже високим, що пов'язано з серйозними труднощами впоратись з актуальними життєвими завданнями (побудова відносин з протилежною статтю, робота, навчання тощо). Такий стрес призводить до високого психоемоційного напруження.

4. Проведено двокроковий кластерний аналіз за показниками опитувальника NEO-PI-R та методики «Будинок-Дерево-Людина». Мірою відстані слугувала логарифмічна функція правдоподібності. Визначено три кластера залежних особистостей: «вразливо – конфліктні», «тривожно – агресивні» та «імпульсивно-реактивні».

До першого кластеру («вразливо – конфліктні») увійшли особи, яким притаманні такі ознаки, як чутливість до негативного ставлення з боку інших, соціальна дезадаптованість, знижена самооцінка та толерантність до стресу тощо. Для них була властивою інтеріоризація зовнішніх конфліктів у внутрішні з трансформацією ворожого ставлення до інших у недовіру до себе.

До другого кластеру («тривожно – агресивні») увійшли особи, для яких притаманні такі ознаки, як часті відчуття негативних афективних станів, схильність до занепокоєння, полохливості, підозрливості, неадекватне сприйняття іншої форми поведінки.

У третій кластер («імпульсивно-реактивні») увійшли особи, для яких притаманні імпульсивність, зайва комунікабельність, нав'язливість у спілкуванні, різке зниження антиципаційних ресурсів у спілкуванні, інтенсивне переживання самотності, безпорадність, ажитація, коливання настрою, безладна рухова активність тощо.

5. Виходячи з даних кластерного аналізу, визначено специфічні психокорекційні заходи для кожного кластеру залежних осіб.

Для всіх трьох кластерів загальним є заходи, що спрямовані на редукцію психоемоційного напруження та підтримку. Це досягається використанням вправ, орієнтованих на профілактику зриву, розвиток позитивного мислення, позитивної імагінації та техніку активної уяви («Три риби», «Притча про щастя», «Шлюбне оголошення», «Театр» тощо).

Специфічними для кожного кластеру є наступні заходи.

Для осіб, які належать до першого кластеру («вразливо – конфліктні») робота спрямована на формування моральних орієнтирів, самооцінку, вміння конфліктувати. Використовуються техніки активної уяви («Прощення», «Залишити симптоми під деревом» тощо) та казкотерапії («Янтарне місто», «Казка про лісове озеро» тощо).

Для осіб, які належать до другого кластеру («тривожно – агресивні») робота спрямована на самоствердження в очах оточуючих, зменшення проявів агресивної поведінки, розширення і зміцнення зовнішніх та внутрішніх ресурсів особистості для нівелювання проявів агресивної поведінки. Використовуються техніки активної уяви («Гірська прогулянка», «Судно, на якому пливу» тощо) та засоби ігротерапії («Асоціації», «Смітник», «У кого яка маска» тощо).

Для осіб, які належать до третього кластеру («імпульсивно-реактивні») робота спрямована на редукцію ажитації, імпульсивності, високого рівня збудження, розвитку антиципаційних ресурсів комунікації, вміння робити паузи та контролювати свої емоції, тощо. Використовуються техніки активної уяви («Чарівне дерево», «Водоспад», «Зустріч», тощо) та елементи танцювально - рухової терапії, в якій роль психолога трансформується з «ідеального учасника» до координатора й спостерігача, який стимулює власну активність учасників групи.

Перспектива подальших досліджень полягає у виявленні модеруючої ролі особистісних синдромів на формування хімічної залежності. Це



дозволить відійти від лінійного зв'язку (риса, що сприяє формуванню хімічної залежності) у багатовимірну площину (особистісний симптомокомплекс, що сприяє формуванню хімічної залежності) вивчення ролі особистості у формуванні хімічної залежності.

Обмеження та перспективи дослідження.

Отже, проведене дисертаційне дослідження робить кілька важливих внесків в психологію адиктивної поведінки, проте воно характеризується певними обмеженнями. Розглянемо детально ці обмеження і вважаємо на перспективи подальших досліджень, які дозволять їх подолати. По-перше, головним обмеженням дослідження виступає ретроспективний характер проведеного опитування стосовно негативних подій життя за допомогою опитувальника NLEI-2. Як відомо, у наукових дослідженнях ефективність використання ретроспективних анкет є значно вищими у порівнянні з іншими методами збору інформації (щоденниками, бесідами тощо), і відповідно, практично неможливо відмовитись від ретроспективно зібраних даних, зокрема при дослідженнях зловживань хімічними речовинами (Townshend, J. M., & Duka, T., 2002). Однак, необхідно враховувати, що людська пам'ять є селективним процесом, що до того ж конструє нову інформацію, і тому важливо, щоб дослідники, які використовують ретроспективні опитувальники-самозвіти, усвідомлювали викривлення в отриманих даних, адже через спотворення пам'яті самозвіти не є повними, а тим більш точними відображеннями подій, і можуть розглядатись як достатньо упереджені репрезентації минулого (Hammersley, R., 1994). Перспективами подальших досліджень виступають лонгітюдні дослідження представників груп ризику розвитку адикції з найменшого віку.

Друге обмеження цього дослідження стосується його організації, адже у якості вибірки взято осіб з хімічною адикцією на базі єдиного реабілітаційного центру, призначеного для таких пацієнтів. Хоча такий підхід дозволив розкрити закономірності взаємодії стресу та особистісних факторів, це обмежує узагальненість наших висновків. Тобто необхідними є

подальші дослідження з використанням більших вибірок у різних реабілітаційних закладах в Україні та інших країнах, щоб отримати результати, які можна узагальнити більш широко та перевірити перехресно.

Третє обмеження стосується побудованої нами моделі взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності (Рис. 2.4), яка постулює що у якості основних чинників, що впливають на формування хімічної залежності, виступають негативні життєві події, усвідомлювані і особистісні риси та неусвідомлювані тенденції психіки. Виходячи з моделі нами досліджено взаємодію цих чинників одне з одним та модеруючий ефект особистісних рис та неусвідомлюваних тенденцій на вплив негативних життєвих подій на наявність хімічної залежності. Проте недосліджуваними залишаються впливи негативних подій життя на неусвідомлювані тенденції та усвідомлювані риси особистості. Перспектива подальших досліджень полягає у виявленні модеруючої ролі особистісних синдромів на формування хімічної залежності. Це дозволить відійти від лінійного зв'язку (риса, що сприяє формуванню хімічної залежності) у багатовимірну площину (особистісний симптомокомплекс, що сприяє формуванню хімічної залежності) вивчення ролі особистості у формуванні хімічної залежності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агулова, О. О. (2012). Особистісні особливості молодих жінок із нікотиною залежністю. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені ГС Сковороди. Психологія, (44 (1)), 12-19.
2. Айзенк, Г. (2016). Тесты Айзенка. IQ. Перегрузка мозга. Лучший способ развить свои интеллектуальные способности. Москва: Эксмо
3. Аймедов, К. В. (2007). Клинический патоморфоз и смена зависимости в современной аддиктологии (литературный обзор). Вісн. психіатрії та психофармакотерапії, (2), 12, 136–145
4. Аймедов, К. В. (2011). Патологічна схильність до азартних ігор (клініка, терапія, реабілітація). (Дис. докт. мед. наук). Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ.
5. Аймедов, К. В., & Рябухін, К. В. (2015). Психологічні особливості жінок, хворих на алкогольну залежність. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина, (1-2), 81-84.
6. Андрух, П. Г. (2011). Аддиктивное поведение как вариант психосоциальной дезадаптации. Вісник проблем біології і медицини, (4), 64-68.
7. Андрух, П. Г. (2011). Загальна патоперсонологія осіб з різними формами хімічної залежності. Медичні перспективи, XVI (2), 75-82.
8. Андрух, П. Г. (2011). Система психотерапии и реабилитации эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств у лиц с зависимостью от психоактивных веществ. Мир медицины и биологии, 7 (2), 097-103.
9. Аталієва А.О. Стресове навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху. *Медицинська психологія*. Харків. 2019. Т. 14, №2(54), С. 85-88

10. Аталієва А.О. Деякі асоціації між психометричною оцінкою особистості і проєктивним тестом – гендерні відмінності. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя. 2019. №1, Т.1. С. 114-118.

11. Аталієва А.О. Программа «12 шагов» как метод социально-психологической помощи лицам с аддиктивным поведением. *Вісник Одеського національного університету імені І.І.Мечникова, серія: Психологія*. 2014. Випуск 2(32). С.19-25.

12. Аталієва А.О. Био-психо-социо-духовный поход к проблеме наркомании и алкоголизма и его значение для программы реабилитации «12 шагов». *Вісник Одеського національного університету імені І.І.Мечникова, серія: Психологія*. 2012. Том 17, Випуск 8(20). С. 323-331.

13. Аталієва А.О., Бирон Б.В., Розанов В.А. Личностные особенности пациентов с химическими зависимостями – психометрическая и проєктивная оценка. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2020. Том 11, № 1. С. 33 – 46. (Білорусія) Indexed scientometric basis Scopus (<http://jahs.eu/hrvatski-volume-6-number-1-march-2020/>)

14. Аталієва А.О. TABULA RASA («чистая доска»). Матеріали Всеукраїнської ювілейної науково-практичної інтернет-конференції. Білоцерківський інститут неперервної професійної освіти ДВНЗ. *Університет менеджменту освіти*. 20.09.2018р.. С. 89-98.

15. Аталієва А. О. Закономерное психическое развитие личности. Опасные моменты формирования химической зависимости . *Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього: Південна фундація педагогіки: Міжнародна науково-практична конференція, 20-21 червня 2014 р. Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, Одеса*. С .5-8.

14. Аталієва А. О. Возрастная периодизация психического развития и опасность формирования химической зависимости. *Розвиток особистості у рамках просторово – часової організації життєвого шляху: Сьома*

міжнародна науково-практична конференція молодих науковців «Розквітання», 24 – 26 квітня, м. Одеса. 2014. С. 28-31.

16. Аталієва А.О. Роль арт-терапии в реабилитации лиц с химической зависимостью. Матеріали третьої міжнародної науково-практичної конференції. *Актуальні дослідження в соціальної сфері*. Одеса. 2014. С.57-59.

17. Аталієва А.О. Особенности формирования наркотической зависимости. Программа «12 шагов», ее практические аспекты. Міжнародна науково-практична конференція. *Сучасний вимір педагогічних та психологічних наук*. Львів. 2014. С.7-9.

18. Аталієва А.О. Закономерное психическое развитие личности. Опасные моменты формирования химической зависимости. Південна фундація педагогіки. Міжнародна науково-практична конференція. *Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього*. Одеса. 2014. С.5-8.

19. Балакірева, О. М., Бондар, Т. В., & Павлова, Д. М. (2016). Динаміка поширення куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед молоді, яка навчається. *Український соціум*, (4), 21-41.

20. Басинская, И. В., Радюк, О. М., & Воронкова, Я. Ю. (2017). «Большая пятёрка», или пятифакторная модель личности. В Е. Н.Ткач (Ред.) *Смысл, функции и значение разных отраслей практической психологии в современном обществе: сборник научных трудов*. (С. 39-45) Хабаровск: Издательство Тихоокеанского государственного университета.

21. "Башкина, Ю. Д. (2007). Личностный смысл чувства риска (на примере подростков с разным рискованным поведением). (Дис. канд. психол. наук). Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург

22. Башмачников, В. В. (1928). Водка и самогон (потребление и их влияние на преступность). *Наше хозяйство*, (6-7), 19-23.

23. Баюрка, С. В., Бондар, В. С., Карпушина, С. А., Погосян, О. Г., Полуян, С. М., Степаненко, В. І., ... & Шовковая, З. В. (2017). Фармацевтичні аспекти тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії. Харків:
24. Березин, Ф. Б., & Барлас, Т. В. (1994). Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах. Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова, 94(6), 38-43.
25. Берковиц, Л. (2002). Агрессия: причины, последствия и контроль. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, Москва: ОЛМА-Пресс
26. Бессокирная, Г. П. (2003). Дискриминантный анализ для отбора информативных переменных. Социология: методология, методы, математическое моделирование (4М), (16), 25-35.
27. Битенский, В. С., Херсонский, Б. Г., Дворяк, С. В., & Глушков, В. А. (1989). Наркомания у подростков. Киев: Здоровья
28. Бірон, Б.В. (2015) Проактивне подолання стресових ситуацій особистістю. (Дис. канд. психол. наук). Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова, Одеса.
29. Боулби Дж. (2003). Привязанность . – М. : Гардарики. 477 с.
30. Будницька, О. А. (2001). Індивідуально особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючих ситуаціях. (Дис. канд. психол. наук). Київський національний університет ім. Т.Шевченка, Київ
31. Вайсерман, А.М. (2015). Эпигенетика: гены и кое-что сверху. Журнал «Популярная механика» №2, 2015.
32. Валентик, Ю. В. (2000). Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. В Н.Н. Иванец (Ред.), Лекции по наркологии, (с. 341-365). Москва: Наука.
33. Ванчугова, Л. В., & Дружинина, И. Е. (2019). Арт-терапия как средство адаптации обучающихся педагогического колледжа. Информационно-коммуникационные технологии в педагогическом образовании, (1), 22-25.

34. Вассерман, Д. (2005). Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийств. В. Д. Вассерман (Ред.) Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств (С. 65-75) М.: Смысл.

35. Вірна Ж.П., Гайдучик П.Д. Сепараційна тривожність в умовах лікувальної реабілітації: емпірична верифікація впливу особистісної ідентифікації. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 1 (25) – co-publ.: Publishing office: Accent graphics communications. Hamilton, ON, 2018. 120-128.*

36. Винникотт, Д. (2002). Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований.

37. Воронов, Д. Н. (1928). О самогоне. Москва. Ленинград.: Государственное медицинское издательство.

38. Воронов, Д. Н. (1930). Алкоголь в современном быту. Москва. Ленинград.: Государственное издательство.

39. Габиани, А. А. (1990). На краю пропасти: наркомания и наркоманы. Москва: Мысль.

40. Гаптрахимова, Р. С., Комарова, Н. В., Фаткуллина, С. Ф., & Рыбакина, Л. А. (2013). Применение арт-терапии в период адаптации первоклассников. *Научно-методический электронный журнал Концепт*, 3, 141-145.

41. Гарифуллин, Р. Р. (2010). Психологические подходы к проблеме наркомании. *Сибирский психологический журнал*, (35), 29-32.

42. Гернет, М. Н. (1922). Моральная статистика: уголовная статистика и статистика самоубийств; пособие для статистиков и криминалистов (Т. 1). Москва: Издательство Центрального статистического управления.

43. Гернет, М. Н. (1924). Преступный мир Москвы. М.: Изд-во ЦСУ СССР.

44. Герцензон, А. (1930). Современная преступность и алкоголизм. Советское государство и революция права, (3), 125-141.
45. Гишинский, Я. И. (1992). Социология девиантного поведения и социального контроля: краткий очерк. Рубеж (альманах социальных исследований), (2), 51-68.
46. Гіппенрейтер.Ю.Б. (2013). Самая важная книга для родителей (сборник). ООО «АСТ», 752 с.
47. Даулинг, С. (2000). Психология и лечение зависимого поведения. Москва: Независимая фирма «Класс».
48. Дворяк С., & К.Лео (1995). Сходинки до тверезості, 197.
49. Дегтярева, О. А., Карпушина, Г. И., & Симакова, О. Е. (2014). Профилактика наркомании как направление воспитательной работы в современной высшей школе. Международный журнал экспериментального образования, (4-1), 88-90.
50. Дейчман, Э.И. (1929). Алкоголизм и борьба с ним. Москва: Московский рабочий.
51. Джесс Х. Райт, & Моніка Рамірес Баско (2002). Повертаючись до життя: Повне керівництво для лікування депресії, Тачстоун.
52. Дидрихсон, Б.Ф. (1931) Алкоголизм и производительность труда. Ленинград.: Прибой.
53. Диомидов, И. (1912). Алкоголизм, как фактор преступности несовершеннолетних. В Дети-преступники. Сборник статей. (С. 353-366) Москва: В.И. Знаменский и Ко
54. Думан, Е. Д. (2013). Особенности личности наркопреступника, больного наркоманией. Вестник Волжского университета им. ВН Татищева, 2,(78), 48-55.
55. Дюрбан Б. (1977). Кластерный анализ Москва. Финансы и статистик(С.176).



56. Дюркгайм, Е. (1998). Самогубство: соціологічне дослідження. Київ: Основи.
57. Дяченко, В. А., & Новик, О. В. (2020). Особистісні особливості осіб, схильних до наркотичної залежності. Десяті Сіверянські соціально-психологічні читання, 126-129.
58. Евсеева, О. Е. (2015). Психологические особенности предрасположенности к употреблению психоактивных веществ у юношей с опытом первичных наркопроб. (Дис. канд. психол. наук). Южный Федеральный Университет, Ростов-на-Дону.
59. Емяшева, Ж. В., Розанов, В. А., & Мидько, А. А. (2012). Некоторые психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне алкогольной зависимости. Суицидология, 3 (3 (8)), 29-37.
60. Ерышев, О. Ф., Рыбакова, Т. Г., & Шабанов, П. Д. (2002). Алкогольная зависимость: Формирование. Течение. Противорецидивная терапия. Санкт-Петербург: ЭЛБИ.
61. Завадська, Л. А. (1999). Профілактика адиктивної поведінки. В Л.К Грицюк, В.С. Петрович (Ред.) Соціальна педагогіка (105-110). Луцьк: Волинський державний університет ім. Лесі Українки
62. Завацька, Н. Є. (2001). Психологічні особливості корекційної роботи з підлітками, що зловживають психоактивні речовини. Збірник наукових праць Інституту психології ім. ГС Костюка АПН України, 3 (5), 117-124.
63. Завьялов, В. Ю., & Короленко, Ц. П. (1988). Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука. Сибирское отделение
64. Зиман, Р. М. (1926). О кокаинизме у детей. Вопросы наркологии, (1), 28-32.
65. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. (2002). Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. СПб.: речь. С.176.
66. Ильин, Е. П. (2004). Мотивация и мотивы СПб.: Питер.

67. Иоголевич, П.И. (1927) Половые аномалии и наркомания среди преступников. В Материалы: Из работ криминологической секции, 17. (С.140-149) Соловки: Изд-во Бюро печати УСЛОН.
68. Казаков Л. Х. (1991). Характеристика информированности учащихся о наркотических и токсических веществах. Вопросы наркологии, 3, 25–28.
69. Калашникова, В. Ю. (2014). Социально-психологические причины приобщения подростков к наркотикам. Международный журнал экспериментального образования, (6-1), 86-87.
70. Каневский, В. И. (2014) О некоторых психологических особенностях парасуицидальной личности. Наукові праці. Соціологія, 222 (234), 104-108.
71. Капустина, А. Н. (2004). Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. Учебно-методическое пособие. Санкт-Петербург: Речь.
72. Карпов, В. Ю., Еремин, М. В., Абрамишвили, Г. А., & Пилосян, Н. А. (2015). Физическая культура и спорт в комплексной профилактике наркомании детей и подростков. Научный поиск, (4), 37-39.
73. Касимова, Л. Н., & Лацплес, П. Р. (2008). Взаимосвязь структуры личности больных наркоманией со временем начала употребления психоактивных веществ. Казанский медицинский журнал, 89(4), 438-444.
74. Кирпиченко, А. А. (2003). Концепция качества жизни и её особенности у женщин с алкогольной зависимостью. Белорусский медицинский журнал, 1, 51–54.
75. Клейберг, Ю. А. (2001). Психология девиантного поведения. Москва: Юрайт.
76. Колесникова, О. В. (2018). Наркоманія серед підлітків як форма залежної поведінки та її корекція. Теоретичні і прикладні проблеми психології, (2), 169-177.
77. Колтунова, А. А., & Клочко, С. В. (2015). Исследование психологических особенностей учебного стресса у

студентов. In Математические методы и модели в управлении, экономике и социологии (pp. 170-172).

78. Копытин, А. И. (2003). Руководство по групповой арт-терапии. Санкт-Петербург: Речь.

79. Копытин, А.И. (Ред.) (2006), Арт-терапия - новые горизонты. Москва: Когито-Центр.

80. Короленко, Ц. П. (1991). Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 1, 8-15.

81. Короленко, Ц. П., & Дмитриева, Н. В. (2000). Социодинамическая психиатрия. Москва–Екатеринбург: Академический Проект.

82. Короленко, Ц. П., & Дмитриева, Н. В. (2001). Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Олсиб.

83. Короленко, Ц. П., & Донских, Т. А. (1990). Основные характеристики развития аддиктивного поведения. Совр. задачи психиатрии и наркологии, 32-33.

84. Короленко, Ц.П, Дмитриева, Н.В, & Шпикс, Т.А (2007). Психология зависимости. Москва: LAP Lambert Academic Publishing.

85. Кочарян А.С., Коровицкая В.В. Проблема единства зависимых расстройств. Журнал практикующего психолога. Выпуск 11. 2005. - с. 58-71

86. Кочарян, А. С., Терещенко, Н. Н., Кочарян, И. А., Жидко, М. Е., Лисеная, А. М., Кочарян, С. А., & Роголева, Л. П. (2014). А.С. Кочарян (Ред.) Психотерапия как невербальная практика. Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина.

87. Крамченкова, В. О. (2015). Наукові підходи до дослідження тютюнової адиктивної поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, (5), 175-180.

88. Кувшинникова Б. К. (2012). Тест Роршаха в психодиагностике факторов наркозависимости. Известия Самарского научного центра Российской академии наук, 14 (2-4), 964-967.

89. Кузьминых, А. А., & Ениколопов, С. Н. (2011). Бытующие представления о мужской и женской агрессии. Психологическая наука и образование, 16(5), 70-80.
90. Куприянов, Р.В. & Жданов, Р. И. (2014). Стресс и аллостаз: проблемы, перспективы и взаимосвязь. Журнал высшей нервной деятельности им. ИП Павлова, 64(1), 21-31.
91. Лаак, Я., & Бругман, Г. (2003). Big 5: Как измерить человеческую индивидуальность: Оценки и описания. Москва: Книжный дом «Университет»
92. Ларин, Ю. А. (1929). Новые законы против алкоголизма и противоалкогольное движение. М.: Общество борьбы с алкоголизмом.
93. Ларин, Ю. А. (1930) Алкоголизм. Причины, задачи и пути борьбы. Харьков: Научная мысль.
94. Ленгле, А. (2006). Person: экзистенциально-аналитическая теория личности: сборник статей. Москва: Генезис.
95. Леньков, С. Л. (2015). Психологические условия профессионального развития педагогов инновационного образования. Новое в психолого-педагогических исследованиях, (3), 183-197.
96. Лео К., & Сергей Д. (1995) Ступени к трезвости. Одесса: Издательство Реабилитационного центра «Ступени».
97. Линский, И. В., Первомайский, Э. Б., & Савкина, Т. В. (2001). Методика оценки эффективности антинаркотических профилактических программ на примере учащихся 7–11 классов средней школы. Журнал психиатрии и медицинской психологии, (1), 47-51.
98. Литвицкий, П. Ф. (2014). Наркомании, токсикомании, отравления. Вопросы современной педиатрии, 13 (3), 51-60.
99. Личко, А. Е. (2006). Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. Москва: ЭКСМО-Пресс.
100. Личко, А. Е., & Битенский, В. С. (1991). Подростковая наркология: Руководство для врачей. Ленинград: Медицина

101. Лінський, І. В., & Мінко, О. І. (2005). Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання. *Український вісник психоневрології*, 13(4), 8-11.
102. Лісцин, В. Д. (2010). Детермінанти стресових станів як науково-психологічна проблема. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*, (7), 349-359.
103. Лэнгле, А. (2009). Персональный экзистенциальный анализ. В Е.Б. Старовойтенко, В.Д. Шадриков. *Психология индивидуальности: Новые модели и концепции*. (С. 356–382) М.: НОУ ВПО МПСИ.
104. Макнифф, Ш. (1992). *Искусство как исцеляющая практика*. Бостон: Изд-во «Шамбала»
105. Максимова Н.Ю. (2002). *Психологія адиктивної поведінки*. Київ.: Київський університет.
106. Максимова, Н. Ю. (2006). *Безпека життєдіяльності: соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії*. Київ.: Либідь,.
107. Малкина-Пых, И. Г. (2005). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Москва, Эксмо
108. Маркова, М. В., Селюкова, Т. В., & Окара, О. Б. (2000). Роль хімічної залежності в розвитку внутрішньо сімейної дезадаптації. *Архів психіатрії*, 3(4), 22-23.
109. Маркова М.В., Савіна М.В., Антонович М.О. (2019) *Психотерапія та психологічне консультування в програмах реабілітації залежних від психоактивних речовин*. *Психіатрія, наркологія, неврологія та медична психологія*, 11,65-72
110. Матвієць, Л. Г. (2019). Современные подходы к предоставлению интегрированной медицинской помощи на первичном звене лицам группы риска в зависимости от психоактивных веществ. *Семейная медицина*, (5-6), 8-12.
111. Мей, Р. (1997). *Любовь и воля*. Москва: Релф-бук.–Київ: Ваклер.

112. Менделевич, В. Д. (2003). Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). Москва: МЕДпресс-информ.
113. Менделевич, В. Д., & Новиков, И. А. (2002). Парадоксы взаимосвязей зависимой личности и расстройств зависимого поведения. *Архів психіатрії*, (4), 129-133.
114. Меннингер, К. (2000). *Война с самим собой*. Москва: Эксмо-Пресс.
115. Митина, О.В. (2008). Моделирование латентных изменений с помощью структурных уравнений. *Экспериментальная психология*. 1. – с. 131 – 148.
116. Михеева А.В. (2016). Особенности соотношения стрессоустойчивости и тревожности у мужчин и женщин. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика*, (2), 84-90.
117. Мужиченко, В. А., Копытов, А. В., & Кирпиченко, А. А. (2015). Личностные характеристики девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением из Республики Беларусь. *Медицинский журнал*, (3), 95-99.
118. Нух, Й.А. (2020). Факторы, способствующие наркомании среди молодежи. *Балканско научно обозрение*, 4 (1 (7)), 68-71.
119. Олпорт, Г. (1982). Личность: проблема науки или искусства?. *Общая психология. Тексты*, (3), 27-34.
120. Орбан-Лембрик, Л. (2003). Вплив кризових і стабільних періодів життя людини на процес її соціалізації у суспільстві. *Психологія і суспільство*, (2 (12)), 55-65.
121. Орбан-Лембрик, Л. (2004а). Залежність поведінки особистості від впливу проблемогенного соціуму. *Психологія і суспільство*, (1 (15)), 71-82.
122. Орбан-Лембрик, Л. (2004b). *Соціальна психологія*. Кн. 1: Соціальна психологія особистості і спілкування. К.: Либідь.

123. Орел, В. Е., & Сенин, И. Г. (2004). Личностный опросник NEO PI-R. Руководство по применению. Ярославль: НПЦ «Психодиагностика».
124. Орел, В. Е., Рукавишников, А. А., Сенин, И. Г., & Мартин, Т. (1998). Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Депон. в ИНИОН, (52220), 9-10.
125. Остапйовський, І. Є., & Остапйовська, Т. П. (2015). До проблеми теоретичного обґрунтування феномену адиктивної поведінки. Педагогічний пошук, (4), 33-35.
126. Полунина, Н. В., Нестеренко, Е. И., & Мадьянова, В. В. (2002). Инновационная деятельность лечебно-профилактических учреждений, ее эффективность и влияние на состояние здоровья врачей. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 5(4), 3-8.
127. Пономарев, В. П. (2017). Психологические аспекты наркомании в молодежной среде. Право. Экономика. Безопасность, (3), 114-116.
128. Пшук, Є. Я. (2009). Особливості комунікативних копінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність. Мед. психологія, 4(2-3), 205-208.
129. Пятунин, В. А. (2010). Девиантное поведение несовершеннолетних: современные тенденции. Москва : РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия».
130. Радченко, Т. М. (2016). Клініко-лабораторні методи в оцінці прогредієнтності опіоїдної залежності у жінок. Архів психіатрії, 22,(2), 98-103.
131. Рапопорт, А. М. (1926). Кокаинизм и преступность. За социалистическое здравоохранение, (1), 54–65.
132. Раппопорт, А. М. (1931). Алкоголь и производительность труда. Москва. Ленинград.: Государственное медицинское издательство.
133. Розанов В.А. (Ред.) (2017). Психологическое благополучие и психосоциальный стресс: Колл, монография. Одесса: Феникс.

134. Розанов, В. А. (2013). Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты). Социальная и клиническая психиатрия, 23 (1), 79-86.
135. Розанов, В. А. (2017). Суициды в подростковом возрасте- биопсихосоциальная модель в контексте модернизации. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 17(S2), 204-205.
136. Розанов, В. А., Емяшева, Ж. В., & Бирон, Б. В. (2011). Влияние травмы детского возраста на накопление стрессовых событий и формирование суицидальных тенденций в течение жизни. Український медичний часопис, (6), 94-98.
137. Розанов, В. А., Мидько, А. А., & Емяшева, Ж. В. (2013). Некоторые особенности парасуицидального поведения на фоне наркотической зависимости. Тюменский медицинский журнал, 15 (1), 22-23.
138. Романова, Е.С. (2001) Графические методы в практической психологии. СПб.: Речь.
139. Рудавка, С. І. (2018). Соціально-економічні проблеми наркоманії в Україні та її вплив на здоров'я людини. Вісник Вінницького національного медичного університету, 22(4), 752-759.
140. Руденко, М., & Калениченко, Р. (2016). Педагогіко-психологічні аспекти формування здоров'язберігаючої соціальної відповідальності у майбутніх працівників органів державної фіскальної служби України. Військова освіта, 33(1), 251-260.
141. Рущенко, І. П., Сердюк, О. О., & Віцько, О. В. (2011). Динаміка поширення молодіжного наркотизму в Харківському регіоні: 15 років спостережень. Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства, (17), 476-481.
142. Самара, Є. О. (2015). Адиктивна поведінка в умовах широкої доступності так званих «легальних наркотиків». Психологія та соціальна робота, 20, 2 (36), 161-170.



143. Самара, О. Є. (2015). Вживання алкоголю та наркотиків як відповідь на стрес. Аналіз патернів поведінки студентської молоді. Наука і освіта, (3), 93-100.
144. Самара, О. Є. (2015). Особливості життєвих орієнтацій у молоді з хімічною та нехімічною залежністю. Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Збірник наукових праць, 1 (46), 247 – 254.
145. Сафін, О., & Кузьменко, Ю. (2016) Особливі умови життєдіяльності та адаптаційний потенціал особистості: психологічний аспект. Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 1(3), 2016, 195-209.
146. Селье, Г. (2016). Стресс без дистресса. Журнал неврології ім. БМ Маньковського, (1), 78-89.
147. Семенова, З. Ф., & Семенова, С. В. (2007). Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом-дерево-человек». М.: АСТ.
148. Соболев, В. А., Рущенко, И. П. (2000) Молодежь и наркотики (социология наркотизма) Харьков: Торсинг.
149. Субботина, Л. Ю. (2006). Деформация психологической защиты у патологически зависимой личности. Экология человека, (10), 25-28.
150. Ткач, Б.М. (2006) Індивідуально-психологічні та нейропсихологічні особливості молоді з адиктивною поведінкою. (Дис. канд. психол. наук) .Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України, Київ.
151. Уайнхолд, Б. & Уайнхолд, Дж. (2001). Освобождение от созависимости. Москва: Независимая фирма «Класс».
152. Успенский С. (1912). Законодательные меры по борьбе с пьянством. Москва: Наше Слово.
153. Учеватов, А. (1927). Тайное винокурение в городе и селе (по данным Москвы и Московской губ.). Проблемы преступности, (2), 100-109.
154. Фенихель, О. (2004). Психоаналитическая теория неврозов. Москва: Академический проект.

155. Фещенко, Ю. І., Вієвський, А. М., Мельник, В. М., Турченко, Л. В., Кобища, Л. Г., Жданова, М. П., ... & Синяк, С. В. (2013). Епідеміологічні та організаційні аспекти надання інтегрованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, інфекційний гепатит та наркотичну залежність в Україні. *Український пульмонологічний журнал*, (3), 34-37.
156. Фоменко, А. Є. (2018). Чинники, які сприяють наркозлочинності, та деякі напрями превентивної діяльності правоохоронних органів. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*, (1), 159-163.
157. Франкл, В. (1982). Поиск смысла жизни и логотерапия. В Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузырей (Ред.) *Психология личности: Тексты*. (С. 118-121). Москва.: Московский государственный университет.
158. Франкл, В. (2016). Доктор и душа: Логотерапия и экзистенциальный анализ. Москва: Альпина Паблишер.
159. Фрейд, З. (1984). Печаль и меланхолия. В В. К. Виллюнас, Ю. Б. Гиппенрейтер. (Ред.) *Психология эмоций. Тексты*. (С. 203–211.) Москва: Издательство Московского университета.
160. Фрейд, З. (1989). Будущее одной иллюзии. В *Сумерки богов* (С. 94-143). Москва: Политиздат.
161. Фрейд, З. (1991). Об особом типе «выбора объекта» у мужчины. В З. Фрейд *Я и Оно. Труды разных лет*. (133-142) Тбилиси: Мерани.
162. Фрейд З. (2018). Введение в психоанализ. пер. Коган.Я.М.. Издательство: Академический проект, с. 478.
163. Фромм, Э. (1998). Душа человека. Москва.: АСТ.
164. Фурманов, І. А. (1996). Дитяча агресивність: психодіагностика та корекція. Мінськ.: Ільїн ВП.
165. Футер, Д. (1925) О детях - наркоманов. *Московский медицинский журнал*, 10, 59-63.

166. Халанский, В. В. (2016) Аддиктивное поведение как результат аперсонализации в экзистенциально-аналитической теории. Теория и практика психотерапии 3, 4, 36-42.
167. Чернецька, Ю. (2015). Вплив чинників десоціалізації на формування наркозалежної особистості. Актуальні питання гуманітарних наук, (14), 330-336.
168. Шестопалова Л.Ф.. Діагностика та лікування неврологічних розладів Український вісник психоневрології . Науково- практичний медичний журнал issn 2079-0325(p)doi 10.36927/2079-0325. том 17, випуск 3 (60), 2009.
169. Шоломович, А. С. (1926). Кокаин и его жертвы. Москва: Жизнь и знание.
170. Шоломович, А. С. (1933). Теория и практика борьбы с наркотизмом. Московский медицинский журнал, (5), 123-128.
171. Эргашева, Ю. Ю. (2015). Особенности влияния подростковой психической травмы на течение опийной наркомании, осложненной алкоголизмом. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, (8-1), 181-184.
172. Эриксон, Э. Г. (2006). Идентичность: юность и кризис. Москва: Флинта.
173. Ярмиш, І. О. (2006). Комунікативні особливості підлітків з узалежною поведінкою. Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім. ГС Костюка АПН України, 7, 300-302.
174. Яценко, Т. (2015). Профілактика наркоманії серед дітей підліткового віку. Психолого-педагогічні проблеми сільської школи, (52), 215-222.
175. Adler Y.G. A (1994). Mischling attempts to fight for his rights. In A.Bammer (Ed.), Displacement: Cultural identities in question (pp.205-215). Bloomington, IN: Indiana University Press.

176. Afifi, T. O., Henriksen, C. A., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2012). Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(11), 677-686.
177. Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, *30*(1), 47-88.
178. Agnew, R., & White, H. R. (1992). An empirical test of general strain theory. *Criminology*, *30*(4), 475-500.
179. Aina, Q., & Wijayati, P. H. (2019). Coping the Academic Stress: The Way the Students Dealing with Stress. *KnE Social Sciences*, 212-223.
180. Akaike, H. (1973), "Information theory and an extension of the maximum likelihood principle", in Petrov, B. N.; Csáki, F. (eds.), 2nd International Symposium on Information Theory, Tsahkadsor, Armenia, USSR, September 2-8, 1971, Budapest: Akadémiai Kiadó, pp. 267–281. Republished in Kotz, S.; Johnson, N. L., eds. (1992), *Breakthroughs in Statistics, I*, Springer-Verlag, pp. (610–624).
181. Allen, H. K., Calhoun, B. H., & Maggs, J. L. (2020). High-risk alcohol use behavior and daily academic effort among college students. *Journal of American college health*, 1-5.
182. Allport, G. W. (1966). Traits revisited. *American Psychologist*, *21*(1), 1–10.
183. Amuge, G. A. (2019). Stress, alcohol abuse and alcoholism relapse among readmitted alcoholics (Doctoral dissertation, Makerere University).
184. Andreassen, C. S., Hetland, J., & Pallesen, S. (2010). The Relationship Between 'Workaholism', Basic Needs Satisfaction at Work and Personality. *European Journal of Personality*, *24*, 3-17.
185. Alla Ataliiieva, Bohdan Biron, Vsevolod Rozanov. Life adversities and trauma as factors of addictive behaviors: analysis of accumulation across the most

early life period. *Journal of Applied Health Sciences*. 2020. Vol. 6. No 1. P. 15 – 24. (Хорватія).

186. Ayllón, S., & Ferreira-Batista, N. N. (2018). Unemployment, drugs and attitudes among European youth. *Journal of health economics*, 57, 236-248.

187. Baglivio, M. T., & Epps, N. (2016). The interrelatedness of adverse childhood experiences among high-risk juvenile offenders. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 14(3), 179-198.

188. Ball, S. A., & Schottenfeld, R. S. (1997). A five-factor model of personality and addiction, psychiatric, and AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misusers. *Substance use & misuse*, 32(1), 25-41.

189. Baltieri, D. A. (2014). Predictors of drug use in prison among women convicted of violent crimes. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(2), 113-128.

190. Barrett, K. C., & Campos, J. J. (1991). A diacritical function approach to emotions and coping. In E. M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 21–41). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

191. Bassols, N. M., & Castelló, J. V. (2016). Effects of the great recession on drugs consumption in Spain. *Economics & Human Biology*, 22, 103-116.

192. Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133, 920–954.

193. Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. J. F. M., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Lönnqvist, J., ... & Aagaard, B. (1997). A repetition–prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(2), 81-86.

194. Blum, K., Thompson, B., Demetrovics, Z., Femino, J., Giordano, J., Oscar-Berman, M., ... & Fratantonio, J. (2015). The molecular neurobiology of

twelve steps program & fellowship: connecting the dots for recovery. *Journal of reward deficiency syndrome*, 1(1), 46-64.

195. Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological bulletin*, 130(6), 887-919.

196. Bonomo, Y. A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99(12), 1520-1528.

197. Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. *Psychiatry research*, 136(1), 61-67.

198. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 372-394.

199. Broman, C. L. (2016). The stress of discrimination: A possible influence on drug use trajectory?. In *Drug use trajectories among minority youth* (pp. 85-104). Springer, Dordrecht.

200. Brooner, R. K., Schmidt, C. W., Jr., & Herbst, J. H. (2002). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (p. 249–268). Washington, DC: American Psychological Association.

201. Buck, J. (1948). The HTP technique, a qualitative and quantitative scoring method. *Journal of clinical psychology monograph supplement*, 5, 1-120.

202. Burke, R. J., Matthiesen, S. B., & Pallesen, S. (2006). Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1223-1233

203. Burns, K., & Bechara, A. (2007). Decision making and free will: a neuroscience perspective. *Behavioral sciences & the law*, 25(2), 263-280.

204. Cardoso, J. B., Goldbach, J. T., Cervantes, R. C., & Swank, P. (2016). Stress and multiple substance use behaviors among Hispanic adolescents. *Prevention science*, 17(2), 208-217.
205. Carter, J. A., Herbst, J. H., Stoller, K. B., King, V. L., Kidorf, M. S., Costa Jr, P. T., & Brooner, R. K. (2001). Short-term stability of NEO-PI-R personality trait scores in opioid-dependent outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 255–260
206. Cassibba, R., Papagna, S., Calabrese, M. T., Costantino, E., Paterno, A., & Granqvist, P. (2014). The role of attachment to God in secular and religious/spiritual ways of coping with a serious disease. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(3), 252-261.
207. Cattell, R. B. (1943). The description of personality. I. Foundations of trait measurement. *Psychological Review*, 50(6), 559–594.
208. Cattell, R. B. (1949). The dimensions of culture patterns by factorization of national characters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44(4), 443–469.
209. Cattell, R. B. (1990). Advances in Cattellian personality theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (p. 101–110). New York, NY, The Guilford Press.
210. Chappel, J. N., & DuPont, R. L. (1999). Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 425–446.
211. Charlton, B.G., (2008) Genospirituality: genetic engineering for spiritual and religious enhancement. *Medical Hypotheses* 71(6). 825–828.
212. Chassin, L., Flora, D. B., & King, K. M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of abnormal psychology*, 113(4), 483-498.
213. Chess, S., & Thomas, A. (1996). *Temperament Theory and Practice*. NY Brunner/Mazel.

214. Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2009). Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Perspective on children's coping with stress as regulation of emotion, gnition and behavior*. New directions in child and adolescent evelopment series. San Francisco: Jossey-Bass.

215. Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 43(2), 157–164.

216. Cohen, S., Tyrrell, D.A., & Smith, A.P. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to common cold. *Journal of Personality and Social psychology*, 64, 131-140.

217. Comings, D. E., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., Wu, S., Muhleman, D., Blake, H., ... & MacMurray, J. P. (2000). A multivariate analysis of 59 candidate genes in personality traits: the temperament and character inventory. *Clinical Genetics*, 58(5), 375-385.

218. Compas, B., O'Connor-Smith, J. K., Saltzman, S., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87–127.

219. Compton, W. M., Gfroerer, J., Conway, K. P., & Finger, M. S. (2014). Unemployment and substance outcomes in the United States 2002–2010. *Drug and alcohol dependence*, 142, 350-353.

220. Concha, M., Sanchez, M., Rojas, P., Villar, M. E., & De La Rosa, M. (2016). Differences in acculturation and trajectories of anxiety and alcohol consumption among Latina mothers and daughters in South Florida. *Journal of immigrant and minority health*, 18(4), 886-895.



221. Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor (NEO-FFI) inventory professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
222. Dekker, J., & de Groot, V. (2018). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation—an exploration. *Disability and rehabilitation*, 40(1), 116-120.
223. Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotions*, 27, 125–156.
224. Diggs, O. N., & Neppl, T. K. (2018). The influence of economic pressure on emerging adult binge drinking: Testing the family stress model over time. *Journal of youth and adolescence*, 47(11), 2481-2495.
225. Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual review of psychology*, 41(1), 417-440.
226. Digman, J. M., & Takemoto-Chock, N. K. (1981). Factors in the natural language of personality: Re-analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate behavioral research*, 16(2), 149-170.
227. Drapela, L. A. (2006). The effect of negative emotion on licit and illicit drug use among high school dropouts: An empirical test of general strain theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 755-770.
228. Dubey, C., Arora, M., Gupta, S., & Kumar, B. (2010). Five factor correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 107-114.
229. Eames, S. F., Businelle, M. S., Suris, A., Walker, R., Rao, U., North, C. S., ... & Adinoff, B. (2014). Stress moderates the effect of childhood trauma and adversity on recent drinking in treatment-seeking alcohol-dependent men. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 441-447.
230. Efron B. (1979). Bootstrap Methods: Another Look at the Jackknife // *Annals of Statistics*. - Vol. 7, No 1. — P. 1-26.

231. Efron, B., & Tibshirani R. (1993) *An Introduction to the Bootstrap* / - Chapman and Hall, New. York, London, p. 456.
232. Eitle, D. J. (2002). Exploring a source of deviance-producing strain for females: Perceived discrimination and general strain theory. *Journal of Criminal Justice*, 30, 95-111.
233. Eitle, D. J., & Turner, R. J. (2002). Exposure to community violence and young adult crime: The effects of witnessing violence, traumatic victimization, and other stressful life events. *Journal of research in Crime and Delinquency*, 39, 214-237.
234. Engel, A., & Cáceda, R. (2015). Can decision making research provide a better understanding of chemical and behavioral addictions?. *Current drug abuse reviews*, 8(2), 75-85.
235. Engel, G. L. (2011). *Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg*, Bern: Huber.
236. Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31.
237. Fehrman, E., Muhammad, A. K., Mirkes, E. M., Egan, V., & Gorban, A. N. (2017). The five factor model of personality and evaluation of drug consumption risk. In *Data science* (pp. 231-242). Springer, Cham.
238. Fehrman, E., Egan, V., Gorban, A.N., Levesley, J., Mirkes, E.M., Muhammad, A.K. (2019) *Personality Traits and Drug A Story Told by Data*. Cham, Switzerland: Springer Springer.
239. Feir, B. J., & Toothaker, L. E. (1974). *The ANOVA F-Test Versus The Kruskal-Wallis Test: A Robustness Study*. 38p.; Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association 59th, Chicago, Illinois.
240. Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 522–527

241. Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Perreault, M., & Caron, J. (2014). Predictors of alcohol and drug dependence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 203-212.
242. Fox, N. A., & Calkins, S. D. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*, 27, 7–26.
243. Frankl, V. E. (1975). *The unconscious god: Psychotherapy and theology*. New York: Simon and Schuster.
244. Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48(1), 26–34.
245. Grolnick, W. S., Bridges, L. J., & Connell, J. P. (1996). Emotion regulation in two-year-olds: Strategies and emotional expression in four contexts. *Child Development*, 67, 928– 941.
246. Grucza, R. A., & Goldberg, L. R. (2007). The comparative validity of 11 modern personality inventories: Predictions of behavioral acts, informant reports, and clinical indicators. *Journal of personality assessment*, 89(2), 167-187.
247. Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 199-220.
248. Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 11.1–11.29.
249. Gunnar, M. R., & Vazquez, D. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 2, 2nd ed., pp. 533–577). Hoboken, NJ: Wiley.
250. Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?. *The Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110.
251. Hammer, R. P. (2002). Neural circuitry and signaling in psychiatry. Chapter 4. *Brain Circuitry and Signaling in Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 99-124.

252. Harwood, D. & Jacoby, (2000) Suicidal behaviour Suicidal behavior among the elderly. In *The International Handbook Suicide and Attempted Suicide* (eds K. Hawton & K. van Heeringen), pp. 275-292. Chichester: John Wiley & Sons.

253. Herbert, T.B., & Cohen, S. (1996). Measurement issues in research on psychosocial stress. In H.B. Kaplan (ed.) *Psychosocial stress: perspectives on structure, theory, life-course, and methods.* (pp.295-332). San Diego: Academic Press.

254. Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of family violence*, 28(2), 191-199.

255. Hoffmann, J. P., & Cerbone, F. G. (1999). Stressful life events and delinquency escalation in early adolescence. *Criminology*, 37, 343-373.

256. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.

257. Holodynski, M., & Friedlmeier, W. (2006). *Development of emotions and emotion regulation.* New York: Springer.

258. Holodynski, M., & Seeger, D. (2019). Expressions as signs and their significance for emotional development. *Developmental Psychology*, 55(9), 1812–1829.

259. Hopwood, C. J., Morey, L. C., Skodol, A. E., Stout, R. L., Yen, S., Ansell, E. B., ... & McGlashan, T. H. (2007). Five-factor model personality traits associated with alcohol-related diagnoses in a clinical sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 455-460.

260. Hřebíčková, M., Urbánek, T., Čermák, I., Szarota, P., Ficková, E., & Orlická, L. (2002). The NEO five-factor inventory in czech, polish, and slovak contexts. In *The Five-Factor Model of personality across cultures* (pp. 53-78). Springer, Boston, MA.

261. Huang, C. (2010). Internet addiction: Stability and change. *European Journal of Psychology of Education*, 25(3), 345-361
262. Hyman, S. M., Garcia, M., & Sinha, R. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(4), 655-664.
263. Hyman, S. M., Paliwal, P., Chaplin, T. M., Mazure, C. M., Rounsaville, B. J., & Sinha, R. (2008). Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men. *Drug and alcohol dependence*, 92(1-3), 208-216.
264. Hammersley, R. (1994). A digest of memory phenomena for addiction research. *Addiction* 89, 283–293.
265. Ingram, R. E. & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In B.L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of Psychopathology: A vulnerability stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
266. Ispas, D., Iliescu, D., Ilie, A., & Johnson, R.E. (2014). Exploring the Cross-Cultural Generalizability of the Five Factor Model of Personality: The Romanian NEO PI-R. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(7), 1074-1088
267. Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194.
268. Jakobwitz, S., & Egan, V. (2006). The dark triad and normal personality traits. *Personality and Individual differences*, 40(2), 331-339.
269. Jan de Wilde, E. (2000). Adolescent suicidal behaviour: a general population perspective. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 249-259.
270. John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John

(Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138). New York: Guilford Press.

271. Just-Østergaard, E., Mortensen, E. L., & Flensburg-Madsen, T. (2018). Major life events and risk of alcohol use disorders: a prospective cohort study. *Addiction*, 113(1), 25-33.

272. Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of abnormal Psychology*, 116(1), 176.

273. Karatepe, H., Atik, D., & Yüce, U. Ö. (2019). Adaptation with the chronic disease and expectations from nurses. *Pulse (min)*, 81, 11-08.

274. Kendler, K. S., Kuhn, J. W., Vittum, J., Carol, A. P., & Riley, B. (2005). The Interaction of Stressful Life Events and a Serotonin Transporter Polymorphism in the Prediction of Neuronal circuit regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical stress axis. *Episodes of Major Depression A Replication. Archives of General Psychiatry*, 62, 529-35.

275. Kendler, K. S., Ohlsson, H., Edwards, A. C., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2017). A developmental etiological model for drug abuse in men. *Drug and alcohol dependence*, 179, 220-228.

276. Kenny, P. J. (2007). Brain reward systems and compulsive drug use. *Trends in pharmacological sciences*, 28(3), 135-141.

277. Khurana, A., Romer, D., Betancourt, L. M., & Hurt, H. (2017). Working memory ability and early drug use progression as predictors of adolescent substance use disorders. *Addiction*, 112(7), 1220-1228.

278. Kilbey, M. M., Breslau, N., & Andreski, P. (1992). Cocaine use and dependence in young adults: associated psychiatric disorders and personality traits. *Drug and alcohol dependence*, 29(3), 283-290.

279. Kliewer, W., Parrish, K. A., Taylor, K. W., Jackson, K., Walker, J. M., & Shivy, V. A. (2006). Socialization of coping with community violence: Influences of caregiver context. *Child Development*, 77, 605–623.

280. Kopp, C. B. (2002). Commentary: The codevelopments of attention and emotion regulation. *Infancy*, 3, 199–208.
281. Kornor, H., & Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC psychiatry*, 7(1), 1-6.
282. Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(5), 768–821
283. Kowert, P. A., & Hermann, M. G. (1997). Who takes risks? Daring and caution in foreign policy making. *Journal of conflict Resolution*, 41(5), 611-637.
284. Kruskal W. H., & Wallis W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. // *Journal of the American Statistical Association*. — 1952, 47 № 260. — Pp. 583—621
285. Lee, B. L., Jordan, H. R., & Madson, M. B. (2019). The moderating effects of college stress on the relationship between protective behavioral strategies and alcohol outcomes. *Substance use & misuse*, 54(11), 1845-1852.
286. Lee, L. O., Young Wolff, K. C., Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2012). The effects of age at drinking onset and stressful life events on alcohol use in adulthood: A replication and extension using a population-based twin sample. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 36(4), 693-704.
287. Leeb, R. T., Lewis, T., & Zolotor, A. J. (2011). A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454-468.
288. Lewis, M., & Ramsay, D. (1999). Environments and stress reduction. In M. Lewis & D. Ramsay (Eds.), *Soothing & stress* (pp. 171–192). Mahwah, NJ: Erlbaum.
289. Li-Wen Xu, Fang-Qin Yang, Aji’erguli Abula, & Shuang Qin, (2013). A parametric bootstrap approach for two-way ANOVA in presence of possible interactions with unequal variances, *Journal of Multivariate Analysis*, Volume 115, Pages 172-180.

290. Lloyd, G. G. (1977). Psychological reactions to physical illness. *British journal of hospital medicine*, 18(4), 352-355.
291. Long, M. E., Hammons, M. E., Davis, J. L., Frueh, B. C., Khan, M. M., Elhai, J. D., & Teng, E. J. (2011). Imagery rescripting and exposure group treatment of posttraumatic nightmares in Veterans with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 531-535.
292. Loukas, A., Krull, J. L., Chassin, L., & Carle, A. C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. *Journal of personality*, 68(6), 1153-1175.
293. Marcia, J. E. (1967). Ego identity status: Relationship to change in self-esteem, "general maladjustment," and authoritarianism. *Journal of Personality*, 35(1), 119–133.
294. Martikainen, P., Bartley, M., & Lahelma, E. (2002). Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 31, 1091-1093
295. Martin, E. D., & Sher, K. J. (1994). Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(1), 81-90.
296. Martin, T. A., Costa, P. T., Oryol, V. E., Rukavishnikov, A. A., & Senin, I. G. (2002). Applications of the Russian NEO-PI-R. In *The Five-Factor Model of personality across cultures* (pp. 261-277). Springer, Boston, MA.
297. Martínez-González, J. M., López, R. V., Iglesias, E. B., & Verdejo-García, A. (2016). Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*, 28(1), 13-19.
298. Mathis, V., & Kenny, P. J. (2019). From controlled to compulsive drug-taking: The role of the habenula in addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 106, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.018>
299. Mc Connachie, C. E. (2019). Academic stress and alcohol use among second year university students (Doctoral dissertation, University of Pretoria).



300. McCabe, S. E., Cranford, J. A., & Boyd, C. J. (2016). Stressful events and other predictors of remission from drug dependence in the United States: Longitudinal results from a national survey. *Journal of substance abuse treatment, 71*, 41-47.
301. McCormick, R. A., Dowd, E. T., Quirk, S., & Zegarra, J. H. (1998). The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers. *Addictive Behaviors, 23*(4), 497-507.
302. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1982). Self-concept and the stability of personality: Cross-sectional comparisons of self-reports and ratings. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*(6), 1282–1292.
303. McEwen, B. S. (2017). Allostasis and the epigenetics of brain and body health over the life course: the brain on stress. *JAMA psychiatry, 74*(6), 551-552.
304. McGue, M., Elkins, I., & Iacono, W. G. (2000). Genetic and environmental influences on adolescent substance use and abuse. *American journal of medical genetics, 96*(5), 671-677.
305. Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist, 17*(12), 827–838.
306. Melemis, S. M. (2015). Focus: Addiction: Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *The Yale journal of biology and medicine, 88*(3), 325-332
307. Metzger, I. W., Blevins, C., Calhoun, C. D., Ritchwood, T. D., Gilmore, A. K., Stewart, R., & Bountress, K. E. (2017). An examination of the impact of maladaptive coping on the association between stressor type and alcohol use in college. *Journal of American College Health, 65*(8), 534-541.
308. Metzger, I. W., Cooper, S. M., Ritchwood, T. D., Onyeuku, C., & Griffin, C. B. (2017). Profiles of African American college students' alcohol use and sexual behaviors: Associations with stress, racial discrimination, and social support. *The Journal of Sex Research, 54*(3), 374-385.
309. Meurk, C., Carter, A., Partridge, B., Lucke, J., & Hall, W. (2014). How is acceptance of the brain disease model of addiction related to Australians'

attitudes towards addicted individuals and treatments for addiction?. *BMC psychiatry*, 14(1), 373-382.

310. Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesch, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families* (pp. 77–99). Washington, DC: American Psychological Association.

311. Monroe, S. M., Kelley, J. M., Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Measurement of stress appraisal, 122-147.

312. Müller, C. P. (2018). Animal models of psychoactive drug use and addiction—present problems and future needs for translational approaches. *Behavioural Brain Research*, 352, 109-115.

313. Myers, B., Joska, J. A., Lund, C., Levitt, N. S., Butler, C. C., Naledi, T., ... & Sorsdahl, K. (2018). Patient preferences for the integration of mental health counseling and chronic disease care in South Africa. *Patient preference and adherence*, 12, 1797 - 1803.

314. Nilsson, K. W., Damberg, M., Öhrvik, J., Leppert, J., Lindström, L., Anckarsäter, H., & Orelund, L. (2007). Genes encoding for AP-2 $\beta$  and the Serotonin Transporter are associated with the Personality Character Spiritual Acceptance. *Neuroscience letters*, 411(3), 233-237.

315. Nuijten, M., Blanken, P., Van den Brink, W., Goudriaan, A. E., & Hendriks, V. M. (2016). Impulsivity and attentional bias as predictors of modafinil treatment outcome for retention and drug use in crack-cocaine dependent patients: Results of a randomised controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(7), 616-626.

316. Oatley, K., Keltner, D., & Jenkins, J. M. (2006). Emotions and mental health in childhood. *Understanding emotions*, 321-351.

317. Pariat, L., Rynjah, A., Joplin, M., & Kharjana, M. (2014). Stress levels of college students: Interrelationship between stressors and coping strategies. *Journal of Humanities and Social Science*, 19(8), 40-46.

318. Patrick B.S. (2007). Simulations to analyze type i error and power in the anova f test and nonparametric alternatives By Joshua Daniel The University of West Florida, A thesis submitted to the Department of Mathematics and Statistics College of Arts and Sciences The University of West Florida In partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science 2009.

319. Pervin, L. A. (1994). Personality stability, personality change, and the question of process. In *Can personality change?* (pp. 315-330). American Psychological Association.

320. Petrie, K. J., & Jones, A. S. K. (2019). Coping with chronic illness. In C. D. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. J. Petrie, T. A. Revenson, & J. Weinman (Eds.), *Cambridge handbooks in psychology. The Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (p. 110–114). Cambridge University Press.

321. Preacher, K. J., Rucker, D. D., & Hayes, A. F. (2007). Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate behavioral research*, 42(1), 185-227.

322. Propper, C., & Moore, G. A. (2006). The influence of parenting on infant emotionality: A multi-level psychobiological perspective. *Developmental Review*, 26, 427–460.

323. Puff, J., & Renk, K. (2014). Relationships among parents' economic stress, parenting, and young children's behavior problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(6), 712-727.

324. Reddy, J. K., Menon, K., & Thattil, A. (2017). Understanding academic stress among adolescents. *Artha Journal of Social Sciences*, 16(1), 39-52.

325. Roberts, B. W., Chernyshenko, O. S., Stark, S., & Goldberg, L. R. (2005). The structure of conscientiousness: An empirical investigation based on seven major personality questionnaires. *Personnel Psychology*, 58(1), 103-139.

326. Roblyer, M. I. Z., Grzywacz, J. G., Cervantes, R. C., & Merten, M. J. (2016). Stress and alcohol, cigarette, and marijuana use among Latino adolescents

in families with undocumented immigrants. *Journal of child and family studies*, 25(2), 475-487.

327. Rosenthal, T. L., Edwards, N. B., Ackerman, B. J., Knott, D. H., & Rosenthal, R. H. (1990). Substance abuse patterns reveal contrasting personal traits. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 255-263.

328. Rueda, M. R., & Rothbart, M. K. (2009). Temperament, coping, and development. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Perspective on children's coping with stress as regulation of emotion, cognition and behavior*. New directions in child and adolescent development series. San Francisco: Jossey-Bass.

329. Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Dickinson, K. A. (2003). NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of personality assessment*, 81(3), 226-236.

330. Sáiz, P. A., González, M. P., Paredes, B., Martínez, S., & Delgado, J. M. (2001). Personality and use-abuse of cocaine. *Adicciones*, 13(2), 47-59.

331. Saridi, M., Karra, A., Kourakos, M., & Souliotis, K. (2016). Assessment of alcohol use in health professionals during the economic crisis. *British Journal of Nursing*, 25(7), 396-405.

332. Schmidt, M. V. (2011). Animal models for depression and the mismatch hypothesis of disease. *Psychoneuroendocrinology*, 36(3), 330-338.

333. Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R., & Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of cross-cultural psychology*, 38(2), 173-212.

334. Schoenbaum, G., & Shaham, Y. (2008). The role of orbitofrontal cortex in drug addiction: a review of preclinical studies. *Biological psychiatry*, 63(3), 256-262.

335. Sellman, J. D. (2008). Drug addiction and the meaning of life. Keynote address. International Addiction Summit, Melbourne.

336. Selye, H. (1993). History of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (p. 7–17). New York, NY: Free Press.
337. Sher, K. J., Trull, T. J., Bartholow, B. D., & Vieth, A. (1999). Personality and alcoholism: Issues, methods, and etiological processes. In K. E. Leonard & H. T. Blane (Eds.), *The Guilford substance abuse series. Psychological theories of drinking and alcoholism* (p. 54–105). The Guilford Press.
338. Shin, S. H., Edwards, E. M., & Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive behaviors*, 34(3), 277-280.
339. Shmelyov, A. G., & Pokhil'ko, V. I. (1993). A taxonomy-oriented study of Russian personality-trait names. *European Journal of Personality*, 7(1), 1-17.
340. Snyder, C. R., Ford, C.E., & Harris, R.N. (1987). The effects of theoretical perspective on the analysis of coping with negative life events. In C. R. Snyder, & C.E. Ford (Eds.), *Coping with Negative Life Events. Clinical and Social Psychological Perspectives* (pp. 3-13). New York and London: Plenum Press.
341. Spatz Widom, C., Marmorstein, N. R., & Raskin White, H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of addictive behaviors*, 20(4), 394-403.
342. Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
343. Stewart, S. H., & Devine, H. (2000). Relations between personality and drinking motives in young adults. *Personality and Individual Differences*, 29, 495–511.
344. Stipek, D. J., Gralinski, J. H., & Kopp, C. B. (1990). Self-concept development in the toddler years. *Developmental Psychology*, 26, 972–977.
345. Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive behaviors*, 37(7), 747-775.

346. Tabała, K., Wrzesińska, M., Stecz, P., & Kocur, J. (2016). Personality traits, level of anxiety and styles of coping with stress in people with asthma and chronic obstructive pulmonary disease—a comparative analysis. *Psychiatria Polska*, 50(6), 1167-1180.
347. Taylor, S. E. (2010). Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(19), 8507-8512.
348. Temmen, C. D., & Crockett, L. J. (2019). Relations of Stress and Drinking Motives to Young Adult Alcohol Misuse: Variations by Gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-14.
349. Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC psychiatry*, 8(1), 22. 1-10.
350. Theakston, J. A., Stewart, S. H., Dawson, M. Y., Knowlden-Loewen, S. A., & Lehman, D. R. (2004). Big-Five personality domains predict drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 37(5), 971-984.
351. Timmer, S. G., Veroff, J., & Colten, M. E. (1985). Life stress, helplessness, and the use of alcohol and drugs to cope: An analysis of national survey data. *Coping and substance use*, 171-198.
352. Tomasson, K., & Vaglum, P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 378-385.
353. Townshend, J. M., & Duka, T. (2002). Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaire and diary measures. *Alcohol and Alcoholism*, 37(2), 187-192.
354. Trémeau, F., Darreys, A., Leroy, B., Renckly, V., Ertle, S., Weibel, H., ... & Macher, J. P. (2003). Personality changes in opioid-dependent subjects in a methadone maintenance treatment program. *L'encéphale*, 29(4 Pt 1), 285-292.

355. Trujols, J. (2015). The brain disease model of addiction: challenging or reinforcing stigma? *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 292-292
356. Turner, S. M., & Hersen, M. E. (1997). *Adult psychopathology and diagnosis*. John Wiley & Sons Inc.
357. Valiente, C., Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). The relations of parental expressivity and support to children's coping with daily stress. *Journal of Family Psychology*, 18, 97-106.
358. Velasquez, K. M., Molfese, D. L., & Salas, R. (2014). The role of the habenula in drug addiction. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 174-183.
359. Ventura, C. A., de Souza, J., Hayashida, M., & Ferreira, P. S. (2015). Risk factors for involvement with illegal drugs: opinion of family members or significant others. *Journal of Substance Use*, 20(2), 136-142.
360. Viner, R. M., & Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(10), 902-907.
361. Voisin, D. R., Elsaesser, C., Kim, D. H., Patel, S., & Cantara, A. (2016). The relationship between family stress and behavioral health among African American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2201-2210.
362. Walton, K. E., & Roberts, B. W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38(6), 515-535.
363. Wasserman, D., Geijer, T., Rozanov, V., & Wasserman, J. (2005). Suicide attempt and basic mechanisms in neural conduction: relationships to the SCN8A and VAMP4 genes. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 133(1), 116-119.
364. Wasserman, D., Sokolowski, M., Rozanov, V., & Wasserman, J. (2008). The CRHR1 gene: a marker for suicidality in depressed males exposed to low stress. *Genes, Brain and Behavior*, 7(1), 14-19.

365. Wiens, T. K., & Walker, L. J. (2015). The chronic disease concept of addiction: Helpful or harmful?. *Addiction Research & Theory*, 23(4), 309-321.
366. Wolff, W., & Boama, S. A. (2018). Religious faith, academic stress, and instrumental drug use in a sample of Western-African University students. *Performance enhancement & health*, 6(2), 53-58.
367. Wolpe, J. (1972). *Praxis der verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
368. Woodcock, E. A., Lundahl, L. H., Stoltman, J. J., & Greenwald, M. K. (2015). Progression to regular heroin use: examination of patterns, predictors, and consequences. *Addictive behaviors*, 45, 287-293.
369. World Health Organization, Geneva (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report*. Retrieved from:  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf). Accessed 27 Dec 2017
370. Zarei, P., Hashemi, T., Sadipoor, S., Delavar, A., & Khoshnevisan, Z. (2016). Effectiveness of Coping Strategies in Reducing Student's Academic Stress. *International journal of mental health and addiction*, 14(6), 1057-1061.
371. Zegeye, A., Mossie, A., Gebrie, A., & Markos, Y. (2018). Stress among Postgraduate Students and Its Association with Substance Use. *The American Journal of Psychiatry*, 21, 448.
372. Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174-181.



## ДОДАТОК А

### Список публікацій здобувача за темою дисертації

#### *Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації у фахових виданнях України:*

1. Аталієва А.О. Стресове навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху. *Медицинська психологія*. Харків. 2019. Т. 14, №2(54), С. 85-88
2. Аталієва А.О. Деякі асоціації між психометричною оцінкою особистості і проєктивним тестом – гендерні відмінності. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя. 2019. №1, Т.1. С. 114-118.
3. Аталієва А.О. Программа «12 шагов» как метод социально-психологической помощи лицам с аддиктивным поведением. *Вісник Одеського національного університету імені І.І.Мечникова, серія: Психологія*. 2014. Випуск 2(32). С.19-25.
4. Аталієва А.О. Био-психо-социо-духовный поход к проблеме наркомании и алкоголизма и его значение для программы реабилитации «12 шагов». *Вісник Одеського національного університету імені І.І.Мечникова, серія: Психологія*. 2012. Том 17, Випуск 8(20). С. 323-331  
(Здобувачем проведено аналіз наукових джерел, підготовлено статтю до друку.)

#### *Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:*

5. Alla Ataliiieva, Bohdan Biron, Vsevolod Rozanov. Life adversities and trauma as factors of addictive behaviors: analysis of accumulation across the most early life period. *Journal of Applied Health Sciences*. 2020. Vol. 6. No 1. P. 15 – 24. (Хорватія).
6. Аталієва А.О., Бирон Б.В., Розанов В.А. Личностные особенности пациентов с химическими зависимостями – психометрическая и проєктивная оценка. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2020. Том 11,

№ 1. С. 33 – 46. (Білорусія) Indexed scientometric basis Scopus (<http://jahs.eu/hrvatski-volume-6-number-1-march-2020/>)

***Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:***

7. Аталієва А.О. Хімічна залежність. Онлайн нплатформа «Розкажи мені» для психологічної допомоги населенню. 10.09.2020.
8. Аталієва А.О. TABULA RASA («чистая доска»). Матеріали Всеукраїнської ювілейної науково-практичної інтернет-конференції. Білоцерківський інститут неперервної професійної освіти ДВНЗ. *Університет менеджменту освіти*. 20.09.2018р.. С. 89-98.
9. Аталієва А. О. Закономерное психическое развитие личности. Опасные моменты формирования химической зависимости . *Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього*: Південна фундація педагогіки: Міжнародна науково-практична конференція, 20-21 червня 2014 р. Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, Одеса. С .5-8.
10. Аталієва А. О. Возрастная периодизация психического развития и опасность формирования химической зависимости. *Розвиток особистості у рамках просторово – часової організації життєвого шляху*: Сьома міжнародна науково-практична конференція молодих науковців «Розквітання», 24 – 26 квітня, м. Одеса. 2014. С. 28-31.
11. Аталієва А.О. Роль арт-терапии в реабилитации лиц с химической зависимостью. Матеріали третьої міжнародної науково-практичної конференції. *Актуальні дослідження в соціальній сфері*. Одеса. 2014. С.57-59.
12. Аталієва А.О. Особенности формирования наркотической зависимости. Программа «12 шагов», ее практические аспекты. Міжнародна науково-практична конференція. *Сучасний вимір педагогічних та психологічних наук*. Львів. 2014. С.7-9.

13. Аталієва А.О. Закономерное психическое развитие личности. Опасные моменты формирования химической зависимости. Південна фундація педагогіки. Міжнародна науково-практична конференція. *Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього*. Одеса. 2014. С.5-8.

## ДОДАТОК Б

### ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Результати дослідження доповідалися на Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми військової і соціальної психології та соціальної роботи» (Одеса, 2013); VII Міжнародній науково-практичній конференції молодих науковців «Розвиток особистості у рамках просторово – часової організації життєвого шляху» (Одеса, 2014); III Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні дослідження в соціальної сфері» (Одеса, 2014); Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасний вимір педагогічних та психологічних наук» (Львів, 2014); Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні наукові дослідження представників психологічних та педагогічних наук – прогрес майбутнього» (Одеса, 2014); Всеукраїнській ювілейній науково-практичній інтернет-конференції «Гуманізація освітнього процесу в контексті педагогічної спадщини В. О. Сухомлинського» (Біла Церква, 2018).

## ДОДАТОК В

Таблиця загальних даних пацієнтів

№ п/п	Инд. код	01(нар) 02(алк)	Стать ч / ж	вік	Рівень освіти			Сімейний стан					*види прийнятого наркотику
					сер.	профес-техн.	Вища / неповна	одружен.	цивільний шлюб	розлучен.	ніколи не був (ла) одружений.	Вдова/вдовець	
1	002	01	ч.	34			*			*			1,2,4,5
2	003	01	ч.	29			*		*				1,2,4,5
3	005	02	ч.	32			*		*				горілка
4	006	01	ч.	22		*					*		1,2,4
5	007	01	ч.	28			*				*		1,4,5
6	008	01	ж.	28			*	*		*			1,2
7	009	01	ч.	25			*				*		1,2,3,4
8	010	01	ч.	26			*		*				1,2,3,4
9	011	01	ч.	30			*		*				1,2,3,4,5
10	012	01	ч.	28			/ *		*				1,2,3,4
11	013	01	ч.	27		*			*				1,2,3,4
12	014	01	ч.	33			*	*					1,2,3,4,5
13	015	01	ч.	26			*				*		1,4,5
14	016	01	ч.	33			*			*			1,2,3,4,5
15	017	01	ч.	28		*					*		1,4,5
16	018	01	ч.	29			*		*				1,2,3,4
17	019	01	ч.	20		*					*		1,2,3,4
18	020	01	ж.	39		*		*					1,2,3,
19	021	01	ж.	25			*			*			1,2
20	022	01	ч.	31		*					*		1,2,3,4,5
21	023	01	ж.	35	*			*					1,2,3,4,5
22	024	01	ч.	30		*				*			1,2,3
23	026	01	ч.	27			/ *	*					1,2,3,4
24	028	01	ч.	29			*		*				1,2,3,4
25	029	01	ч.	27			/ *				*		1,2,3,4
26	030	01	ж.	25	*					*			1,4,5
27	031	01	ж.	33			*			*			1,2,4,
28	032	01	ч.	40			*			*			1,2,3
29	033	01	ч.	26			/ *				*		1,2,3,4
30	034	01	ж.	41	*				*				1,2,3
31	035	01	ч.	27			*		*				1,2,3,4
32	036	02	ч.	25			*				*		всі види
33	037	01	ч.	25		*					*		1,2,3,4
34	038	01	ч.	37	*					*			1,2,3,4
35	039	01	ч.	26			/ *				*		1,2,4
36	042	01	ч.	29	*						*		1,2,4
37	043	02	ж.	44			*			*			горілка
38	044	01	ч.	23			/ *				*		1, 4, 5
39	045	01	ч.	28			*	*					1,2,4
40	046	01	ж.	41		*			*				1,2,3
41	047	01	ч.	32		*			*				1,2,3
42	048	01	ч.	27			*				*		1,2,4
43	049	01	ч.	28			/ *	*					1,4
44	050	01	ч.	32		*		*					1,2,4

45	051	01	ч.	25		*				*		1,2,4
46	052	01	ч.	28			/ *	*				1, 4
47	053	01	ч.	32			/ *			*		1,2,4
48	054	01	ч.	34		*				*		1,2,3
49	055	02	ч.	32		*				*		горілка
50	056	02	ж.	34			*			*		Всі види
51	057	01	ж.	25		*		*				1,2,5
52	058	01	ж.	18		*				*		1,5,6
53	059	01	ж.	33			*	*				1,2,4
54	061	01	ч.	33	*				*			1,2,4,5
55	062	01	ч.	26	*			*				1,2,4
56	063	02	ч.	22		*				*		горілка
57	064	01	ч.	29			*			*		1,2,3
58	065	01	ж.	17		*				*		1,4,5,6
59	066	01	ж.	34			*			*		1,2,3,4
60	067	01	ч.	27			*			*		1,2,3
61	068	01	ч.	31		*			*			1,2,3,4
62	069	02	ж.	50			*	*				горілка
63	070	01	ч.	33	*				*			1,2,4
64	071	02	ч.	34			*	*				всі види
65	072	01	ч.	23			*			*		1,2,4
66	073	01	ч.	34			/ *			*		1,2,4
67	074	01	ч.	36		*				*		1,2,4
68	075	01	ж.	34			*	*				1,2,
69	076	01	ч.	35			/ *			*		1,2,4
70	077	01	ч.	33			*		*			1,2,4
71	078	01	ч.	25			*	*				1,4,5
72	079	01	ч.	27		*				*		1,2
73	080	01	ч.	32		*			*			1,2
74	081	01	ч.	27		*				*		1,2
75	082	01	ч.	25			*			*		1,2,4
76	083	01	ч.	42	*				*			1,2
77	084	01	ч.	33			*	*				1,2
78	085	01	ж.	20		*				*		1,4,5
79	086	01	ч.	23			*	*				1,2
80	087	01	ч.	28			*			*		1,2
81	088	02	ч.	38	*					*		1,2
82	089	01	ч.	38		*			*			горілка
83	103	01	ч.	27	*					*		1,2
84	107	01	ч.	32		*				*		1,2
85	108	02	ч.	28	*					*	*	всі види
86	109	01	ч.	15	*					*		1,4,5
87	110	01	ч.	24			/ *	*				1,2
88	111	01	ч.	27		*				*		1,2
89	112	01	ж.	21			*			*		1,2
90	113	01	ч.	34	*					*		1,2
91	114	01	ч.	20		*				*		1,2
92	115	02	ч.	40			*	*				горілка
93	116	01	ч.	17	*					*		1,4,5,6
94	117	01	ч.	24			*			*		1,2
95	120	01	ч.	34			*		*			1,2
96	121	01	ч.	25			*	*				1,2
97	122	01	ч.	22	*					*		1,4,5
98	123	01	ч.	23			/ *			*		1,2
99	124	01	ч.	31		*				*		1,2,3
100	125	01	ч.	32		*		*				1,2,3

101	126	01	ч.	25		*		*					1,2,5
102	127	01	ч.	33		*					*		1,2,3
103	128	01	ч.	37			/ *			*			1,2,3
104	129	01	ч.	18			/ *				*		1,4,5,6
105	130	02	ч.	37		*		*					горілка
106	131	01	ч.	19	*						*		1,4,5
107	132	01	ч.	25			*			*			1,2,4
108	133	02	ч.	66			*	*					горілка
109	142	02	ч.	41	*					*			горілка
110	164	01	ч.	18	*						*		1,4,5,6
111	211	02	ч.	21			/ *				*		всі види
112	232	01	ч.	29	*					*			1,2,5
113	233	02	ж.	32			*			*			горілка
114	234	01	ч.	33			*	*					1,2,5
115	235	01	ч.	35		*			*				1,2,5
116	236	01	ч.	26			*				*		1,2,3,5
117	237	01	ч.	37			*			*			1,2,3
<b>Кількість пацієнтів</b>		<b>01 нар.- 101 02 агк - 16</b>	<b>ч. - 97 ж.- 20</b>	<b>сер. - 29,38</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	<b>47 / 16</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>47</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>%</b>		<b>01 - 86,32 02 - 13,67</b>	<b>ч. - 82,90 ж.- 17,09</b>		<b>17,0 9</b>	<b>29,05</b>	<b>40,17 / 13,67</b>	<b>22,22</b>	<b>17,94</b>	<b>19,6 5</b>	<b>40,1 7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**\* Види прийнятого наркотику (зі слів пацієнта):**

1. Канабіюди (марихуана і всі похідні конопель) – природні.
2. Опіати (героїн, мак, метадон, дезоморфін, кодеїн) - природі.
3. Кокаїн – психостимулятор рослинного походження - природні.
4. ЛСД, Екстазі, амфетамін соли, спайси – синтетичні.
5. «Аптечні наркотики»(АН) - транквілізатори, барбітурати, снодійні.
6. Сольвенти - Сленгова назва: «нюхати клей».

## ДОДАТОК Г

1. ИД код: \_\_\_\_\_
2. Дата интервью: День \_\_\_\_\_ Месяц \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_
3. Пол респондента: \_\_\_\_\_
4. Возраст респондента (к-во полных лет): \_\_\_\_\_
5. Дата рождения респондента: День \_\_\_\_\_ Месяц \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_

### СОБЫТИЯ ЖИЗНИ

[Отметьте "nd", если вопрос не применим и "na" если данные недоступны]

=====

1. Был ли у Вас когда-либо непосредственный опыт, связанный с боевыми действиями и войной?

- 1.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 1.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 1.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 1.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

2. Были ли Вы когда-либо вовлечены в угрожающий жизни несчастный случай?

- 2.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 2.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 2.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 2.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

3. Были ли Вы когда-либо вовлечены в пожар, наводнение или природный катаклизм?

- 3.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 3.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 3.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 3.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

4. Были ли Вы когда-либо свидетелем того, как кто-то был тяжело ранен или убит?

- 4.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 4.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 4.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 4.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

5. Были ли Вы когда-либо изнасилованы, то есть, вступал ли кто-нибудь с Вами в половую связь против Вашего желания, применяя угрозы или силу?

- 5.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 5.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 5.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 5.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

6. Подвергались ли Вы когда-либо сексуальным домогательствам, то есть прикасался или ошупывал ли кто-нибудь Ваши гениталии против Вашего желания?

- 6.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 6.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 6.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 6.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

7. Подвергались ли Вы когда-либо серьезному физическому нападению или насилию?

- 7.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 7.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 7.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 7.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

8. Угрожали ли Вам когда-либо оружием, держали ли в плену или похищали?

- 8.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)



- 8.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 8.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 8.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

9. Подвергались ли Вы когда-либо пыткам или становились жертвой террористов?

- 9.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 9.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 9.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 9.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

10. Переживали ли Вы когда-либо другое чрезвычайное стрессовое или травмирующее событие?

- 10.e Описание события: \_\_\_\_\_  
 10.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 10.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 10.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 10.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

11. Перенесли ли Вы сильное потрясение от того, что одно из приведенных в списке событий (№ 1-10) произошло с кем-то из Ваших близких?

- 11.e описание события: \_\_\_\_\_  
 11.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 11.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 11.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 11.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

12. Умер ли кто-нибудь из следующих лиц от иных причин, кроме суицида?

**Ваш отец?:**

- 12.1 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 12.2 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 12.3 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 12.4 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

12.5 Причина?: \_\_\_\_\_

(1=болезнь/ естественная причина смерти, 2=смерть вследствие несчастного случая, 3 = гомицид)

**Ваша мать?:**

- 12.6 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 12.7 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 12.8 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 12.9 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

12.10 Причина?: \_\_\_\_\_

(1=болезнь/ естественная причина смерти, 2=смерть вследствие несчастного случая, 3 = гомицид)

**Сиблинг(и) (родные братья и сестры)?:**

- 12.11 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      **12.12** \_\_\_\_\_ \*  
 12.13 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      **12.14** \_\_\_\_\_ \*  
 12.15 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      **12.16** \_\_\_\_\_ \*  
 12.17 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      **12.18** \_\_\_\_\_ \*

\*Если более одного, укажите число сиблингов

Причины [причины только для первых трех сиблингов]:

- 12.19 1:ый сибл.: \_\_\_\_\_      12.20 2:ой сибл.: \_\_\_\_\_      12.21 3:ий сибл.: \_\_\_\_\_

(1=болезнь/ естественная причина смерти, 2=смерть вследствие несчастного случая, 3 = гомицид)

**Ребенок (дети)?:**

- 12.22 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      12.23 Если более одного, то укажите число детей: \_\_\_\_\_

Причины [причины только для первых трех детей]:

- 12.24 1:ый ребенок: \_\_\_\_\_      12.25 2:ой ребенок: \_\_\_\_\_      12.26 3:ий ребенок: \_\_\_\_\_

(1=болезнь/ естественная причина смерти, 2=смерть вследствие несчастного случая, 3 = гомицид)

**12.27 Ваш(и) партнер(ы)?:** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**12.28** Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_

Причины [причины только для первых трех партнеров]:

**12.29** 1:ый партнер: \_\_\_\_\_ **12.30** 2:ой партнер: \_\_\_\_\_ **12.31** 3:ий партнер: \_\_\_\_\_

(1=болезнь/ естественная причина смерти, 2=смерть вследствие несчастного случая, 3 = гомицид)

**12.32 Другие близкие Вам лица?:**

**12.33** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **12.34** \_\_\_\_\_ \*

**12.35** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **12.36** \_\_\_\_\_ \*

**12.37** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **12.38** \_\_\_\_\_ \*

**12.39** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **12.40** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

Причины [причины только для первых трех близких лиц]:

**12.41** 1:ый чел.: \_\_\_\_\_ **12.42** 2:ой чел.: \_\_\_\_\_ **12.43** 3:ий чел.: \_\_\_\_\_

(1=болезнь/ естественная причина смерти, 2=смерть вследствие несчастного случая, 3 = гомицид)

**13. Подвергал ли Вас когда-либо эмоциональным или психологическим мучениям кто-то из следующих лиц?**

**Ваш отец?:**

**13.1**(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**13.2** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**13.3** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**13.4** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Ваша мать?:**

**13.5**(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**13.6** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**13.7** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**13.8** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Сиблинг(и)?:**

**13.9** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.10** \_\_\_\_\_ \*

**13.11** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.12** \_\_\_\_\_ \*

**13.13** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.14** \_\_\_\_\_ \*

**13.15** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.16** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

**13.17** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**13.18** Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_

**Другое (ие) близкое (ие) Вам лицо(а) ?:**

**13.19** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.20** \_\_\_\_\_ \*

**13.21** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.22** \_\_\_\_\_ \*

**13.23** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.24** \_\_\_\_\_ \*

**13.25** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.26** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**Другое(ие) лицо(а) [дальние знакомые, чужие люди, и т.д.]?:**

**13.27** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.28** \_\_\_\_\_ \*

**13.29** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.30** \_\_\_\_\_ \*

**13.31** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.32** \_\_\_\_\_ \*

**13.33** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **13.34** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**14. В вопросе №7 Вас спрашивали: «подвергались ли Вы серьезному физическому нападению или насилию», и Вы ответили положительно. Скажите, кто из следующих лиц причинял Вам физическое насилие?**

**Ваш отец?:**

**14.1**(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**14.2** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**14.3** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

- 14.4 (когда респонденту было 19 и более лет) : \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
**Ваша мать?:**  
 14.5(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 14.6 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 14.7 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 14.8 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
**Сиблинг(и)?:**  
 14.9 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.10** \_\_\_\_\_ \*  
 14.11 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.12** \_\_\_\_\_ \*  
 14.13 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.14** \_\_\_\_\_ \*  
 14.15 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.16** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

- 14.17 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 14.18 Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_  
**Другое(ие) близкое(ие) Вам лицо(а) ?:**  
 14.19 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.20** \_\_\_\_\_ \*  
 14.21 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.22** \_\_\_\_\_ \*  
 14.23 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.24** \_\_\_\_\_ \*  
 14.25 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.26** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**Другое(ие) лицо(а) [дальние знакомые, чужие люди, и т.д.]?:**

- 14.27 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.28** \_\_\_\_\_ \*  
 14.29 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.30** \_\_\_\_\_ \*  
 14.31 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.32** \_\_\_\_\_ \*  
 14.33 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **14.34** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

=====

**15. В вопросе №5 Вас спрашивали: «Были ли Вы когда-либо изнасилованы, то есть, вступал ли кто-нибудь с Вами в половую связь против Вашего желания, применяя при этом угрозы или силу?» и Вы ответили положительно. Скажите, кто из следующих лиц совершал это с Вами?**

**Ваш отец?:**

- 15.1(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 15.2 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 15.3 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 15.4 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Ваша мать?:**

- 15.5(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 15.6 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 15.7 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 15.8 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Сиблинг(и)?:**

- 15.9 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.10** \_\_\_\_\_ \*  
 15.11 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.12** \_\_\_\_\_ \*  
 15.13 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.14** \_\_\_\_\_ \*  
 15.15 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.16** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

- 15.17 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.18** Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_  
**Другое(ие) близкое(ие) Вам лицо(а) ?:**  
 15.19 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.20** \_\_\_\_\_ \*  
 15.21 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.22** \_\_\_\_\_ \*  
 15.23 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.24** \_\_\_\_\_ \*  
 15.25 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.26** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**Другое(ие) лицо(а) [дальние знакомые, чужие люди, и т.д.]?:**

- 15.27 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.28** \_\_\_\_\_ \*
- 15.29 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.30** \_\_\_\_\_ \*
- 15.31 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.32** \_\_\_\_\_ \*
- 15.33 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **15.34** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**16. В вопросе №6 Вас спрашивали: «Подвергались ли Вы когда-либо сексуальным домогательствам, то есть прикасался или ошупывал ли кто-нибудь Ваши гениталии против Вашего желания?» и Вы ответили положительно. Скажите, кто из следующих лиц совершал это с Вами?**

**Ваш отец?:**

- 16.1(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 16.2 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 16.3 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 16.4 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Ваша мать?:**

- 16.5(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 16.6 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 16.7 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 16.8 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Сиблинг(и)?:**

- 16.9 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.10** \_\_\_\_\_ \*
- 16.11 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.12** \_\_\_\_\_ \*
- 16.13 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.14** \_\_\_\_\_ \*
- 16.15 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.16** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

- 16.17 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 16.18 Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_

**Другое(ие) близкое(ие) Вам лицо(а) ?:**

- 16.19 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.20** \_\_\_\_\_ \*
- 16.21 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.22** \_\_\_\_\_ \*
- 16.23 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.24** \_\_\_\_\_ \*
- 16.25 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.26** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**Другое(ие) лицо(а) [дальние знакомые, чужие люди, и т.д.]?:**

- 16.27 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.28** \_\_\_\_\_ \*
- 16.29 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.30** \_\_\_\_\_ \*
- 16.31 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.32** \_\_\_\_\_ \*
- 16.33 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **16.34** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**17. Был ли кто-нибудь из следующих лиц когда-либо госпитализирован в психиатрическую больницу?**

**Ваш отец?:**

- 17.1(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 17.2 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 17.3 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 17.4 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Ваша мать?:**

- 17.5(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 17.6 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 17.7 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)
- 17.8 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Сиблинг(и)?:**

- 17.9 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **17.10** \_\_\_\_\_ \*

- 17.11 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 17.12 \_\_\_\_\_ \*
- 17.13 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 17.14 \_\_\_\_\_ \*
- 17.15 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 17.16 \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

**Ребенок (дети)?:**

17.17 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

17.18 Если более одного, укажите число детей \_\_\_\_\_

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

17.19 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

17.20 Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_

**Другое(ие) близкое(ие) Вам лицо(а) ?:**

17.21 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 17.22 \_\_\_\_\_ \*

17.23 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 17.24 \_\_\_\_\_ \*

17.25 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 17.26 \_\_\_\_\_ \*

17.27 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 17.28 \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**18. Страдал ли когда-либо кто-то из следующих лиц хроническим соматическим заболеванием?**

**Ваш отец?:**

18.1(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.2 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.3 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.4 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Ваша мать?:**

18.5(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.6 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.7 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.8 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Сиблинг(и)?:**

18.9 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.10 \_\_\_\_\_ \*

18.11 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.12 \_\_\_\_\_ \*

18.13 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.14 \_\_\_\_\_ \*

18.15 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.16 \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

**Ребенок (дети)?:**

18.17 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.18 Если более одного, укажите число детей \_\_\_\_\_

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

18.19 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.20 Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_

**Другое(ие) близкое(ие) Вам лицо(а) ?:**

18.21 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.22 \_\_\_\_\_ \*

18.23 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.24 \_\_\_\_\_ \*

18.25 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.26 \_\_\_\_\_ \*

18.27 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 18.28 \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**19. Была ли когда-либо у кого-нибудь из следующих лиц зависимость от алкоголя, наркотиков или медикаментов в течение одного года или более?**

**Ваш отец?:**

19.1(когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.2 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.3 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.4 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Ваша мать?:**

19.5 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.6 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.7 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.8 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Сиблинг(и)?:**19.9 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.10** \_\_\_\_\_ \*19.11 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.12** \_\_\_\_\_ \*19.13 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.14** \_\_\_\_\_ \*19.15 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.16** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

19.16.a. **Вы сами лично** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

Укажите вид зависимости: алкоголь \_\_\_\_\_; наркотики \_\_\_\_\_; медикаменты \_\_\_\_\_.

**Ребенок (дети)?:**

19.17 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.18 Если более одного, укажите число детей \_\_\_\_\_

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

19.19 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.20 Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_

**Другое(ие) близкое(ие) Вам лицо(а) ?:**19.21 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.22** \_\_\_\_\_ \*19.23 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.24** \_\_\_\_\_ \*19.25 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.26** \_\_\_\_\_ \*19.27 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.28** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

**20. Был ли кто-то из следующих лиц когда-либо приговорен к заключению в тюрьму или другое исправительное заведение?****Ваш отец?:**

20.1 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.2 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.3 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.4 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Ваша мать?:**

20.5 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.6 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.7 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.8 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**Сиблинг(и)?:**20.9 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.10** \_\_\_\_\_ \*20.11 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.12** \_\_\_\_\_ \*20.13 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.14** \_\_\_\_\_ \*20.15 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **19.16** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число сиблингов

**Ребенок (дети)?:**

20.17 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.18 Если более одного, укажите число детей \_\_\_\_\_

**Ваш(и) партнер(ы)?:**

20.19 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.20 Если более одного, укажите число партнеров: \_\_\_\_\_

**Другое(ие) близкое(ие) Вам лицо(а) ?:**20.21 (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **20.22** \_\_\_\_\_ \*20.23 (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **20.24** \_\_\_\_\_ \*20.25 (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **20.26** \_\_\_\_\_ \*20.27 (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **20.28** \_\_\_\_\_ \*

\* Если более одного, укажите число лиц

### Родители

**21.** Были ли вы в разлуке с родителями в течение одного года или более, будучи ребенком?

**21.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**21.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**21.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**22.** Воспитывались ли вы, в основном, другими людьми, а не родителями?

**22.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**22.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**22.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**23.** Разводились ли ваши родители (жили ли отдельно)?

**23.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**23.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**23.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**23.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**24.** Уезжал ли ваши родители на долгое время из дома, когда вы были ребенком?

**24.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**24.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**24.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**25.** Приходилось ли Вам часто заботиться о братьях и сестрах ?

**25.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**25.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**25.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**25.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**26.** Часто ли вы думали, что ваши родители не любят и не хотят заботиться о вас?

**26.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**26.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**26.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**27.** Были ли у Ваших родителей серьезные финансовые проблемы?

**27.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**27.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**27.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**27.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**28.** Часто ли лица, отвечавшие за ваше воспитание, обделяли вас вниманием и заботой или оставляли в одиночестве?

**28.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**28.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**28.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**29.** Были ли у ваших родителей когда-либо серьезные проблемы во взаимоотношениях друг с другом?

**29.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**29.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**29.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

**29.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

30. . Бывали ли у вас когда-нибудь настолько плохие отношения с одним из родителей, что вы ненавидели его или ее?

30.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

30.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

30.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

30.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

### Сиблинги

31. Были ли у вас с кем-то из ваших братьев или сестер настолько плохие отношения, что вы ненавидели его/ее?

31.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

31.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

31.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

31.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

### Партнер

32. . Были ли у вас с партнером(ами) проблемы во взаимоотношениях? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

33. Были ли у вас когда-либо скандалы или споры с вашим(и) партнером(ами), которые надолго ухудшили ваши отношения?

\_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

34. Были ли у Вас когда-либо сексуальные проблемы с партнером(ами)? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

35. Были ли когда-либо у вас с партнером(ами) финансовые проблемы? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

36. Были ли когда-либо у вас с партнером проблемы с жильем? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

37. Мешал ли вам когда-либо партнер, когда вы хотели чего-то достичь или кем-то стать? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

38. Страдали ли вы или ваш партнер от бесплодия? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

39. Заставлял ли Вас когда-либо Ваш партнер заниматься проституцией? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

### Дети

40. Были ли у Вас когда-либо проблемы с воспитанием детей? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

41. Усыновляли ли кого-нибудь из ваших детей? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

42. Был ли кто-то из ваших детей задержан милицией, находился ли на учете в милиции? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

### Значимый, близкий человек

43. . Были ли у вас когда-либо длительные плохие отношения со значимым для вас человеком?

43.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

43.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

43.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

43.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

44. Были ли у вас серьезные проблемы в отношениях с начальством на работе или где-либо еще? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)



=====  
 45. Были ли у вас трудности в приобретении друга, товарища в жизни? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

**Вы сами**

=====  
 46. Были ли у вас какие-либо нарушения, вызванные осложнениями во время ваших родов?  
 46.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

46.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

46.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

46.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

47. Страдали ли вы какой-либо физической болезнью, которая привела (могла привести) к серьезной деформации или нетрудоспособности?

47.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

47.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

47.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

47.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

48. Приходилось ли вам вследствие физической болезни в течение длительного времени оставаться дома или находиться в больнице?

48.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

48.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

48.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

48.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

49. Приходилось ли вам находиться в психиатрической больнице в течение 3 месяцев или более?

49.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

49.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

49.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

49.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

50. Переживали ли вы когда-нибудь неудачу в достижении важной цели?

50.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

50.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

50.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

50.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

51. Бывали ли у вас сложности на работе, такие, как увольнение против вашей воли?  
 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

52. Оставались ли вы без работы против вашей воли в течение шести месяцев или более?  
 \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

53. Были ли у Вас когда-либо чрезвычайные финансовые проблемы? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

54. Переезжали ли вы когда-нибудь в другой город или страну и из-за этого теряли связь с родственниками и друзьями?

54.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

54.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

54.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

54.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

55. Оставались ли Вы когда-либо бездомным? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 =====

56. Были ли у вас проблемы со школой или обучением?

56.a (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

56.b (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

56.c (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

57. Подвергались ли Вы когда-либо преследованию, насилию, неприязненному отношению или трудностям в связи с чем-то из перечисленного ниже?

57. a Вашей расы \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

57. b Ваших религиозных верований \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

57. c Ваших политических убеждений \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

57. d Физического недостатка или инвалидности \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

57. e Вашей сексуальной ориентации \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

58. Были ли у вас проблемы в установлении контакта с другими людьми?

58.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

58.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

58.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

58.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

59. Были ли у вас проблемы с установлением и поддержанием дружеских отношений?

59.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

59.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

59.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

59.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

60. Переживали ли вы когда-нибудь в течение длительного времени одиночество ?

60.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

60.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

60.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

60.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

61. Были ли у вас или у вашего партнера выкидыши, завершились ли беременности мертворождением, абортom?

\_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

62. Привлекались ли вы когда-либо к ответственности за уголовное преступление?

62.a (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

62.b (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

62.c (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

62.d Если да, уточните: \_\_\_\_\_ (1= один раз, 2= 2-3 раза, 3= несколько раз)

63. Были ли когда-либо приговорены к заключению в тюрьму или другое исправительное заведение?

63.a (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

63.b (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

63.c (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

63.d Если да, уточните: \_\_\_\_\_ (1=один раз, 2=2-3 раза, 3= несколько раз)

64. Переживали ли Вы когда-либо преступление, жертвой которого являлись Вы лично?

64.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

64.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

64.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

64.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

65. Занимались ли Вы когда-либо проституцией (сексуальной)?

- 65.a (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 65.b (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 65.c (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====  
 66. Была(и) ли еще какая(ие)-либо проблема(ы), которая(ые) внезапно повлияла(и) на вашу жизнь?

66.a Укажите 1-ую проблему: \_\_\_\_\_

66.b В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

66.c Укажите 2:ую проблему: \_\_\_\_\_

66.d В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

66.e Укажите 3:ю проблему: \_\_\_\_\_

66.f В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

=====  
 67. Были ли какие-либо положительные события или обстоятельства (С/О), которые оказали на Вашу жизнь благоприятное влияние и, возможно, помогли Вам в жизни?:

67.a Укажите 1:ое С/О: \_\_\_\_\_

67.b В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

67.c Укажите 2:ое С/О: \_\_\_\_\_

67.d В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

67.e Укажите 3:е С/О: \_\_\_\_\_

67.f В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

67.g Укажите 4:ое С/О: \_\_\_\_\_

67.h В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

67.i Укажите 5:ое С/О: \_\_\_\_\_

67.j В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

67.k Укажите 6:ое С/О: \_\_\_\_\_

67.l В каком возрасте Вы тогда были?: с \_\_\_\_\_ лет до \_\_\_\_\_ лет

=====  
 68. Из всех упомянутых негативных событий и обстоятельств, какие три являлись наиболее важными?:

01 до 66 (= номер вопроса, относящегося к этим событиям в списке). Например, если пациент отвечает: «То, что меня часто обделяли вниманием и заботой или оставляли одного лица, отвечавшие за мое воспитание, начиная с двухлетнего возраста и далее»( = вопрос 28a, 28b и 28c)

Номер: важное событие: 28 пункты: a, b, c

68.a Наиболее важное событие: \_\_\_\_\_ 68.b (если применимо- соотв. пункт a,b, c ...)

68.c Второе по важности событие: \_\_\_\_\_ 68.d (если применимо – соотв. пункт a,b c...)

68.e Третье по важности событие: \_\_\_\_\_ 68.f (если применимо – соотв. пункт a,b c ...)

=====  
 69.a. Получали ли вы когда-либо поддержку от кого бы то ни было в процессе вашего воспитания \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

Кто из поддерживающих лиц был для вас самым важным?

69.b Мать \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

69.c Отец \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

69.d Брат(ья) \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

69.e Сестра(ы) \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

69.f Другой(ие) родственник(и) \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

69.g Друг(друзья) \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

В течение какого периода вашей жизни поддержка была наиболее важной ?

69.h Когда респонденту было 0-6 лет \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 69.i\* \_\_\_\_\_

69.j Когда респонденту было 7-14 лет \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 69.k\* \_\_\_\_\_

69.l Когда респонденту было 15-19 лет \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 69.m\* \_\_\_\_\_

69.n Когда респонденту было от 19 и более лет \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 69.o\* \_\_\_\_\_

\* От какого количества человек

**ИСТОРИЯ САМОУБИЙСТВ У ЧЛЕНОВ СЕМЬИ**

[Отметьте "nd", если вопрос не применим и "na" если данные недоступны]

**САМОУБИЙСТВО****Совершил ли самоубийство кто-то из Ваших следующих биологических родственников:****Бабушки, дедушки** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**Родители** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**Сиблинги** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**Дети** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**Тети/Дяди** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**Двоюродные братья/сестры** \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

**1. Умер ли Ваш дедушка со стороны отца от самоубийства?****1.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**1.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**1.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**1.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

**2. Умерла ли Ваша бабушка со стороны отца от самоубийства?****2.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**2.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**2.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**2.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

**3. Умер ли Ваш дедушка со стороны матери от самоубийства?****3.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**3.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**3.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**3.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

**4. Умерла ли Ваша бабушка со стороны матери от самоубийства?****4.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**4.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**4.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**4.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

**5. Умер ли Ваш отец от самоубийства?****5.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**5.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**5.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**5.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

**6. Умерла ли Ваша мать от самоубийства?****6.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**6.b** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**6.c** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)**6.d** (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====

**7. Были ли у Вас биологические (родные или хотя бы один общий родитель) братья, которые умерли от самоубийства?****7.a** (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **7.b\*** \_\_\_\_\_**7.c** (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **7.d\*** \_\_\_\_\_**7.e** (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) **7.f\*** \_\_\_\_\_

7.g (когда респонденту было 19 лет и более \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 7.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, то укажите число братьев

7.i Сколько у Вас братьев?: \_\_\_\_\_ (число биологических) братьев)

8. Были ли у Вас биологические сестры, которые умерли от самоубийства?

8.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 8.b\* \_\_\_\_\_

8.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 8.d\* \_\_\_\_\_

8.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 8.f\* \_\_\_\_\_

8.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 8.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одной, укажите число (биологических) сестер

8.i Сколько у Вас (биологических) сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

9.a Были ли у Вас (биологические) сыновья, которые умерли от самоубийства \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

9.b \_\_\_\_\_ (Если более одного, то укажите число (биологических) сыновей)

9.i Сколько у Вас (биологических) сыновей?: \_\_\_\_\_ (число (биологических) сыновей)

10.a Были ли у Вас (биологические) дочери, которые умерли от самоубийства? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

10.b \_\_\_\_\_ (если более одной, то укажите число (биологических) дочерей)

10.i Сколько у Вас (биологических) дочерей?: \_\_\_\_\_ (число (биологических) дочерей)

11. Были ли у Вашего отца (биологические) сестры, которые умерли от самоубийства?

11.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 11.b\* \_\_\_\_\_

11.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 11.d\* \_\_\_\_\_

11.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 11.f\* \_\_\_\_\_

11.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 11.h\* \_\_\_\_\_

\* Если больше одной, укажите число (биологических) сестер отца

11.i Сколько у Вашего отца (биологических) сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

12. Были ли у Вашего отца (биологические) братья, которые умерли от самоубийства?

12.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 12.b\* \_\_\_\_\_

12.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 12.d\* \_\_\_\_\_

12.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 12.f\* \_\_\_\_\_

12.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 12.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, то укажите число (биологических) братьев отца

12.i Сколько у Вашего отца (биологических) братьев?: \_\_\_\_\_ (число)

13. Были ли у Вашей матери (биологические) сестры, которые умерли от самоубийства?

13.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 13.b\* \_\_\_\_\_

13.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 13.d\* \_\_\_\_\_

13.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 13.f\* \_\_\_\_\_

13.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 13.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одной, укажите число (биологических) сестер матери

13.i Сколько у Вашей матери (биологических) сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

14. Были ли у Вашей матери (биологические) братья, которые умерли от самоубийства?

14.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 14.b\* \_\_\_\_\_

14.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 14.d\* \_\_\_\_\_

14.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 14.f\* \_\_\_\_\_

14.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 14.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число (биологических) братьев матери

14.i Сколько у Вашей матери (биологических) братьев?: \_\_\_\_\_ (число)

15. Были ли у Вас (биологические) двоюродные братья или сестры, которые умерли от самоубийства?

15.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 15.b\* \_\_\_\_\_

15.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 15.d\* \_\_\_\_\_

15.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 15.f\* \_\_\_\_\_

15.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 15.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число (биологических) двоюродных братьев и сестер

15.i Сколько у Вас (биологических) двоюродных братьев и сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

16. Были ли в Вашей жизни другие значимые для Вас лица (независимо от биологического родства), которые умерли от самоубийства?

16.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 16.b\* \_\_\_\_\_

16.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 16.d\* \_\_\_\_\_

16.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 16.f\* \_\_\_\_\_

16.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 16.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число лиц

16.i Если да, то кто (наиболее значимый человек)?

\_\_\_\_\_ (Партнер=5, другой человек=укажите)

### СУИЦИДАЛЬНАЯ ПОПЫТКА:

Совершал ли суицидальные попытки кто-то из Ваших следующих биологических родственников:

Бабушки, дедушки \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

Родители \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

Сиблинги \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

Дети \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

Тети/Дяди \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

Двоюродные братья/сестры \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

17. Совершал ли когда-либо Ваш дедушка со стороны отца суицидальные попытки?

17.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

17.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

17.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

17.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18. Совершала ли когда-либо Ваша бабушка со стороны отца суицидальные попытки?

18.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

18.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19. Совершал ли когда-либо Ваш дедушка со стороны матери суицидальные попытки?

19.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

19.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20. Совершала ли когда-либо Ваша бабушка со стороны матери суицидальные попытки?

20.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

20.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

21. Совершал ли когда-либо Ваш отец суицидальные попытки?

21.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

21.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

- 21.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 21.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====  
 22. Совершала ли когда-либо Ваша мать суицидальные попытки?

- 22.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 22.b (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 22.c (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)  
 22.d (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

=====  
 23. Есть ли у Вас (биологические) братья, которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 23.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      23.b\* \_\_\_\_\_  
 23.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      23.d\* \_\_\_\_\_  
 23.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      23.f\* \_\_\_\_\_  
 23.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      23.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число (биологических) братьев

23.i Сколько у Вас (биологических) братьев?: \_\_\_\_\_ (число)

=====  
 24. Есть ли у Вас (биологические сестры), которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 24.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      24.b\* \_\_\_\_\_  
 24.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      24.d\* \_\_\_\_\_  
 24.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      24.f\* \_\_\_\_\_  
 24.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      24.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одной, укажите число (биологических) сестер

24.i Сколько у Вас (биологических) сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

=====  
 25.a Есть ли у Вас (биологические) сыновья, которые когда-либо совершали суицидальные попытки? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

25.b \_\_\_\_\_ (Если более одного, укажите число (биологических) сыновей)

25.i Сколько у Вас биологических сыновей?: \_\_\_\_\_ (число (биологических) сыновей)

=====  
 26.a Есть ли у Вас (биологические) дочери, которые когда-либо совершали суицидальные попытки? \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)

26.b \_\_\_\_\_ (Если более одной, укажите число (биологических) дочерей)

26.i Сколько у Вас биологических дочерей?: \_\_\_\_\_ (число (биологических) дочерей)

=====  
 27. Есть ли у Вашего отца (биологические) сестры, которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 27.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      27.b\* \_\_\_\_\_  
 27.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      27.d\* \_\_\_\_\_  
 27.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      27.f\* \_\_\_\_\_  
 27.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      27.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одной, укажите число (биологических) сестер отца

27.i Сколько у Вашего отца (биологических) сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

=====  
 28. Есть ли у Вашего отца (биологические) братья, которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 28.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      28.b\* \_\_\_\_\_  
 28.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      28.d\* \_\_\_\_\_  
 28.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      28.f\* \_\_\_\_\_  
 28.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      28.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число (биологических) братьев отца

28.i Сколько у Вашего отца (биологических) братьев?: \_\_\_\_\_ (число)

=====  
 29. Есть ли у Вашей матери (биологические) сестры, которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 29.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5)      29.b\* \_\_\_\_\_

- 29.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 29.d\* \_\_\_\_\_  
 29.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 29.f\* \_\_\_\_\_  
 29.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 29.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одной, укажите число (биологических) сестер матери

29.i Сколько у Вашей матери (биологических) сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

30. Есть ли у Вашей матери (биологические) братья, которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 30.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 30.b\* \_\_\_\_\_  
 30.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 30.d\* \_\_\_\_\_  
 30.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 30.f\* \_\_\_\_\_  
 30.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 30.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число (биологических) братьев матери

30.i Сколько у Вашей матери (биологических) братьев?: \_\_\_\_\_ (число)

31. Есть ли у Вас (биологические) двоюродные братья или сестры, которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 31.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 31.b\* \_\_\_\_\_  
 31.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 31.d\* \_\_\_\_\_  
 31.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 31.f\* \_\_\_\_\_  
 31.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 31.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число (биологических) двоюродных братьев и сестер

31.i Сколько у Вас (биологических) двоюродных братьев и сестер?: \_\_\_\_\_ (число)

32. Есть ли в Вашей жизни другие значимые для Вас лица (независимо от биологического родства), которые когда-либо совершали суицидальные попытки?

- 32.a (когда респонденту было 0-6 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 32.b\* \_\_\_\_\_  
 32.c (когда респонденту было 7-14 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 32.d\* \_\_\_\_\_  
 32.e (когда респонденту было 15-18 лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 32.f\* \_\_\_\_\_  
 32.g (когда респонденту было 19 и более лет): \_\_\_\_\_ (Нет=1, Да=5) 32.h\* \_\_\_\_\_

\* Если более одного, укажите число лиц

32.i Если да, то кто (наиболее значимый человек)?

\_\_\_\_\_ (Партнер=5, другой человек=укажите)



## ДОДАТОК Д



УКРАЇНА  
 МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
 ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
 „ОДЕСЬКИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР № 14”  
 ДУ ОДЕСЬКА ВИПРАВНА КОЛОНІЯ (№14)  
 65059, м. Одеса, вул. Краснова, 2а; код 26543146  
 Р/р UA 35216035011555 Держказначейська Служба України,  
 м. Київ, МФО 820172

«22» червня 2020 р.

№ 74

## ДОВІДКА

про впровадження результатів  
 дисертаційного дослідження Аталієвої Алли Олександрівни  
 «Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності» зі  
 спеціальності 19.00.04 – медична психологія

Дисертаційне дослідження викладача-методиста вищої категорії Аталієвої А.О. проходило апробацію протягом 2016 - 2019 років на базі державного навчального закладу «Одеський навчальний центр № 14» при державній установі «Одеська виправна колонія № 14», який забезпечує реалізацію прав засуджених на здобуття професійно-технічного навчання.

Результати дисертаційної роботи за темою «Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності» були апробовані шляхом впровадження у навчальний процес авторського спецкурсу «Психологія відносин», «Етика та психологія ділових відносин».

Впровадження розробок і рекомендацій, розроблених А.О.Аталієвою, з урахуванням умов та особливостей навчання засуджених до позбавлення волі спрямовані на переорієнтацію моральних цінностей засуджених, формування їх загальної культури, корекцію соціальної поведінки, успішну ресоціалізацію.

Теоретичні і практичні аспекти досліджуваної проблеми висвітлені у публікаціях і доповідях на наукових конференціях, круглих столах, семінарах.

Матеріали дисертаційної роботи є актуальними, мають вагоме теоретичне і практичне значення у процесі підготовки здобувачів освіти.

Акт про впровадження результатів дисертаційного дослідження обговорено та затверджено на засіданні педагогічної ради державного навчального закладу «Одеський навчальний центр №14» (Протокол № 7 від 21 травня 2019 р.)

Довідка надана за місцем вимоги.



Директор Державного навчального закладу  
 «Одеський навчальний центр № 14»  
 кандидат педагогічних наук

В.П. Олло

## ПРОДОВЖ. ДОД. Д


**Реабілітаційний Центр  
«СХОДИ»**

Міжнародна благодійна організація

Код ЄДРПОУ 24761672; Р/р 260033649, 260013724

260033791, 260013795

Друга ОФ АБ "Укргазбанк" г.Одеса. МФО 328588

Вих. № 179 від « 23 » червня 2020 р.

За місцем вимоги

**ДОВІДКА № 12 від 23 червня 2020 року  
про впровадження результатів  
дисертаційного дослідження Аталієвої Алли Олександрівни  
«Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності» зі  
спеціальності 19.00.04 – медична психологія**

Дисертаційне дослідження Аталієвої А.О. проходило апробацію протягом 2015-2018 р.р. на базі Міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр «Сходи». Дисертант вивчала взаємодію стресів життя і особистісних характеристик пацієнтів реабілітаційного центру для uzалежнених осіб, будучи консультантом-психологом в рамках реалізації програми, заснованої на стратегії «12 Кроків».

Теоретичні та емпіричні результати дисертаційного дослідження «Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності» були впроваджені в роботу реабілітаційного центру. Аталієвою А.О. запропоновані методичні рекомендації щодо здійснення індивідуального та диференційованого підходу в процесі реабілітації, впровадження алгоритму надання соціальної підтримки та консультування, для збільшення терміну ремісії людей, залежних від психоактивних речовин. Таким чином, всі її напрацювання і досягнення в сфері наукового опису патології, що спостерігається, отримували безпосереднє застосування на практиці.

Апробація результатів дослідження підтверджує їх теоретичну і практичну спрямованість, доводить доцільність подальшого їх впровадження у реабілітаційний процес з метою підвищення ефективності лікування та реабілітації патологічної залежності.

Президент, виконавчий директор  
кандидат фізико-математичних наук  О.Ю. Ахмеров



-----  
Україна, 65076, Одеса, ул. Ицхака Рабина, 7  
Тел/факс; 38 (048) 249-14-74  
E-mail: [steps@steps.odessa.ua](mailto:steps@steps.odessa.ua)  
[www.stupeni.org](http://www.stupeni.org)