

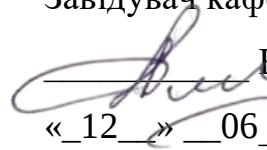
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра Психології

«Допущений до захисту»

Завідувач кафедри

 Карсканова С.В.

«_12_» __06_____ 2025 р.

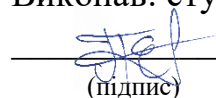
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття рівня вищої освіти «бакалавр»

зі спеціальності 053 «Психологія»

**на тему «ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ
ПОВЕДІНКОЮ»**

Виконав: студент групи 4559з

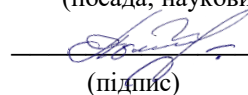
 Пилипчук Є.І.
(підпис)

Керівник роботи:

доктор психологічних наук,

професор кафедри психології

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

 Яблонський А.І.
(підпис)

Миколаїв 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова****Навчально науковий гуманітарний інститут**

Кафедра психології
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Гарант освітньої програми
Чугуєва І.Є.
(підпис)
«_5_» _02_ 2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Студента **Пилипчука Євгенія Ігоровича**

1. Тема роботи: **«Психологічні особливості осіб з адиктивною поведінкою»**
Керівник роботи доктор психології, професор Яблонський Андрій Іванович
Затверджені наказом ректора №148-уч від «3» лютого 2025 року
2. Термін подання роботи: 3.06.2025.
3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.
4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):
Теоретичні аспекти вивчення психологічних особливостей осіб з адиктивною поведінкою. Емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб з адиктивною поведінкою.
5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 12 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (2 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів), висновки (2 слайд).
6. Дата видачі завдання 5 лютого 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.01.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.01.2025	Список використаної літератури має включати не менше 30 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років).
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	15.01.2025	Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.02.2025	Розділ 1. (14-16 сторінок)
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження.	31.01.2025 - 28.03.2025	
6.	Статистична обробка отриманих результатів	01.04.2025- 07.04.2025	
7.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.04.2025	Розділ 2 (20-26 сторінок)
8.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку.	15.04.2025	Загальний обсяг основного тексту роботи 40 – 50 сторінок.
9.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	01.06.2025	
10.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	09.06.2025	
11.	Подання роботи для перевірки на академічну доброчесність	10.06.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	15.06.2025	
13.	Захист роботи	16.06.2025- 20.06.2025	

Студент


(підпис)

Пилипчук Є.І.

Керівник роботи



Яблонський А.І

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі представлено теоретичні основи та емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб з адиктивною поведінкою. Проведено аналіз сучасних підходів до вивчення даної проблематики з використанням надійних психодіагностичних методик та методів математичної статистики для підтвердження достовірності отриманих результатів.

Ключові слова: адиктивна поведінка, адиктологія, психоактивні речовини.

Пилипчук Є.І. Психологічні особливості осіб з адиктивною поведінкою: кваліфікаційна робота бакалавра зі спеціальності 053 «Психологія». Миколаїв : НУК ім. адм. Макарова, 2025. 50 сторінок.

ANNOTATION

The qualification work presents theoretical foundations and empirical research on the psychological characteristics of individuals with addictive behavior. An analysis of modern approaches to studying this issue is carried out using reliable psychodiagnostic methods and methods of mathematical statistics to confirm the reliability of the results obtained.

Keywords: addictive behavior, addictology, psychoactive drug.

Pylypchuk Y.I. Psychological characteristics individuals with addictive behavior: bachelor's qualification work in specialty 053 "Psychology". Mykolaiv: Admiral Makarov National University of Shipbuilding. 2025. 50 pages.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ	8
1.1. Основні поняття адиктології, види адикцій	8
1.2. Психоаналітичний аналіз змісту адикцій	24
Висновки до теоретичного розділу	36
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ.....	38
2.1. Організація психологічного дослідження	38
2.2. Результати дослідження	45
Висновки до другого розділу.....	50
Загальний висновок.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:	56
ДОДАТКИ	58
ДОДАТОК А.....	58
ДОДАТОК Б	64
Додаток В.....	69
Додаток Г	70

ВСТУП

Актуальність теми дослідження психологічних особливостей осіб з адиктивною поведінкою є надзвичайно важливою для України на сьогоднішній день. В умовах війни та психологічних травм, викликаних бойовими діями, спостерігається зростання рівня наркотизації суспільства, особливо серед учасників бойових дій [1]. Також збільшується вживання наркозалежними альфа-PVP та синтетичних канабіноїдів. Зміни в соціальному середовищі та зростання стресу серед населення сприяють розвитку залежностей, що вимагає термінового і комплексного підходу до цієї проблеми. Особливо важкою є ситуація, коли разом із адикцією присутній посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що ускладнює процес реабілітації та лікування таких осіб. Зважаючи на це, дослідження цієї теми є надзвичайно актуальним, оскільки дозволяє зрозуміти механізми впливу травм на розвиток адиктивної поведінки, а також сприяє розробці більш ефективних методів лікування та реабілітації.

Перші згадки про вживання психоактивних речовин датуються ще стародавніми культурами, коли люди застосовували різноманітні природні засоби для змінення свідомості. Вони використовували ці речовини в ритуальних, та лікувальних цілях. Наприклад, у роботах Геродота з'являються згадки про вживання канабісу у скіфів, яке датується 5 сторіччям до нашої ери [2]. Проте з часом психоактивні речовини стали причиною серйозних соціальних і психологічних проблем, не тільки на рівні окремих осіб, або субкультур, а й на рівні суспільства в цілому. Тема адикції стала особливо актуальною в умовах сучасних соціальних проблем, де зростає споживання наркотиків і алкоголю серед молоді та різних соціальних груп. Цей феномен вимагає ретельного вивчення, оскільки він має широкий спектр негативних наслідків для психічного здоров'я.

Важливо розуміти, що адиктивна поведінка не обмежується лише вживанням психоактивних речовин. Вона охоплює різні види залежностей, які можуть здаватися менш очевидними на перший погляд, але не менш небезпечними. Сюди відносяться залежність від азартних ігор, комп'ютерних ігор, булімія, анорексія та інші. Ці види залежностей часто мають спільні ознаки, що включають пошук короточасного полегшення від стресу або емоційної болі, а також характеризуються наявністю крейвінгу, спричиненого тригерами. Визначення таких залежностей є важливим кроком у розумінні причин адиктивної поведінки та розробці ефективних стратегій лікування.

Практична значущість роботи полягає в тому, що на основі дослідження теоретичних аспектів цієї теми можна розробити конкретні рекомендації та методики для роботи з людьми, що мають проблеми з адиктивною поведінкою. Це дозволить підвищити ефективність психологічної підтримки, реабілітації та лікування осіб, які мають проблеми з залежностями. Особливо важливо, щоб ці підходи враховували специфіку психологічних травм, таких як ПТРС, що є особливістю багатьох пацієнтів, які стикаються з адикцією. Розробка таких підходів сприятиме кращій інтеграції методів психотерапії та медичного лікування.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей осіб з адиктивною поведінкою є необхідним для розвитку наукових підходів до лікування залежностей та покращення соціальної та психологічної реабілітації в Україні. Це дозволить не лише розширити теоретичні знання в цій сфері, а й сприяти поліпшенню життя людей, які стикаються з цією проблемою.

Об'єкт дослідження: Адиктивна поведінка особистості.

Предмет дослідження: Психологічні особливості осіб з адиктивною поведінкою (акцентуації характеру та захисні механізми психіки).

Мета дослідження: Виявити та проаналізувати психологічні особливості (акцентуації характеру і захисні механізми) осіб з адиктивною поведінкою.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

1.1. Основні поняття адиктології, види адикцій

Залежність, або адикція, є важливим поняттям у сучасній психології, яке охоплює різноманітні аспекти людської поведінки. Вона є результатом прагнення особистості уникати реальності або втекти від дискомфортного внутрішнього стану шляхом штучної зміни свого психоемоційного стану, що здійснюється через вживання психоактивних речовин або виконання певних ритуалізованих компульсивних дій. Це явище є складним і багатограним, охоплюючи як фізіологічні, так і психологічні та соціальні аспекти. У цьому контексті важливо розглядати феномен адиктивної поведінки, а також розрізняти основні її типи, зокрема хімічні та нехімічні залежності. Дослідженням адиктивної поведінки, методами її діагностики, класифікації та розробкою засобів її корекції займається окрема наука під назвою адиктологія [3].

Адиктивна поведінка визначається як патологічна, нездорово висока залежність від об'єкта (хімічної речовини) або діяльності, що починає домінувати в житті індивіда. Відзначається переважання психологічного та / або фізичного потягу до певної речовини чи виду активності [4], що проявляється в повторюваних спробах її здійснення (або вживання), незважаючи на негативні наслідки. Така поведінка не обмежується окремим моментом, а набуває хронічного характеру, перетворюючись на звичку, від якої складно позбутися. Залежна поведінка формується внаслідок змін у функціонуванні системи винагороди головного мозку, яка є ключовим механізмом підтримки мотивації та регулювання емоційного стану.

Як зазначає професор Пітер Стерлінг у своєму дослідженні [5], надмірно висока інтенсивність вивільнення нейромедіаторів, зокрема дофаміну, що

відповідає за відчуття задоволення, викликає не лише тимчасове підвищення настрою, а й довготривалі зміни в роботі мозкових структур. Надмірна стимуляція цього механізму сприяє закріпленню патологічних моделей поведінки, які поступово стають домінуючими. Це пояснює, чому люди з адиктивною поведінкою часто продовжують шукати джерела надмірної стимуляції, незважаючи на негативні наслідки.

Десенситизація, що виникає в результаті надмірно високої активності системи винагороди, є центральним механізмом у розвитку залежності. Коли сигнал задоволення триває занадто довго або повторюється занадто часто, мозок адаптується шляхом зменшення чутливості до нього. Це означає, що для досягнення того ж рівня задоволення людині доводиться збільшувати інтенсивність або частоту стимуляції. Таким чином, споживання психоактивних речовин або нав'язливі дії, що викликають звикання (зростання толерантності), стають єдиними джерелами приємних відчуттів, що ще більше підсилює патологічний цикл залежності.

Оскільки система винагороди еволюційно призначена для підтримки балансу між різними джерелами задоволення, її порушення призводить до суттєвого зміщення акценту в поведінці. В нормальних умовах задоволення розподіляється між широким спектром варіантів діяльності, включаючи соціальну взаємодію, фізичну активність, пізнавальну діяльність тощо. Проте, коли кількість джерел задоволення скорочується, головне навантаження переходить на ті, що залишилися. В осіб з адиктивною поведінкою це зазвичай один-єдиний тип стимуляції, який поступово втрачає свою ефективність через механізм десенситизації. Відповідно, для збереження суб'єктивного відчуття задоволення вони постійно збільшують силу стимуляції, що призводить до ще більшого порушення функціонування системи винагороди.

Поведінкові та нейробиологічні механізми адиктивної поведінки також тісно пов'язані з когнітивними процесами, включаючи імпульсивність,

компульсивність та когнітивні викривлення. Зокрема, особи з залежністю часто демонструють порушення у прийнятті рішень, схильність до негайного задоволення та недостатню здатність до довготривалого планування. Це пояснюється змінами в активності префронтальної кори, яка відповідає за контроль над поведінкою та вольову сферу. Під впливом хронічної стимуляції система контролю слабшає, що сприяє ще більшій схильності до ризикованої та саморуйнівної поведінки.

Значний вплив на розвиток адиктивної поведінки має також соціальне середовище. В умовах, коли доступ до різноманітних джерел задоволення обмежений, зростає ймовірність того, що людина зосереджується на єдиному доступному механізмі отримання позитивних емоцій. Це особливо актуально в ситуаціях соціальної ізоляції, економічної нестабільності або наявності негативних сімейних сценаріїв. Відсутність альтернативних способів отримання задоволення сприяє підвищенню ризику формування залежності.

Ще одним важливим компонентом адиктивної поведінки є крейвінг — (від англ. *craving* — тяга) це стійке та нав'язливе бажання вжити психоактивну речовину, яке виникає незалежно від реального відчуття задоволення від її прийому. Це явище пов'язане з глибокими змінами в роботі дофамінової системи мозку, особливо в прилеглому ядрі, формується стійка асоціація між актом вживання речовини та суб'єктивним сприйняттям її значущості. Згодом сам вигляд психоактивної речовини або пов'язані з нею ситуації можуть провокувати у залежного сильний потяг, навіть якщо людина вже не отримує очікуваних відчуттів від вживання. Крейвінг є одним із основних діагностичних критеріїв розладів, що виникають через вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки [6].

Механізм крейвінгу пояснюється феноменом "сенситизації до потягу" (*incentive sensitization*), коли мозок сенсibilізується до певного стимулу і реагує на нього все сильніше. В результаті чого навіть мінімальні нагадування

про психоактивну речовину (або активність, пов'язану із залежністю, наприклад азартні ігри) можуть викликати гостре бажання її вжити. При цьому сам крейвінг займає проміжне місце між простим бажанням та сформованим наміром діяти, що робить його особливо небезпечним для людей із низьким рівнем самоконтролю або слабкою мотивацією до подолання залежності [7] .

Це явище має не лише нейробіологічні, а й когнітивно-сміслові корені. Людина, яка переживає такий стан, несвідомо формує образ речовини як чогось життєво важливого. Цей процес закріплюється у свідомості та впливає на поведінку, у залежної особи виникає автоматичне і часто неусвідомлене шукати ситуації, які сприятимуть вживанню. Згодом крейвінг може перетворитися на сталу рису особистості ("крейвінг-рису"), яка визначає сприйняття світу та соціальних відносин.

Окремо слід згадати про культурний та ідеологічний аспекти цього феномену. У суспільстві формується своєрідний "міф одержимості крейвінгом", який виправдовує нездатність людини контролювати свою поведінку. Це своєрідний спосіб ухилитися від відповідальності, що нагадує міфи про одержимість духами в традиційних культурах. Люди, які вірять у цей міф, можуть шукати соціальну підтримку серед схожих на них осіб.

Наступним важливим моментом у дослідженні психічних особливостей осіб з адиктивною поведінкою є феномен тригерів. У контексті адиктології тригер визначається як сенсорний стимул, що асоціюється з вживанням психоактивних речовин або виконанням певних компульсивних дій. Його дія полягає у запуску неконтрольованих імпульсів, що зумовлюють прагнення до повторного досвіду вживання або участі в адиктивній поведінці. Найбільш виражений вплив тригери мають на осіб, що знаходяться на стадії активного вживання або проходять початкові етапи реабілітації, оскільки в цей період спостерігається підвищена вразливість до зовнішніх подразників.

Тригери можуть мати різну природу і поділяються на кілька основних категорій. Візуальні тригери включають конкретні видимі об'єкти, які пов'язані з адиктивним досвідом, наприклад, предмети, що використовуються для вживання наркотичних речовин. Аудіальні тригери охоплюють звукові стимули, серед яких особливе значення мають жаргонні вирази або музичні композиції, які асоціюються з вживанням. Кінестетичні тригери відображають фізичні відчуття або дії, що нагадують про попередній досвід. Просторові та часові тригери пов'язані з місцями та ситуаціями, які слугують нагадуванням про звичні патерни поведінки це можуть бути конкретні місця, де людина вживала речовини, або навіть певний час (4:20). До густаторних і ольфакторних тригерів відносять запахи та смаки, які активують відповідні асоціації, але для зручності густаторну і ольфакторну систему часто описують як компонент кінестетичної системи, саме кінестетичні тригери є найбільш сильними [8].

Реакція на тригер формується на основі суб'єктивного досвіду та індивідуальних асоціацій. Наприклад, у осіб із наркотичною залежністю сильні реакції можуть викликати предмети, що для інших людей залишаються нейтральними – фольга, пластикові пляшки, ложки, ремені або навіть певний стиль освітлення. Поясненням цього є закріплення асоціацій між даними стимулами та пережитим станом ейфорії, що спричиняє спонтанне відновлення спогадів і відповідних емоцій та станів.

З нейропсихологічної точки зору тригери активують механізм умовних рефлексів. Організм людини має розгалужену систему сенсорних нейронів, що постійно аналізують інформацію із зовнішнього середовища. Якщо певний стимул неодноразово супроводжував специфічний стан, він може стати тригером, що автоматично запускає відповідну поведінкову реакцію. Цей феномен добре ілюструє класичний умовний рефлекс, коли нейтральний стимул набуває значущості через повторне сполучення із сильним подразником.

У контексті адиктивної поведінки тригери функціонують як специфічні якорі (в нейролінгвістичному програмуванні слово “якір” часто використовують як синонім до слова “тригер”, котрий в свою чергу є синонімом терміну “стимул”), що впливають на емоційний стан і поведінкові патерни людини. Вони можуть формуватися природним шляхом, як, наприклад, запах сигаретного диму, що викликає потяг у курців, або бути результатом навмисного закріплення асоціацій, наприклад, у процесі психотерапевтичного втручання. Важливо враховувати, що тригери діють на несвідомому рівні, що робить їх подолання та усвідомлення непростим завданням для осіб, які прагнуть звільнитися від адиктивної поведінки.

Взаємозв'язок тригерів із психічними механізмами обумовлений роллю репрезентативних систем у кодуванні досвіду. Людина зберігає спогади не лише у вигляді вербальних описів, а в основному, через сенсорні модальності, що містять інформацію про колір, звук, смак, тактильні відчуття. Кожен суб'єктивний досвід пов'язаний із певною комбінацією сенсорних характеристик, що зумовлює потужний вплив тригерів на психоемоційний стан людини. При активації тригера відбувається негайне відтворення відповідного емоційного стану, що може супроводжуватися когнітивними викривленнями та посиленням компульсивних бажань.

Феномен тригерів пояснює складність процесу корекції адиктивної поведінки, оскільки навіть після тривалого утримання від вживання психоактивних речовин людина залишається вразливою до сенсорних подразників, що постійно нагадують про попередній досвід. Тому ефективні методи психотерапії спрямовані не лише на свідому відмову від адиктивної поведінки чи наркотичної речовини, а також на переоцінку тригерних стимулів, зниження їхнього впливу та створення нових асоціацій, що сприяють адаптації до нового життя. Використання спеціальних завдань, що допомагають усвідомити та переосмислити тригери дозволяє послабити

зв'язок між тригером і його емоційним ефектом, що значно підвищує шанси на успішну реабілітацію.

Також деякий вплив на поведінку залежних має синдром відміни (абстинентний синдром) — це патологічний стан, що виникає при припиненні вживання речовин, до яких сформувалася залежність. Абстиненцію можна розглядати як збій у метаболізмі: організм, звикнувши отримувати певні речовини зовні, припиняє виробляти їх самостійно (або виробляє у недостатній кількості). Це особливо виражено при відміні опіоїдів, коли мозок перестає виробляти достатню кількість ендорфінів, що серед іншого знижують чутливість до болю.

Абстиненція при вживанні різних речовин проявляється по-різному [9]:

Опіоїди: Перші симптоми з'являються через 6–12 годин (при вживанні опіоїдів короткої дії) або 36–48 годин (опіоїди тривалої дії). Пікові прояви припадають на 2–4 дні, а повне полегшення настає за 7–10 днів або довше. Основні симптоми: нежить, чхання, пітливість, збудження, дратівливість, м'язовий та суглобовий біль, нудота, блювота, спазми в животі, тахікардія, гіпертонія, розлади сну. Тривалість відміни метадону довша (до 21 дня), ніж героїну чи морфіну.

Алкоголь: Симптоми з'являються після зниження рівня алкоголю в крові. Тривалість абстиненції — 5–7 днів. Характерні прояви: головний біль, тривожність, пітливість, тремор, судоми, галюцинації, дезорієнтація, гіпертермія.

Бензодіазепіни (транквілізатори): Початок через 1–10 днів, тривалість 3–6 днів. Симптоми: тривожність, безсоння, деперсоналізація, судоми.

Психостимулятори (амфетамін, кокаїн тощо): Початок через 8–38 годин, тривалість до 2–3 тижнів. Основні прояви: депресія, дратівливість, сонливість, ангедонія.

Каннабіс: Початок через декілька днів, тривалість до кількох тижнів.
Симптоми: дратівливість, тривожність, безсоння, втрата апетиту, головний біль.

Фізична абстиненція сама по собі є неприємною, але її суб'єктивне сприйняття у наркозалежних часто посилюється через психологічні фактори. Один із таких факторів — неусвідомлений захисний механізм соматизації (У роботах Фрейда використовується термін “конверсія” [10]), коли психологічний дискомфорт виявляється через тілесні симптоми. Крім того, на вираженість абстиненції впливає наявність співзалежних у оточенні (наприклад, родичів), що можуть посилювати симптоми шляхом підтримки залежного у стані хворобливої слабкості через свою співзалежну поведінку. У таких випадках наркоман може навмисно демонструвати посилені симптоми для маніпуляції.

Насправді синдром відміни не є ключовим фактором, що утримує людину в залежності, за винятком випадків довготривалого вживання великих доз опіоїдів, або алкоголізму 3-ї стадії. По суті у більшості симптоми абстиненції схожі на симптоми грипу та в окремих випадках поєднуються з порушеннями сну. Але триває вона не довго і часто використовується наркозалежними як виправдання власній пасивності через стан жертви по трикутнику Карпмана. У переважній більшості випадків синдром відміни не потребує медичного втручання.

Більш важливим є явище, котре можна назвати як “психологічна абстиненція” котра пов’язана з уже описаними вище порушеннями у системі винагороди та інших системах ЦНС. Для її відновлення до рівня умовно здорової людини може знадобитися від 1 до 5 років, за цей час відновлюється адекватна чутливість до тверезих способів отримання задоволення. Однак при поверненні до вживання психоактивних речовин досить швидко (за 1-3 прийоми речовини) чутливість знову пригнічується до того ж рівня, котрий і

був у стані активного вживання, саме тому наркоманія вважається невиліковною хронічною хворобою, але навіть за цих обставин можливе досягнення довготривалої стабільної ремісії, котра може тривати навіть до самої смерті наркозалежного від старості.

Умовно можна розділити всі адикції на хімічні та нехімічні. Основною відмінністю між цими залежностями є тип речовини, що використовується, або діяльності в котрій проявляється залежність. Наприклад, алкоголь і наркотики здебільшого впливають на центральну нервову систему і організм у цілому, тоді як токсичні речовини можуть мати більш локалізований ефект, але викликають такі ж серйозні наслідки для здоров'я. В той же час нехімічні види адикції у більшості випадків не будуть так явно і безпосередньо впливати на фізичне здоров'я людини, але наслідки від таких видів адиктивної поведінки впливають на фізичне здоров'я опосередковано. Наприклад при залежності від азартних ігор, через велику кількість фінансових боргів людина може опинитись в конфліктній ситуації з використанням проти неї фізичного насилля, або через недостатню кількість коштів не зможе забезпечити собі здорове харчування. В той же час напруга, котра накопичується у психіці через проблеми у стосунках з оточенням може проявитись через соматизацію у вигляді хвороб, таких як наприклад виразка шлунку.

З боку психологічного стану руйнування буде однаковим як у випадках хімічних адикцій так і не хімічних. Більш того особи які страждають нехімічними видами адиктивної поведінки мають такі самі психологічні проблеми (труднощі з самоконтролем, побудовою здорових міжособистісних стосунків, невміння відмовити, схильність до співзалежності, недостатнє розуміння власних емоцій та інші) як і ті, що вживають наркотики або алкоголь і причини формування особистості залежного також будуть дуже схожими.

Нехімічні залежності, або поведінкові залежності, виникають не від вживання психоактивних речовин, а від певних поведінкових патернів, які стають домінуючими в житті індивіда. Такі залежності можуть мати різні прояви і включають в себе сексуальні залежності, трудовоголізм, азартні ігри, харчові адикції і багато інших. Далі будуть описані деякі з видів нехімічних залежностей та їх особливості

Лудоманія - патологічна залежність від азартних ігор, характеризується нав'язливим бажанням брати участь у іграх на гроші, що призводить до порушень у соціальній, професійній та особистій сферах життя. Механізм формування лудоманії пов'язаний із поступовим залученням особи до ігрового процесу, який спочатку сприймається як спосіб зміни психологічного стану, але з часом переростає у нав'язливу потребу. Основним чинником розвитку лудоманії є психологічний ефект, який викликає гра. У процесі гри людина відчуває емоційне збудження, пов'язане з очікуванням виграшу, що активізує вироблення дофаміну. Як зазначає Роберт Сапольскі [11] найбільш інтенсивне виділення дофаміну відбувається не у момент отримання винагороди, а під час очікування цієї винагороди. При чому найбільша кількість виділяється якщо ймовірність виграшу приблизно "50 / 50", таке переконання часто використовують як засіб маніпуляції особами що схильні до азартних ігор, згодом такі особи, шляхом інтроекції, вбудовують це переконання і використовують його для виправдання власної поведінки, хоча в реальності їх шанси на виграш набагато менші. Згодом організм звикає до таких емоційних «підйомів», і для їх досягнення потрібно все більше часу проводити за грою, що призводить до формування залежності, натомість гра стає основним способом отримання позитивних емоцій.

Любовні та сексуальні адикції характеризуються нав'язливим бажанням вступати у емоційно інтенсивні стосунки або займатися сексуальною активністю, що призводить до порушень у інших сферах життя. Ці види залежностей мають спільні риси, зокрема проблеми з самооцінкою, труднощі

у встановленні здорових меж у стосунках та нездатність контролювати свої емоції. Любовні та сексуальні адикції часто переплітаються між собою, формуючи складну систему поведінкових та емоційних порушень.

Любовна адикція проявляється у надмірній фіксації на іншій людині, яка стає центром життя адикта. Такі стосунки часто називають співзалежністю. Вони виникають не лише у стосунках між сексуальними партнерами, а і у стосунках між батьками и дитиною, що проявляється у надмірному контролі, або навпаки - у гіперопеці [12]. Саме цей вид стосунків значно сприяє формуванню у дитини в подальшому вже більш серйозних видів залежності (наприклад наркоманії). У спілкуванні співзалежних часто відслідковуються у великій кількості патерни шизофреногенної комунікації, котрі викликають у людини проти якої їх використовують, стан вивченої безпорадності. Це в свою чергу негативно впливає на розвиток самодостатності та здатності до прийняття рішень. Одні з найбільш розповсюджених патернів шизофреногенної комунікації – подвійні послання [13], що часто проявляються у протилежних сенсах вербального і невербального послання. Наприклад коли батько з цигаркою каже дитині що палити шкідливо. Велика кількість таких взаємодій з дитиною в значній мірі і призводить до формування особистості майбутнього залежного.

Основною рисою любовної адикції є нав'язливі думки про об'єкт прив'язаності, які домінують у свідомості адикта. Він ідеалізує партнера, ігноруючи його реальні недоліки, і намагається контролювати стосунки, щоб уникнути страху покинутості. Однак на підсвідомому рівні любовний адикт також боїться близькості, оскільки вона асоціюється з втратою себе. Це призводить до того, що адикт обирає партнерів, які не здатні на глибокі емоційні стосунки, що підсилює його почуття самотності та незадоволеності.

Сексуальна адикція, на відміну від любовної, проявляється у компульсивній потребі у сексуальній активності, яка стає основним способом

задоволення. Цей вид адикції часто залишається непомітним через соціальні заборони на обговорення сексуальних тем. Особи, що страждають на таку адикцію втрачають контроль над своєю поведінкою, що призводить до небезпечних наслідків, таких як ризиковані сексуальні контакти, порушення соціальних норм або навіть кримінальні дії. Вони часто використовують секс як спосіб втечі від реальності або для підвищення самооцінки.

Механізм формування сексуальної адикції часто пов'язаний із ранніми психологічними травмами, такими як сексуальне насильство або емоційна відсутність батьків у дитинстві. Це призводить витіснення цієї травми у несвідоме [14], що і формує та посилює симптоми даної адикції уже на рівні поведінки

Трудоголізм характеризується нав'язливим прагненням працювати, що порушує соціальне, емоційне та особистісне життя. Він виникає як втеча від реальності, де робота стає основним джерелом задоволення та сенсу. На відміну від працелюбності, трудоголізм супроводжується компульсивним прагненням до успіху та схвалення, що веде до емоційного вигорання.

Основна риса трудоголізму — фіксація на роботі, яка витісняє сім'ю, відпочинок та інтереси. Також трудоголіки, як і особи, що страждають на інші адикції, проявляють такі якості як: прагнення уходу від дійсності, відсутність критичного мислення (особливо в контексті своєї залежності), прогресуюча залученість до адиктивної поведінки та інші [15]. Трудоголік відчуває тривогу та страх невдачі, що змушує його працювати більше, намагаючись досягти недосяжних ідеалів. Це призводить до емоційної спустошеності, порушення емпатії та ускладнення стосунків. Трудоголізм часто розвивається в організаціях із жорстким контролем, де головне — виконання формальних вимог, а не самореалізація. Це поглиблює залежність, знижує критичне мислення та творчий підхід. Наслідки для сім'ї включають емоційну відчуженість, конфлікти та розвиток інших адикцій.

Харчові адикції: булімія та анорексія. Булімія характеризується нав'язливим переїданням, за яким часто сліднують спроби очистити організм через блювання або використання ліків. Анорексія, навпаки, проявляється у свідомому обмеженні їжі з метою схуднення, що призводить до критичного зниження ваги. Обидва стани мають спільні риси, зокрема порушення самооцінки та нав'язливу фіксацію на власному тілі. Також, як зазначає З. Фройд такі прояви пов'язані з оральною фіксацією [16]

Булімія часто виникає як спосіб втечі від емоційного дискомфорту. Люди, які страждають такою залежністю, використовують їжу для заглушення негативних емоцій, таких як тривога, стрес або самотність. Після епізодів переїдання вони відчують провину та сором, що змушує їх вдаватися до очищення шлунку. Це створює замкнене коло, де їжа стає основним джерелом емоційного регулювання, але водночас і причиною почуття втрати контролю.

Анорексія, з іншого боку, часто пов'язана з дисморфофобією — нав'язливим незадоволенням власною зовнішністю. Люди з анорексією сприймають себе набагато повнішими, ніж вони є насправді, що змушує їх жорстко обмежувати себе у їжі. Поступово це призводить до фізичного та емоційного виснаження. На певному етапі вони втрачають критичне сприйняття свого стану, продовжуючи голодувати навіть у разі загрози життю. Характерним для таких осіб є почуття провини, коли вони вживають їжу, що пов'язане з надмірною активністю “Над-Я”, котре формується під впливом соціального зовнішнього середовища (батьки, сиблінги, найближче оточення, соціум в цілому)[17]

Спортивна адикція проявляється у нав'язливому прагненні до фізичних навантажень, яке часто перетворюється на єдиний спосіб отримання емоційного задоволення. Люди, які страждають на цю залежність, відчують тривогу та роздратування, коли не можуть займатися спортом. Це пов'язано з вивільненням ендорфінів під час фізичної активності, що створює ефект

ейфорії. Однак надмірне захоплення спортом може призводити до фізичного виснаження та соціальної ізоляції.

Адикція до витрат коштів характеризується нав'язливим бажанням робити покупки без реальної потреби. Люди з такою залежністю відчують тимчасове полегшення та ейфорію під час процесу купівлі, але після цього часто відчують провину та фінансові труднощі. Ця форма адикції часто супроводжується емоційною нестабільністю та може посилюватися під час стресу або депресії. За статикою переважна більшість людей з цією адикцією – жінки [18].

Клептоманія — це патологічне бажання красти речі, яке не пов'язане з матеріальною потребою. Люди, які страждають на kleптоманію, часто отримують задоволення під час крадіжки, але після цього відчують провину та сором. Ця залежність часто пов'язана з низькою самооцінкою, почуттям самотності та бажанням компенсувати емоційну порожнечу. Клептоманія може призводити до серйозних правових наслідків та соціальної ізоляції.

Відеоігрова залежність була відносно недавно додана до МКХ-11 проявляється у нав'язливому бажанні грати у відеоігри, що призводить до порушення соціальних, освітніх та професійних обов'язків. Люди з цією залежністю часто ігнорують реальне життя, віддаючи перевагу віртуальному світу. Діагностують залежність лише при систематичних порушеннях та відмові або ігноруванні особистого, сімейного, соціального життя та інших областях протягом не менше 12 місяців [19].

Хімічні адикції проявляються через вживання психоактивних речовин, що впливають на центральну нервову систему, і викликають змінений стан свідомості, котрий в свою чергу, мозком сприймається як щось приємне, що призводить до активації системи винагороди. Важливо зауважити, що інтенсивність вивільнення нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, ендорфінів та інших) значно більша, ніж можлива при природних обставинах. Система

винагороди через неадекватно високу активність прагне стабілізуватись (наприклад через збільшення кількості синаптичних рецепторів), що призводить до формування толерантності. Однак при перших спробах вживання речовин, змінений стан свідомості сприймається як щось позитивне, відбувається закріплення такої моделі поведінки, особливо у випадках коли до цього особа відчувала сильний дискомфорт (як правило через невирішені психологічні проблеми). Різні класи психоактивних речовин діють на різні системи нейромедіаторів, однак в результаті всі вони пов'язані з активністю саме системи винагороди.

Хімічні адикції можна умовно поділити на наркоманію, токсикоманію, алкоголізм (котрий по суті є підвидом токсикоманії) та вживання нікотину.

Термін “токсикоманія” майже не зустрічається у закордонній літературі з адиктології, де всі хвороби, пов'язані з зловживанням речовинами (англ. substance abuse) поєднані в одну групу. Але можна умовно виділити вживання речовин, котрі офіційно не внесені в список заборонених (аерозолі, пари бензину, клею, розчинників, етиловий спирт) через більш просту їх доступність та більш локалізований вплив на внутрішні органи, через які вони вживаються.

В свою чергу психоактивні речовини можна поділити на наступні групи:

1. Психостимулятори – речовини, внаслідок вживання котрих на деякий час прискорюється мислення та обмін речовин (при цьому міркування стає поверхневим, легким, менш обдуманим). Частина препаратів цієї групи має також властивість спотворювати сприйняття довколишнього світу, тому подібна до галюциногенів. Основні представники: кокаїн, амфетамін, катіони (солі, А-PVP), кофеїн, нікотин. В значній мірі взаємодіють з рецепторами дофаміну і адренорецепторами

2. Галюциногени – як і видно з назви, викликають змінений стан свідомості, розповсюдженим проявом якого є галюцинації, а також змінюють характер мислення, настрою та сприйняття [20]. Сам галюциногенний ефект пов'язаний із взаємодією з рецепторами серотоніну. Часто використовувались в минулому у різних ритуалах, де галюцинації сприймалися як “зв'язок з духами” або інші містичні явища. Хоча абстиненція і крейвінг у цього класу речовин виражені незначно, навіть одноразове їх вживання може викликати стійкий галюциногенний розлад сприйняття (Hallucinogen persisting perception disorder) [21]. Розповсюдженими прикладами галюциногенів є триптаміни (псилоцибін та мескалін), LSD та 25I-NBOMe

3. Депресанти (від лат. depressio, пригнічення) - речовини, що пригнічують, знижують або пригнічують психічне збудження, тобто активність центральної нервової та/або дихальної системи навіть якщо це не основний аспект їх активності. До депресантів ЦНС належать седативні/снодійні засоби (у тому числі бензодіазепіни, барбітурати), опіоїди, нейролептичні препарати, алкоголь, анестетики і транквілізатори.

4. Окремо можна виділити канабіс – наркотичні речовини, виготовлені із коноплі, оскільки в залежності від її сорту може бути виражена більше седативна (якщо більший вміст КБД), або психостимулююча дія (якщо більший вміст ТГК).

1.2. Психоаналітичний аналіз змісту адикцій

Особи з адиктивною поведінкою у переважній більшості випадків мають межовий рівень організації особистості, при цьому важливо розрізняти межовий рівень організації особистості та межовий розлад особистості (ПРЛ). Хоча всі люди з ПРЛ функціонують на межовому рівні, не всі з них мають діагноз ПРЛ. Цей рівень характеризується низькою інтеграцією особистісних структур, що призводить до нестабільності емоційного стану, труднощів у формуванні стійкої ідентичності та проблем у міжособистісних стосунках. Межовий рівень організації особистості займає проміжне положення між невротичним та психотичним рівнями.

Однією з основних характеристик межового рівня є нестабільність ідентичності. Люди з таким типом організації особистості часто відчують внутрішню порожнечу, невизначеність у розумінні себе та своїх цінностей. Вони можуть шукати зовнішні джерела підтвердження своєї ідентичності, що робить їх вразливими до адиктивної поведінки. Наприклад, залежність від психоактивних речовин, азартних ігор або роботи може стати способом заповнення цієї порожнечі та отримання тимчасового відчуття стабільності.

Іншою важливою рисою є чергування ідеалізації та знецінення. Особи з межовим рівнем організації особистості мають схильність сприймати себе та інших у полярних категоріях: або як абсолютно хороших (ідеалізація), або як повністю поганих (знецінення). Ідеалізація і знецінення можуть чергуватись в сприйнятті однієї і тої ж людини, що призводить до нестабільності у стосунках, де люди з межовим рівнем можуть швидко змінювати своє ставлення до партнерів, друзів або навіть терапевтів. Також це часто супроводжується страхом покинутості, що може спонукати до імпульсивних дій, таких як надмірне вживання алкоголю, наркотиків або інших форм адиктивної поведінки.

Наступною характеристикою є емоційна нестабільність, особи на межовому рівні схильні до інтенсивних реакцій, таких як гнів, тривога чи депресія. Вони часто відчують труднощі у регулюванні своїх емоцій, що може призводити до імпульсивних вчинків, таких як самопошкодження або надмірне захоплення адиктивними речовинами чи поведінкою. Ця емоційна нестабільність часто пов'язана з недостатньо розвиненими вторинними механізмами психологічного захисту. Первинні механізми захисту, такі як розщеплення, проєктивна ідентифікація та примітивна ідеалізація у них є домінуючими. Розщеплення, наприклад, дозволяє їм розділяти світ на чіткі категорії, як наприклад «чорне» та «біле», що полегшує внутрішні конфлікти, але водночас ускладнює формування стійких стосунків. Проєктивна ідентифікація може призводити до того, що вони приписують свої неприйнятні емоції іншим, що часто викликає конфлікти та незрозумілість у міжособистісних взаємодіях.

Дисфункціональні об'єктні відносини також є характерною рисою межового рівня. Особи з даним типом організації особистості часто мають досвід ненадійної прив'язаності в дитинстві, що пізніше призводить до формування амбівалентного стилю прив'язаності: вони можуть відчувати сильну потребу у близькості, але водночас боятися її через страх бути покинутими. Це часто проявляється у їхніх стосунках, де вони можуть шукати інтенсивних, але нестабільних зв'язків, які також підтримують їхню адиктивну поведінку.

Терапія таких осіб вимагає особливого підходу. Важливо забезпечити стабільність та чіткі міжособистісні межі, оскільки такі люди часто несвідомо перевіряють терапевта, провокуючи його на емоційні реакції. Терапевтичний процес повинен бути спрямований на формування здорового образу власного «Я», що допоможе клієнту об'єднати роздроблені аспекти своєї особистості. Також важливо розвивати у них вторинні захисні механізми для підвищення рівня організації особистості.

Як зазначалося вище, особам з адиктивною поведінкою притаманне переважання захисних механізмів нижчого порядку. Взагалі захисні механізми по суті є способом адаптації особи до умов середовища, однак їх неусвідомлене використання призводить до різноманітних проблем, які стосуються не лише безпосередньо психологічного стану індивіда, а також і його здатності до соціальної взаємодії та прийняття адекватних рішень. Згідно з психоаналітичною теорією, захисні механізми представляють собою несвідомі автоматичні психологічні стратегії, спрямовані на зменшення тривоги та дискомфорту, збереження самооцінки та захист "Я" від неприємних переживань. Вони можуть бути як адаптивними, так і деструктивними, залежно від контексту їх застосування та ступеня жорсткості [22].

Захисні механізми нижчого порядку, такі як заперечення, розщеплення, проєктивна ідентифікація або всемогутній контроль, формуються на ранніх етапах онтогенезу. В процесі розвитку особистості вони формуються першими (їх також називають первинними), за відсутності більш зрілих способів адаптації, можуть бути конструктивними. Наприклад, для дитини, яка тікає від дискомфорту через сон (примітивна ізоляція), це може не спричиняти серйозних наслідків. Однак у дорослого, особливо в ситуаціях, що вимагають відповідальних рішень чи активних дій, надмірне використання таких моделей поведінки може призвести до негативних наслідків.

Важливо підкреслити, що захисні механізми не є однозначно негативним або позитивним явищем, оскільки вони виконують функцію підтримки психічної рівноваги, особливо в умовах стресу. Однак в контексті адиктивної поведінки вони часто набувають ригідних форм, що ускладнює можливість особистості адекватно сприймати реальність та ефективно функціонувати в суспільстві. Наприклад, заперечення дозволяє особі ігнорувати проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, а раціоналізація – знаходити "логічні" пояснення своїй поведінці, що сприяє подальшому розвитку залежності.

Зигмунд Фройд першим ввів та описав поняття захисних механізмів, використовуючи військові метафори, які підкреслювали їх роль у захисті від внутрішніх конфліктів [23]. Спочатку він розглядав їх як патологічні явища, характерні для невротичних розладів (тоді межовий рівень не виокремлювався), але пізніше зрозумів, що вони є невід'ємною частиною нормального функціонування психіки особистості.

Особливістю адиктивної поведінки є те, що вона часто поєднується з іншими психологічними проблемами, такими як підвищена тривожність, низька мотивація, довготривалий пригнічений настрій, або навіть депресія. У таких випадках ці механізми можуть проявлятися більш інтенсивно, оскільки людина намагається впоратися з кількома джерелами стресу одночасно. Наприклад, особа, котра має одночасно наркотичну залежність та депресію може використовувати всемогутній контроль для підтримки ілюзії влади над своїм станом, що у свою чергу, посилює відчуття безпорадності при зіткненні з об'єктивною реальністю.

Психоаналітичний підхід дозволяє зрозуміти, чому деякі люди більш схильні до адиктивної поведінки, ніж інші. Важливу роль у цьому відіграють такі фактори, як ранній досвід, наявність у ньому психологічних травм та приклад значущих фігур. Наприклад, якщо дитина виховувалася в середовищі, де батьки систематично використовували примітивні захисти (наприклад, заперечували проблеми із алкоголем), ймовірність того, що вона у дорослому віці буде відтворювати подібні моделі, буде значно вища. Крім того, особи з низькою стійкістю до фрустрації схильні до інтенсивного використання примітивних захистів, що підвищує ризик розвитку адикції.

Далі буде наведений опис захисних механізмів психіки в контексті адиктивної поведінки.

Примітивна ізоляція бере свій початок ще в дитинстві, коли немовля, стикаючись із відсутністю можливості подолати дискомфорт, просто засинає.

У дорослому віці цей механізм перетворюється на психологічну втечу від реальності шляхом зміни стану свідомості або переключення фокусу уваги на інші джерела. У випадку адиктивної поведінки це проявляється у вживанні психоактивних речовин, які штучно змінюють стан свідомості, або у надмірному захопленні комп'ютерними іграми. Такі особи часто віддають перевагу внутрішньому світу фантазій (або віртуальним світам), уникаючи складних соціальних взаємодій, що пізніше призводить до обмеження їхнього розвитку в інших сферах життя. Хоча ізоляція дозволяє тимчасово зменшити суб'єктивну інтенсивність сприйняття дискомфорту або тривоги, вона також обмежує здатність людини активно діяти, вирішуючи життєві проблеми.

Заперечення є одним із найпоширеніших механізмів захисту серед осіб із залежною поведінкою. Цей механізм виникає на ранніх етапах розвитку, коли дитина вважає, що заперечення існування проблеми робить її неіснуючою. У дорослому віці цей механізм проявляється у відмові визнавати негативні наслідки своєї адикції, будь то вплив наркотиків на здоров'я або велика кількість боргів від ігрової залежності. Приміром, людина з алкогольною залежністю може наполягати на тому, що повністю контролює ситуацію, незважаючи на явні ознаки негативних змін. Особливо небезпечним є поєднання заперечення з іншими примітивними механізмами, що призводить до більш сильного відриву від реальності. Однак в деяких випадках заперечення може виконувати адаптивну функцію, допомагаючи людині справлятися з тимчасовими труднощами, його надмірне використання значно ускладнює усвідомлення проблеми.

Всемогутній контроль також починає формуватись у ранньому дитинстві, коли немовля сприймає зовнішнє середовище та власне "Я" як одне ціле і їй здається що вона може магічним чином це середовище контролювати [24]. У дорослих із адиктивною поведінкою цей механізм проявляється у ілюзорній впевненості у своїй здатності контролювати залежність. Скажімо, наркоман може переконати себе, що здатний кинути вживання в будь-який

момент, а гемблер – що він має певну «схему», котра обов'язково принесе виграш. Особливо небезпечним є те, що всемогутній контроль може проявлятися у схильності до ризикованих дій, оскільки людина переоцінює свої можливості та недооцінює реальні загрози.

Три вищевказаних механізми часто взаємодіють між собою, формуючи специфічну психологічну структуру особистості з адиктивною поведінкою. Людина може використовувати ізоляцію для втечі від реальності через наркотики, заперечувати шкоду від їх вживання та одночасно вірити у свою здатність припинити вживання у будь-який момент. Така комбінація робить адиктивну поведінку особливо стійкою до змін.

Розщеплення, як зазначалось вище використовується для поділу людей та явищ на полярні категорії “погане” і “хороше” для спрощення сприйняття реальності та поділу на своїх і чужих з метою полегшення внутрішніх конфліктів. Ідеалізація та знецінення має схожі прояви але формується по іншому: першим об'єктом ідеалізації зазвичай стають батьки, дитина таким чином приписуючи їм в основному “хороші” характеристики ігнорує негативні риси щоб знизити внутрішню тривогу. Після ідеалізації часто йде знецінення, що проявляється декілька пізніше і сприяє природньому процесу сепарації. В контексті адикцій поділ на своїх і чужих (розщеплення) часто здійснюється по критерію вживання іншими психоактивних речовин, що сприяє деструктивним об'єднанням серед наркозалежних і порушує нормальну соціальну адаптацію. Ідеалізація та знецінення часто проявляються на перших етапах реабілітації: спочатку залежний починає інтенсивно ідеалізувати нове оточення та зміни в своїй поведінці, після чого так само різко починає знецінювати. Знаючи такі механізми можна завчасно передбачити поведінку адикта та здійснити своєчасний корекційний вплив. Також об'єктом ідеалізації та знецінення може виступати безпосередньо власне “Я” особистості. У випадку ідеалізації буде проявлятися надмірна самовпевненість, або навіть деякі риси нарцисизму, а за нею відповідно буде

проявлятися знецінення власної особистості, коли стикаючись з об'єктивною реальністю ідеалізований образ власного "Я" перестане відповідати дійсності.

Проекція та інтроекція є двома сторонами одного психологічного процесу обробки інформації, що характеризуються недостатнім розмежуванням внутрішнього та зовнішнього досвіду. У своїх адаптивних формах проекція лежить в основі емпатії, дозволяючи людині розуміти переживання інших. Однак у разі адиктивної поведінки вона часто проявляється у викривленому сприйнятті оточуючих, коли власні неприйнятні почуття або риси приписуються іншим. Наприклад, особа з залежністю може звинувачувати родину у надмірній критичності, хоча насправді сама відчуває провину за свою поведінку і переносить це почуття на оточуючих.

Інтроекція у позитивному варіанті сприяє формуванню ідентичності через поглинання досвіду та переконань інших людей, роблячи їх частиною вже власного досвіду. Проте при адикції вона часто призводить до інтерналізації деструктивних установок, наприклад, коли дитина, яка виросла в родині з хімічною залежністю, сприймає себе як "слабку", що згодом підвищує ймовірність розвитку залежної поведінки. Особливо небезпечною ідентифікація з агресором [25], коли жертва психологічного насилля переймає риси свого кривдника та проявляє їх до інших з метою віджити травму та відновити відчуття контролю. Продуктом інтроекції є так звані інтроекти – окремі поглинені переконання, або навіть набори з декількох установок. Розповсюджений варіант інтроекту це "внутрішній критик" котрий представляє собою набір з поглинених обмежуючих переконань про власну особистість. Наявність такого "критика" може сприяти розвитку адикцій через посилення відчуття внутрішнього дискомфорту, котрого людина прагне позбутися вживаючи психоактивні речовини. Крім того для уникнення проявів внутрішнього критика особа, ймовірно, буде вести більш пасивний спосіб життя (якщо немає активних дій то і не буде за що себе критикувати), що призведе до додаткових труднощів у процесі реабілітації.

Проективна ідентифікація вперше була описана Мелані Кляйн [26]. Цей механізм поєднує елементи проєкції та інтроекції, коли людина не лише приписує іншим свої неприйнятні почуття, а й несвідомо змушує їх поводитися відповідно до цих проєкцій. У випадку адиктивної поведінки це може виражатися у провокації конфліктів або маніпуляціях, спрямованих на підтвердження власних спотворених уявлень. Наприклад, особа із наркотичною залежністю може звинувачувати терапевта у жорстокості, тим самим викликаючи у нього роздратування, що підтверджує початкову проєкцію.

Дисоціація як захисний механізм відрізняється від інших примітивних захистів суб'єктивним відчуттям повного відокремлення від травматичного досвіду. Вона є адаптивною реакцією на непереносимі умови, коли психіка "відключає" свідомість для захисту від болю чи жаху. Однак при надмірній травматизації, особливо в дитинстві, дисоціація може стати основним способом реагування на стрес. У контексті адиктивної поведінки це часто проявляється у вигляді відчуття "спостерігання за собою збоку" такий ефект також можуть створювати психоактивні речовини класу дисоціативи, або у більш безпечному варіанті гіпноз.

Окрім вже розглянутих рівня організації особистості та захисних механізмів, з літератури по психоаналізу можна також виокремити значний вплив потягу до смерті, котрий детально описав Фройд [27]. Автор вказує, що крім природного потягу до продовження роду, котрий можна описати у вигляді лібідо, існує ще і глибинний неусвідомлений потяг до смерті (в різній літературі називається "танатос", або "мортідо"). Його основою є прагнення позбутися внутрішньої напруги і в результаті отримати стан спокою, а стан абсолютного спокою і відсутності будь якої напруги, скоріше схожий на смерть. Крім того до зниження інтенсивності відчуття напруги може призвести її вивільнення у вигляді агресії, котра також безпосередньо пов'язана з потягом до смерті. В контексті адикцій це можна розглядати

наступним чином: у залежної особи потяг до смерті направлений проти власної особистості, в результаті чого такі люди, шляхом вживання завідомо шкідливих речовин скоюють як би “повільне” самогубство. Крім того, як уже згадувалась вище, психоактивна дія речовини викликає змінений стан свідомості, котрий також в моменті знижує відчуття напруги, хоча з часом призводить до ще більшої напруги, але конкретно під час дії речовини стан сприймається як значно менш напружений, що згодом фіксується несвідомим. Саме тому сучасні методи “профілактики” залежності у вигляді невдалої спроби налякати людину страшними наслідками вживання, демонструючи їй відео про хвороби та смерть від речовин, є контрпродуктивними, оскільки частина неусвідомлених потягів якраз і прагнуть досягти такої мети. Таким чином, подібна “профілактика” сприймається скоріше як інструкція до дії, ніж як застереження.

Ще одним цікавим явищем у осіб з адиктивною поведінкою, котре особливо часто проявляється у залежних від психоактивних речовин, є сни, пов’язані із вживанням. Вони можуть з’являтися навіть при довготривалій тверезості (5 і більше років). Часто залежним у снах з’являються сцени вживання речовини, або зриву. Вони пов’язані з появою напруги у несвідомому і часто виникають коли людина стикається з кризами. Поява таких сновидінь є спробою несвідомого відтворити у сні те, що неможливо зробити через заборону (у вигляді прийнятого самою особою рішення) у реальному житті [28]. Більш детально виявити проблему, котра пов’язана з появою таких снів можна виявити методом вільних асоціацій, детально аналізуючи з чим конкретно пов’язаний кожний образ, котрий виникав під час сну (місце, предмети, люди, їх поведінка, про що вони говорять чи мовчать і т.д.). Як зазначав Фройд можна також спробувати аналізувати і окремі символи, але метод вільних асоціацій дасть більш точний результат для конкретного клієнта, враховуючи при цьому його індивідуальні особливості.

У роботах Берна також згадуються адикції і автор описує їх застосовуючи трансактний аналіз, теорію ігор [29] і у більш складному вигляді за допомогою сценарного аналізу. З позиції теорії ігор адикція виглядає наступним чином: присутні декілька ролей для учасників такої гри і перший з них безпосередньо залежна особа. Їй притаманна поведінка жертви (позиція Дитини) і основну вигоду, котру вона прагне отримати на рівні міжособистісної взаємодії можна описати як “погладжування” або увага з боку іншої особи. Екзистенційна вигода буде виражатися у прагненні отримати підтвердження свого статусу безпорадної жертви. Крім того присутня також вторинна вигода у вигляді уникнення справжньої близькості щоб не отримати травму через більш високий рівень вразливості у такій близькості.

Друга роль – агресор (позиція Батька), котрий своєю поведінкою надає підтвердження статусу жертви першого учасника, звичайно при цьому він також має і свої особисті вигоди від такої взаємодії. Одна з таких вигод скоріше за все буде у вигляді підтвердження влади та ефективності впливу агресора на інших, або як “легальний” спосіб скинути свою внутрішню напругу на інших у вигляді гніву, використовуючи при цьому захисний механізм під назвою зміщення.

Третя роль – рятівник (також позиція Батька), котрий якраз дає першому учаснику погладжування у вигляді уваги, турботи, або фактично, проявів співзалежності. Вигоди рятівника виражаються у підкріпленні його ідентичності як “хорошої” людини, при цьому скоріше за все така людина себе зовсім не вважає “хорошою” якщо їй потрібні такі підтвердження. Важливо зазначити що ролі рятівника та агресора дуже часто можуть поєднуватись в одній людині, особливо часто у матерях наркоманів. Вони одночасно підтримують власною співзалежністю хворобливий стан наркомана. Дають йому доступ до матеріальних ресурсів, і в той же час можуть критикувати його за такий спосіб життя, хоча при цьому активних дій направлених на справжнє вирішення проблеми (особливо без допомоги спеціалістів) приймати не здатні.

До того ж така ситуація має для них дуже вагомí неусвідомлені вигоди, тому насправді подібний стан речей їм навіть подобається.

Більш складним способом опису адиктивної поведінки є сценарний аналіз [30], котрий на відміну від ігор, охоплює більш широкий спектр явищ. Один сценарій може включати в себе набір із декількох ігор та закономірностей переходу між ними. Сам сценарій формується під впливом соціального оточення особистості, в особливості батьків, у віці до 6 років, після чого вже сформований сценарій може як відіграватись без значних змін, або доповнюватись новими деталями, котрі його загальну структуру не змінюють. Основним джерелом даних для створення сценарію є батьківські директиви [31] – набір переконань “як треба жити”. Крім безпосередньо вербальної інформації велике значення відіграє невербальна у вигляді відображення емоцій через зміни в тілі, голосі та поведінці. Ще одним важливим джерелом є поведінка батьків, котра сприймається дитиною як приклад і шляхом інтроекції копіюється.

Як правило всі особи з адиктивною поведінкою мають так званий “сценарій невдахи” з набором обмежуючих переконань, котрі через механізми викривлення спотворюють отриманий особою досвід, в результаті чого, людина накопичує цей досвід з помилками і в натовість має уявлення про всесвіт, котре не відповідає дійсності. Ці переконання вони отримують від батьків, котрі через відсутність у них необхідних знань для коректного виховання, доповнюють свої директиви патернами шизофреногенної комунікації. Всього описано 12 батьківських директив, далі декілька з них будуть для прикладу описані більш детально.

“Не живи” проявляється коли, наприклад матір, розповідає дитині як важко вона народжувалась, скільки ресурсів було витрачено на її виховання, або просто стверджує що їй “не потрібна така погана дитина”. В результаті такої комунікації формується наступне переконання: “якщо від мене стільки

проблем то краще не існувати”. Це призводить до посилення потягу до смерті, котрий описувався раніше, с спонукає людину несвідомо шукати ситуацій, де вона буде покарана, або отримує підкріплення такого переконання. Згодом це може призвести до адикцій, чи у більш важких випадках, до суїцидальної поведінки

“Не відчувай” виникає у випадках коли хтось із батьків накладає заборону на вираження та існування певних умовно негативних емоцій. Часто під таку заборону потрапляє базова емоція гніву, котра не будучи вираженою починає витіснятись та накопичуватись. Накопичені подавлені негативні почуття з позиції гештальт терапії є вагомим стимулом до розвитку адиктивної поведінки та інших внутрішньоособистісних проблем.

Такі директиви як “не дій”, “не будь лідером” та “не будь успішним” поєднує накладання заборони на активну діяльність, котра частіше за все викликана тривогою співзалежного батька, оскільки якщо дитина проявляє менше активних дій то за нею простіше стежити і менше ймовірності що вона в моменті нанесе собі шкоди. Але в майбутньому така установка накладає значне обмеження на активну діяльність, в результаті чого стає неможливим досягнення цілей (або значно ускладнюється). Натомість людина не маючи успішного досвіду, скоріш за все буде мати негативне уявлення про себе як про “невдаху” і список обмежуючих переконань про власну ідентичність, що в поєднанні зі станом вивченої безпорадності (до котрого призводять обмеження активності) є сильним підґрунтям для розвитку різних видів адикції.

Висновки до теоретичного розділу

Отже, особи з адиктивною поведінкою переважно функціонують на межовому рівні організації особистості, для якого характерне значне переважання первинних захисних механізмів, серед котрих значну роль у формуванні залежної особи мають примітивна ізоляція (як основний механізм уникнення дискомфорту), заперечення (як спосіб уникати усвідомлення власної деструктивної поведінки) та всемогутній контроль (котрий створює ілюзію влади над залежністю). У формуванні особливостей поведінки значну роль відіграє сценарій, котрий складається з батьківських директив та поведінки, котра засвоюється шляхом інтроекції як приклад, внаслідок чого копіюється в відіграється у майбутньому. Все це пов'язано з глибоким неусвідомленим потягом до смерті, метою якого є отримання особою стану спокою, максимально зменшуючи будь які збудження.

Загалом всім видам адикцій на рівні ЦНС притаманний збій в системі винагороди, котрий пов'язаний з надмірним виділенням (або отриманням зовні) дофаміну, серотоніну, норадреналіну та інших нейромедіаторів, або їх аналогів. Людина сприймає високу інтенсивність роботи системи винагороди під дією речовини (або поведінки) як дуже інтенсивне задоволення, в результаті чого модель поведінки, пов'язана з адикцією підкріплюється і фіксується як основне джерело цього задоволення. Згодом будь-який стимул пов'язаний із адикцією стає сильним тригером для запуску крейвінгу – нав'язливої поведінки, спрямованої на отримання такого задоволення. Однак в той же час, мозок через надмірну стимуляцію прагне стабілізуватись, що призводить до формування толерантності (зниження чутливості), котра на рівні поведінки відображається у збільшенні кількості речовини, або дій пов'язаних із залежністю для підтримки такої ж активності системи винагороди.

Одними з основних напрямів роботи з особами із адиктивною поведінкою, враховуючи їх особливості будуть наступні:

1. Рівень організації особистості: допомога в усвідомленні та детальному описі первинних захисних механізмів та заміна їх на вторинні (вищого порядку) серед котрих єдиним повністю здоровим є сублімація негативних почуттів, шляхом перенаправлення їх енергії в соціально прийнятний напрям (творчість, навчання, спорт та інші)
2. Крейвінг та тригери: опис і усвідомлення та переякоріння максимальної кількості стимулів, котрі пов'язані із адикцією, шляхом виконання спеціальних завдань під наглядом досвідченого терапевта
3. Ігри та сценарії: довготривала психотерапія, спрямована на детальний аналіз попереднього досвіду залежної особи, котрий вона накопичила під час свого розвитку з виявленням травмуючих ситуацій та пошуком альтернативних способів ресурсно віджити травми. Також важливо навчити людину самостійно аналізувати та відслідковувати власні сценарії.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ.

2.1. Організація психологічного дослідження

Після аналізу теоретичних матеріалів, що пов'язані з психологічними особливостями осіб з адиктивною поведінкою було розпочато роботу по підготовці до проведення емпіричного дослідження.

Вибірку для емпіричного дослідження осіб з адиктивною поведінкою складали учасники програми реабілітації «Джерело» центру «Новий дім» у кількості 20 осіб, у віці від 17 до 35 років. 15 чоловіків і 5 жінок

У процесі емпіричного дослідження проблеми були використані наступні опитувальники для збору інформації щодо індивідуальних психологічних особливостей:

1. Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI) Р. Плутчик, Х. Келлерман

Методика Life Style Index була розроблена Р. Плутчиком у співпраці з Г.Келлерманом та Р. Контом у 1979 році на основі психоеволюційної теорії емоцій. Цей опитувальник складається з 97 тверджень, на які випробуваний повинен відповісти «вірно» або «не вірно». Він дозволяє виміряти вісім основних механізмів психологічного захисту: витіснення, заперечення, заміщення, компенсацію, реактивне утворення, проекцію, інтелектуалізацію (раціоналізацію) та регресію. Кожен із цих механізмів представлений у вигляді 10–14 тверджень, які описують типові поведінкові реакції людини у різних ситуаціях. На основі отриманих відповідей будується графік, що дає можливість визначити домінуючі механізми та оцінити їхню інтенсивність. Текст методики представлено у додатку Б.

Психоеволюційна теорія емоцій Плутчика розглядає емоції як механізми комунікації та виживання, що сформувалися в процесі еволюційної адаптації. Вона включає шість основних постулатів, які

пояснюють природу емоцій та їх взаємозв'язок із поведінкою. Згідно з Плутчиком, існує вісім базових емоцій, кожна з яких відповідає певній адаптивній реакції: інкорпорація (прийняття), відторгнення, захист, руйнування, відтворення, реінтеграція, орієнтація та дослідження. Ці емоції мають генетичну основу і можуть бути представлені у вигляді тривимірної моделі, де враховується їх інтенсивність, схожість та полярність. Важливим аспектом цієї теорії є зв'язок між емоціями та механізмами психологічного захисту. Останні виступають як інструменти, які допомагають людині справлятися з тривожними або загрозливими подразниками, спотворюючи або блокуючи небажану інформацію. Захисні механізми можуть проявлятися у різних формах: ігнорування подразника, його забування або суб'єктивна інтерпретація. Їх розвиток залежить від віку та когнітивних можливостей особистості. Найбільш примітивними є механізми, пов'язані з перцепцією (заперечення, регресія), тоді як більш зрілі форми захисту (раціоналізація, інтелектуалізація) формуються на основі мисленнєвих процесів.

У тесті представлені такі шкали: Заперечення, Витіснення, Регресія, Компенсація, Проекція, Заміщення, Інтелектуалізація, Реактивне утворення, Загальна напруженість. Заперечення, витіснення і проекція уже були описані у першому розділі. Проекція представляє собою перенесення внутрішнього досвіду (почуттів, переконань і т.д.) на зовнішній об'єкт, котрим часто виступає інша людина. Інтелектуалізація та раціоналізація поєднані у даному тесті в одну шкалу, оскільки мають багато спільних ознак і представляють собою спробу пояснити проблему (в контексті даної теми це як правило вживання речовин) як щось, що має причинно-наслідковий логічний зв'язок, крім цього раціоналізація часто поєднується з запереченням з метою виправдання адиктивної поведінки. як трансформація неприйнятних для особистості бажань, імпульсів або почуттів у протилежні за змістом, що приймаються свідомістю або соціально схвалюються. Наприклад, сильна ворожість може маскуватися надмірною турботою, а внутрішньо переживана

засдрість — демонстративною похвалою. Загальна напруженість представляє собою середнє значення за всіма іншими шкалам, вважається що результат вище 40-50%

2. Опитувальник Леонгарда-Шмишека

Опитувальник Шмишека є методикою, спрямованою на визначення типів акцентуації особистості та ґрунтується на типологічному підході до її дослідження. Цей інструмент був розроблений Г. Шмишеком (H. Schmieschek) та опублікований у 1970 році. Він складається з 88 питань, на які випробуваний повинен відповісти «так» або «ні». Максимальна кількість балів, яку можна отримати за кожен тип акцентуації, становить 24. Показник, що перевищує 12 балів, вказує на наявність акцентуації. Результати дослідження можуть бути візуалізовані у вигляді «профілю особистісної акцентуації».

Теоретичною основою даного опитувальника є концепція «акцентуєваних особистостей», запропонована К. Леонгардом. Відповідно до цієї теорії, всі риси особистості поділяються на основні та додаткові. Основні риси формують ядро особистості, визначають її розвиток, адаптаційні процеси та психічне здоров'я. Якщо вони надмірно виражені, то впливають на всю структуру особистості в цілому. За несприятливих обставин такі риси можуть набувати патологічного характеру, порушуючи психологічну цілісність. Особи, у яких основні риси проявляються яскраво, К. Леонгард визначав як акцентуєвані. Важливо зауважити, що акцентуєвані особистості не є патологічними – вони демонструють посилену вираженість певних рис, властивих будь-якій людині. Згідно з К. Леонгардом, у таких осіб можуть бути закладені як потенційні можливості для соціально корисних досягнень, так і ризик соціально негативних проявів. Далі представлено перелік акцентуацій з їх описом:

1. Демонстративний тип. Особи з цією акцентуацією вирізняються здатністю до витіснення неприємних переживань, яскравою виразністю поведінки, жвавістю та легкою встановлюваністю соціальних зв'язків. Вони схильні до фантазування, нещирості та притворства, що спрямовані на ідеалізацію власного образу, також їм властиві авантюризм, артистичність, прагнення до публічності. Основні мотиваційні фактори включають потяг до лідерства, потребу у визнанні, прагнення бути в центрі уваги та отримати схвалення. Перспектива залишитись непоміченим викликає у них сильний дискомфорт. Вони демонструють високу адаптивність у спілкуванні, емоційну нестабільність із швидкою зміною настроїв при відсутності глибоких почуттів, тенденцію до інтриг за зовнішньої м'якості манер. Характерний егоцентризм та невідповідна дійсності самооцінка

2. Застряглий тип. Характеризується помірною комунікабельністю, прискіпливістю, схильністю до моралізаторства, стриманістю у висловлюваннях. Часто відчуває себе жертвою уявної несправедливості, проявляє настороженість і недовіру до людей, чутливий до образ, уразливий, мстивий, довго переживає події, не здатний швидко забувати образи. Самовпевненість і непохитність поглядів часто призводять до наполегливого відстоювання своїх інтересів. Прагне досягати високих результатів у будь-якій діяльності та виявляє значну наполегливість у досягненні цілей. Основна риса - схильність до афектів (правдолюбство, образливість, ревності, підозрілість), та інертність у проявах емоцій, мисленні, рухах.

3. Педантичний тип. Характеризується ригідністю психічних процесів, повільністю реакцій, тривалим переживанням травмуючих подій. Рідко вступає у конфлікти, частіше виступаючи пасивною стороною, однак різко реагує на будь-які порушення порядку. На службі поводить як бюрократ, висуваючи до оточуючих численні формальні вимоги, точно виконує обов'язки, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті та систематизованості, ретельний, добросовісний. У виконанні завдань повільний, старанний,

орієнтований на якість роботи та особливу точність, має звичку до постійних перевірок, сумнівів у правильності виконання, схильний до формалізму. Охоче поступається лідерськими позиціями іншим.

4. Збудливий тип. Для цих осіб характерний слабкий самоконтроль, недостатнє регулювання власних потягів імпульсів. Вирізняється грубістю, похмурістю, гнівливістю, схильністю до суперечок і конфліктів, в котрих сам виступає провокатором. Легко дратується, запальний, часто змінює місця роботи, важко адаптується у колективі. Має низьку комунікабельність, повільні вербальні та невербальні реакції, важкість у діях. Будь-яка робота сприймається як обтяжлива, працює лише за необхідності і неохоче навчається. Байдужий до майбутнього, живе теперішнім моментом, прагнучи отримати від нього максимум задоволень. Підвищена імпульсивність або реакції збудження важко стримуються і можуть становити небезпеку для оточуючих. Може бути деспотичним, обираючи для спілкування слабших.

5. Гіпертимний тип. Представники цього типу відзначаються підвищеною рухливістю, комунікабельністю, балакучістю, виразністю міміки та жестів, надмірною самостійністю, схильністю до пустощів, порушенням соціальних дистанцій. Часто відхиляються від основної теми розмови. Скрізь вносять багато галасу, люблять компанії однолітків, прагнуть ними керувати. Мають постійно підвищений настрій, гарне самопочуття, високий життєвий тонус, добрий апетит, міцний сон, схильність до насолод. Це люди із завищеною самооцінкою, жартівливі, легковажні, але разом з тим практичні, винахідливі, чудові співрозмовники; вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Сильне прагнення до самостійності може стати джерелом конфліктів. Характерні спалахи гніву, роздратування, особливо при зустрічі з сильним опором чи при невдачах. Проявляють недостатньо серйозне ставлення до обов'язків та важко переносять умови суворої дисципліни, монотонну діяльність, вимушену самотність.

6. Дистимічний тип. Люди цього типу вирізняються серйозністю, навіть пригніченістю настрою, повільністю, слабкістю вольових зусиль. Характерні песимістичний погляд на майбутнє, занижена самооцінка, а також низька комунікабельність, мовчазність. Такі люди є домосідами та індивідуалістами, вони уникають шумних компаній, ведуть замкнутий спосіб життя. Часто похмурі, загальмовані, схильні фокусуватися на негативних аспектах життя. З іншого боку вони сумлінні, цінують друзів і готові їм підкорятися, мають загострене почуття справедливості.

7. Тривожний тип. Особи з цією акцентуацією відзначаються підвищеною сором'язливістю, невпевненістю у власних силах та постійним відчуттям тривоги. В дитинстві часто виявляють страх перед темрявою, тваринами, ситуаціями самотності. В соціальних взаємодіях уникають активних і галасливих однолітків, віддаючи перевагу спокійним заняттям. Особливо важко переносять ситуації оцінювання - контрольні роботи, іспити, публічні виступи. Виховання з надмірною строгістю може викликати у них почуття провини, розпач та сльози. Вони рано формують високі моральні принципи та відчуття обов'язку. Компенсуючи власну невпевненість, намагаються реалізувати себе у сферах, де можуть максимально розкрити свої здібності. У конфліктних ситуаціях виступають переважно пасивною стороною, шукаючи підтримки у оточуючих. Водночас володіють дружелюбністю, самокритичністю та старанністю.

8. Екзальтований тип. Головною рисою цього типу є здатність до сильних емоційних переживань - як радісних, так і сумних. Їм властиві крайнощі у проявах почуттів: від щирого захоплення до глибокого розпачу. Характеризуються високою комунікабельністю, говорливістю, схильністю до закоханості. У конфліктних ситуаціях можуть виступати як активною, так і пасивною стороною, можуть вступати у суперечки, однак не доводити їх до відкритих конфліктів. Відзначаються глибокою прив'язаністю до близьких, альтруїзмом, розвиненим співчуттям, естетичним смаком та щирістю емоцій.

Схильні до панічних реакцій, діють під впливом моменту, легко переходять від стану ейфорії до глибокого смутку.

9. Емотивний тип. Подібний до екзальтованого, але з менш інтенсивними проявами. Основні характеристики: емоційність, чутливість, тривожність, балакучість, побоювання. Найбільш виражена риса - гуманізм, здатність до співпереживання як людям, так і тваринам, відгуку на чужі потреби, доброта та щирість. Відрізняються вразливістю, схильністю до сліз, глибоким сприйняттям життєвих подій. Підлітки особливо емоційно реагують на драматичні сцени у кіно, які можуть спричинити тривалі переживання та порушення сну. Рідко вступають у відкриті конфлікти, переживаючи образи всередині себе. Володіють розвиненим почуттям обов'язку та старанністю, часто виявляють любов до природи, займаються рослинництвом, доглядом за тваринами.

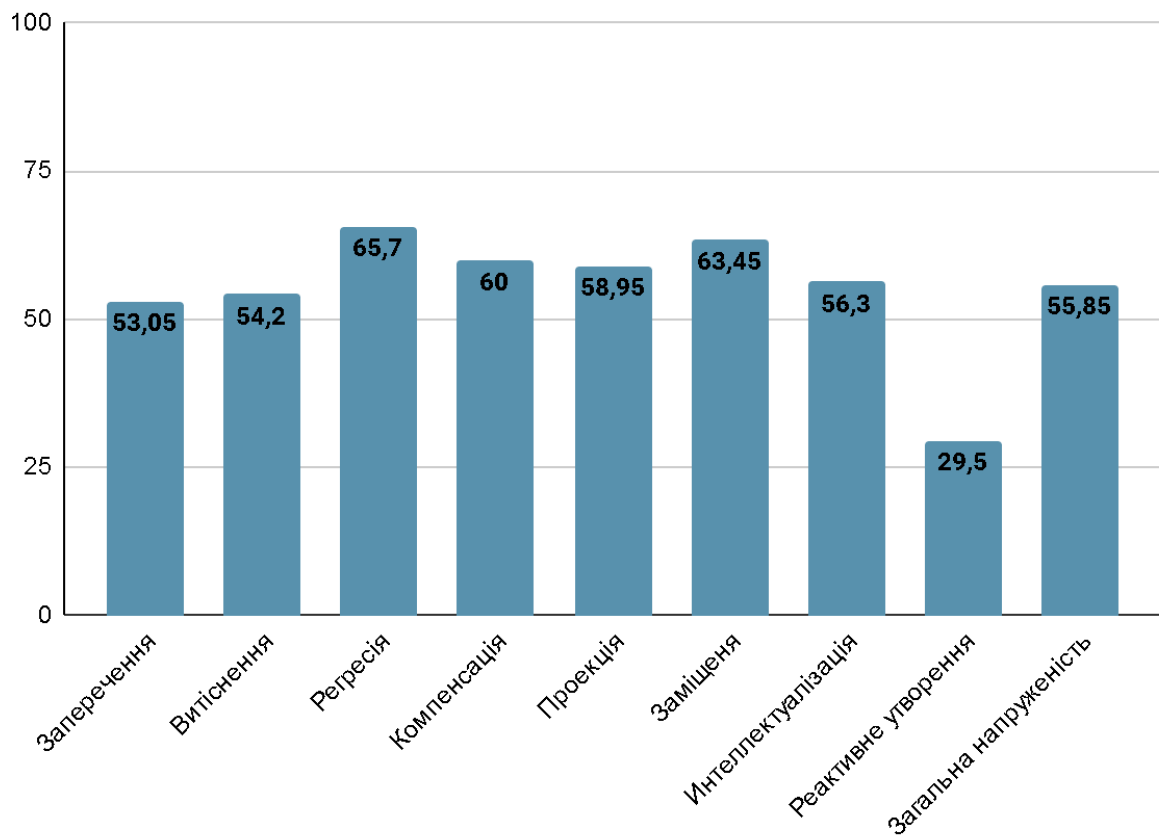
10. Циклотимний тип. Характеризується чергуванням гіпертимних та дистимних станів. Їм властиві часті коливання настрою, залежні від зовнішніх обставин. Радісні події викликають стан ейфорії: підвищену активність, балакучість, потік ідей; сумні події призводять до пригніченості, уповільнення психічних процесів. У підлітковому віці спостерігаються два варіанти циклотимії: типові та лабільні циклоїди. Типові циклоїди в дитинстві часто проявляють гіпертимні риси, але згодом у них з'являється втома, апатія, колишні легкі завдання вимагають значних зусиль. З шумних та активних вони перетворюються на млявих та замкнутих, можуть мати проблеми з апетитом та сном. На зауваження реагують роздратуванням, хоча глибоко всередині переживають депресію. Навчаються нерівномірно, пропущений матеріал важко наздоганяють. У лабільних циклоїдів фази змін настрою коротші, у періоди піднесення виявляють активне бажання спілкуватися та бути в компанії. Самооцінка безпосередньо залежить від поточного настрою.

2.2. Результати дослідження

За тестом «Індекс життєвого стилю» (LSI) в середньому найбільш напруженими виявились такі захисні механізми як регресія (66%), заміщення (63%) та компенсація (60%). Високі показники за шкалою регресії можна інтерпретувати як окрему особливість осіб, що проходять реабілітацію після вживання наркотиків (та інших видів адикцій), оскільки людина починає заново вчитись взаємодіяти зі світом без звичного для неї способу зміни психічного стану, що викликає у таких індивідів сильний дискомфорт (особливо на перших етапах) через недостатню розвиненість базових психічних навиків: комунікації, саморегуляції та інших. Найнижчі середні показники були за шкалою реактивне утворення (30%), заперечення (53%) та витіснення (54%).

Окремо слід виділити показник загальної напруженості захисних механізмів, оскільки він представляє собою середнє значення по всім шкалам для конкретного досліджуваного, загальний середній показник, як і середні значення за шкалами цього тесту наведено у таблиці 1, а інтерпретація результатів дослідження всіх учасників в додатку В.

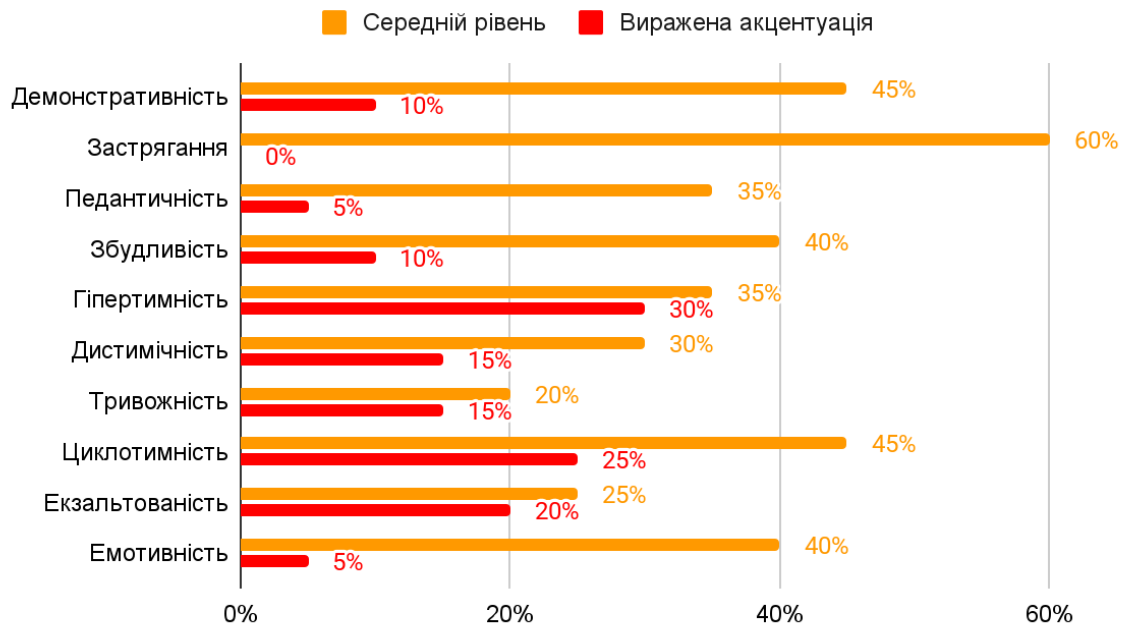
Таблиця 1. Середні показники за тестом ILS



За результатами дослідження акцентуацій характеру задомомогою опитувальнику Леонгарда-Шмішека найчастіше черед учасників зустрічались такі виражені акцентуації як гіпертимність (30%) та циклотимність (25%). Середній рівень вираженості акцентуації найбільше проявляється за шкалою застрягання (60%), однак при цьому до рівня вираженої акцентуації вона в жодному з випадків не доходила, тобто кількість балів по ній не перевищувала 18. Відносно високу частоту прояву циклотимності можна пояснити схожістю даної акцентуації з характеристикою особистостей, що знаходяться на межовому рівні організації, оскільки у зв'язку з труднощами адаптивів із саморегуляцією вони можуть часто різко переходити від гіпертимних станів до дистимічних. Частота виникнення виражених акцентуацій та акцентуацій з середнім рівнем вираженості у відсотках відносно загальної кількості

досліджуваних відображена у таблиці 2, а повні результати дослідження всіх учасників за цим тестом у додатку Г

Таблиця 2. Акцентуації характеру



Також було проведено кореляційний аналіз для виявлення значимих взаємозв'язків між усіма шкалами обох тестів, у розрахунках було використано коефіцієнт кореляції Спірмена, що розраховувався за такою формулою:

$$\rho = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}.$$

Перші три найбільш сильні кореляції у даному дослідженні були у показника загальної напруженості з такими захисними механізмами: Проекція(0.75), Реактивне утворення(0.75), Компенсація (0.72). Також загальна напруженість корелювала з такими шкалами: Регресія (0.66), Циклотимність (0.52), Педантичність (0.51), Застрягання (0.5). Загалом загальна напруженість має найбільшу кількість кореляцій з іншими шкалами.

Також велику кількість кореляцій має шкала Циклотимність, яка позитивно корелює з: Заміщення (0.62); Інтелектуалізація; Регресія (0.67);

Неврівноваженість (0.58); Педантичність (0.47), та має негативну кореляцію зі шкалою Інтелектуалізація (-0.58)

Крім того значну кількість кореляцій має шкала реактивне утворення, хоча в середньому напруженість цього захисного механізму у даній вибірці найменша. Реактивне утворення позитивно корелює з такими шкалами: Педантичність (0.63); Застрягання(0.6); Проекція (0.56); Регресія (0.45). Та негативно корелює зі шкалою Гіпертимність (-0.46).

Повний перелік всіх значущих кореляцій (від найбільшого до найменшого значення) наведено у таблиці 3.

Таблиця 3. Значимі кореляції			
Показник 1	Показник 2	Корел.	Знач. (p)
Заперечення	Афективність	,507*	0,0224
Дистимність	Гіпертимність	-,583**	0,007
Інтелектуалізація	Гіпертимність	-,504*	0,0234
Реактивне утворення	Гіпертимність	-,465*	0,0387
Афективність	Демонстративність	,458*	0,0423
Дистимність	Демонстративність	-,452*	0,0452
Заперечення	Демонстративність	,549*	0,0123
Педантичність	Демонстративність	-,460*	0,0412
Заперечення	Дистимність	-,445*	0,0494
Інтелектуалізація	Дистимність	,500*	0,0247
Витіснення	Заперечення	,509*	0,0218
Витіснення	Застрягання	-,543*	0,0133
Загальна напруженість	Застрягання	,497*	0,0259
Компенсація	Застрягання	,535*	0,0151
Педантичність	Застрягання	,646**	0,0021

Реактивне утворення	Застрягання	,604**	0,0048
Загальна напруженість	Компенсація	,716**	0,0004
Проекція	Компенсація	,552*	0,0116
Заміщення	Неврівноваженість	,481*	0,0316
Регресія	Неврівноваженість	,508*	0,0223
Циклотимність	Неврівноваженість	,582**	0,0071
Загальна напруженість	Педантичність	,512*	0,0211
Компенсація	Педантичність	,495*	0,0265
Реактивне утворення	Педантичність	,626**	0,0031
Циклотимність	Педантичність	,474*	0,0346
Загальна напруженість	Проекція	,753**	0,0001
Інтелектуалізація	Проекція	,462*	0,0403
Реактивне утворення	Проекція	,558*	0,0106
Загальна напруженість	Реактивне утворення	,747**	0,0002
Загальна напруженість	Регресія	,665**	0,0014
Реактивне утворення	Регресія	,474*	0,0346
Загальна напруженість	Циклотимність	,515*	0,0203
Заміщення	Циклотимність	,621**	0,0035
Інтелектуалізація	Циклотимність	-,577**	0,0078

Висновки до другого розділу

Узагальнюючи результати проведеного емпіричного дослідження, можна припустити, що психологічні особливості осіб з адиктивною поведінкою виявляються у специфічному профілі використання захисних механізмів, а також у характерному розподілі акцентуацій рис особистості, які формують певні тенденції щодо внутрішньої організації психіки таких осіб. Вибірка, що складалась з осіб, які перебувають у процесі реабілітації в центрі для наркозалежних, продемонструвала яскраво виражену схильність до використання механізмів психологічного захисту з високим рівнем загальної напруженості, що є маркером внутрішнього конфлікту та психічної нестабільності.

Аналіз рівнів напруженості захисних механізмів виявив, що серед перелічених способів психологічного захисту найчастіше активуються регресія, заміщення та компенсація. Висока інтенсивність прояву регресії (65.7%) свідчить про схильність індивідів повертатися до більш ранніх, форм поведінки у відповідь на психологічний стрес, що можна інтерпретувати як характерну особливість осіб, що проходять реабілітацію після вживання психоактивних речовин, оскільки вони через свій спосіб життя часто мають недостатньо розвинені навички саморегуляції і після припинення вживання починають їх заново напрацьовувати. Таке повернення до інфантильних форм захисту може мати характер адаптаційного механізму, що дозволяє тимчасово знизити емоційне напруження, але не вирішує глибинного внутрішнього конфлікту. Заміщення (63.45%) та компенсація (60%) також демонструють високі показники, що може вказувати на прагнення учасників реабілітації компенсувати велику кількість невдалого досвіду, накопиченого за час активного вживання.

Водночас найменш активними захисними механізмами виявились реактивне утворення (29.5%) та заперечення (53.05%). Хоча останній механізм

не демонструє низького рівня, він має меншу напруженість порівняно з регресією і також є характерною особливістю осіб з адиктивною поведінкою.

Що стосується особистісних акцентуацій, результати дослідження продемонстрували найвищу частоту прояву таких типів, як гіпертимність (30% вираженого рівня) та циклотимність (25%). Ці типи, характеризуються підвищеною емоційною реактивністю, нестабільністю настрою та схильністю до імпульсивних рішень, що узгоджується з психологічним портретом особи з адиктивною поведінкою. Варто також звернути увагу на застрягання, яке мало найвищий відсоток середнього рівня прояву (60%), але не досягло вираженого рівня в жодному випадку. Це може свідчити про певну латентну тенденцію до фіксації на пережитих конфліктах, образах або фрустраціях, яка не набуває більш вираженої форми, але потенційно може ускладнити процес терапії через емоційну ригідність.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність зв'язку між рівнем напруженості захисних механізмів та акцентуаціями характеру, що дозволяє говорити про взаємозумовленість цих психологічних феноменів. Зокрема, загальна напруженість захистів виявила тісний позитивний зв'язок з проекцією (0.753), реактивним утворенням (0.747) та компенсацією (0.716), що свідчить про їхню роль у формуванні захисного профілю досліджуваної групи. Це також вказує на недостатність інтеграції особистості, де внутрішньоособистісні проблеми часто сприймаються як результат зовнішніх причин, а не внутрішніх переживань, що сприяє проекції власних імпульсів на інших.

Також уваги заслуговує також значна кількість статистично значущих кореляцій між шкалою циклотимності та іншими змінними, що підтверджує її ключову роль у психологічному функціонуванні осіб з адикцією. Зокрема, позитивна кореляція між циклотимністю і регресією (0.671), а також з заміщенням (0.621) вказує на схильність до нестабільного емоційного фону,

що супроводжується прагненням уникнути прямої конфронтації з внутрішніми труднощами.

Загальний висновок

Проведене дослідження психологічних особливостей осіб з адиктивною поведінкою дозволило виявити низку ключових закономірностей, які стосуються як теоретичних аспектів цього явища, так і його поведінкових проявів. Теоретичний аналіз показав, що адиктивна поведінка формується на основі складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Центральну роль у цьому процесі відіграють збої в системі винагороди що спричинені вживанням психоактивних речовин (або поведінковими адикціями). Вони призводять до надмірного виділення нейромедiatorів, таких як дофамін, серотонін та норадреналін, що сприяє закріпленню адиктивної моделі поведінки як основного джерела задоволення, що згодом перетворюється на нав'язливий крейвінг. Важливим є те, що мозок, намагаючись стабілізуватися, формуючи толерантність, що вимагає збільшення кількості речовини або дій для досягнення колишнього ефекту, що в результаті більше поглиблює залежність.

На психологічному рівні особи з адиктивною поведінкою знаходяться на межовому рівні організації особистості, для якого характерне переважання первинних захисних механізмів, таких як примітивна ізоляція, заперечення та всемогутній контроль. Ці механізми сприяють уникненню дискомфорту, але водночас обмежують можливості адаптації до реальності. Важливу роль у формуванні адиктивної поведінки відіграють сценарії, які закладаються через батьківські директиви та інтроекцію певних моделей поведінки. Глибинний потяг до смерті, що проявляється у прагненні до стану спокою та мінімізації збудження, також є суттєвим фактором, який впливає на розвиток залежності.

Емпіричне дослідження підтвердило теоретичні положення, виявивши специфічний профіль використання захисних механізмів та акцентуацій рис

особистості у осіб з адиктивною поведінкою. Найбільш активними механізмами захисту виявилися регресія, заміщення та компенсація, що свідчить про схильність до інфантильних форм поведінки та прагнення компенсувати негативний досвід. Високий рівень напруженості цих механізмів вказує на наявність внутрішнього конфлікту та психічної нестабільності. Найменш активними були реактивне утворення та заперечення, хоча останнє все ж залишається характерним для даної групи.

Що стосується особистісних акцентуацій, то найвищі показники були виявлені для гіпертимності та циклотимності, що свідчить про емоційну нестабільність та схильність до імпульсивних рішень. Ці риси узгоджуються з психологічним портретом осіб з адиктивною поведінкою, які часто шукають способи швидкого задоволення своїх потреб. Кореляційний аналіз виявив зв'язок між рівнем напруженості захисних механізмів та акцентуаціями, що підкреслює їхню взаємозумовленість.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що особи з адиктивною поведінкою характеризуються підвищеною напруженістю захисних механізмів, емоційною нестабільністю та труднощами з саморегуляцією. Їхній психологічний профіль включає виражені акцентуації та інфантильні механізми захисту, що ускладнює процес адаптації до життя без залежності. Тому психокорекційна робота з такими особами вимагає інтегративного підходу, спрямованого не лише на стабілізацію емоційного стану, але й на формування ефективних навичок саморегуляції та конструктивної взаємодії з навколишнім світом.

Важливим напрямом терапії є робота на рівні організації особистості, зокрема допомога у усвідомленні та заміні первинних захисних механізмів на вторинні, такі як сублімація. Не менш значущим є аналіз індивідуальних тригерів та закономірностей прояву крейвінгу, така робота дозволяє виявити та переякорити стимули, пов'язані з адикцією. Довготривала психотерапія,

спрямована на аналіз сценаріїв та травмуючого досвіду, також є невід'ємною частиною процесу реабілітації. Усе це разом створює основу для подолання залежності та формування більш адаптивних способів функціонування.

Узагальнюючи, можна сказати, що адиктивна поведінка є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, які призводять до формування специфічного психологічного профілю. Подолання залежності вимагає комплексного підходу, який враховує всі ці аспекти та спрямований на відновлення психічного здоров'я та соціальної адаптації особистості. Проведене дослідження підкреслює необхідність подальших наукових розробок у цій галузі, а також впровадження інноваційних методів психокорекції та реабілітації для осіб з адиктивною поведінкою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Національний звіт щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року)
2. Herodotus, with an English translation by A. D. Godley. Cambridge. Harvard University Press. 1920.
3. Лютий В.П. Профілактика соціально-прийнятних видів адиктивної поведінки підлітків та молоді / В.П.Лютий // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: Збірник наукових праць. – Вип. 16, книга 2. – Кам'янець-Подільський: Видавець ПП Зволейко Д.Г., 2012. – С. 222-231.
4. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». – Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010.
5. Sterling P. Principles of Allostasis: Optimal Design, Predictive Regulation, Pathophysiology and Rational Therapeutics, in Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Adaptation, ed. J. Schulkin (Cambridge, MA: MIT Press, 2004).
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013.
7. Holton R., Berridge K. Addiction Between Compulsion and Choice. In: Levy N, ed. Addiction And Self-Control: Perspectives From Philosophy, Psychology, And Neuroscience (Oxford Series In Neuroscience, Law, And Philosophy). New York: Oxford University Press; 2013: 239-268.
8. Казар'ян П. Життя без страху.
9. ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ (СИНДРОМ ЗАЛЕЖНОСТІ) ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ОПОЇДІВ Клінічна настанова 2020
10. Сапольські Р. Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас
11. Кучманич І. Психологія сім'ї

12. Sigmund Freud. Josef Breuer. Studien über Hysterie
13. Gregory Bateson. Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology
14. Фройд З. Вступ до психоаналізу
15. Porter G. Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work// J. Occup. Health. Psychol. - 1996. Jan. - V. 1. - N. 1. - P. 70-84.
16. Фройд З. Три нариси з теорії сексуальності
17. Фройд З. Невпокій в культурі
18. Black D.W. Compulsive buying: A review// Journal of Clinical Psychiatry. - 1996. - V. 57. -P. 50–54.
19. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision (ICD-11)
20. Geraline C. Lin and Richard A. Glennon - Hallucinogens: An Update
21. Hallucinogen Persisting Perception Disorder: Etiology, Clinical Features, and Therapeutic Perspectives
URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5870365/>
22. Ненсі Мак-Вільямс. Психоаналітична діагностика
23. Фройд З. Я і Воно
24. Piaget, J. The construction of reality in the child.
25. Freud, A. The ego and the mechanisms of defense. New York: International Universities Press, 1966.
26. Klein, M. Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psycho-Analysis
27. Фройд З. По той бік принципу задоволення
28. Фройд З. Тлумачення снів
29. Берн Е. Ігри, у які грають люди
30. Берн Е. Що ти кажеш після привітання? Психологія людської долі
31. Goulding. Changing Lives Through Redecision Therapy

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ (Х.

Шмішек)

Інструкція: Запропоновані запитання стосуються різних сфер Вашого життя. На кожне питання потрібно відповідати «так» або «ні». Кожна відповідь має віддзеркалювати Вашу думку про себе. Це не дослідження розуму чи здібностей, тому тут немає ні поганих, ні гарних відповідей. Не затримуйтеся довго на одному питанні. Фіксуйте першу відповідь, яка спала Вам на думку.

Тестові питання:

1. Ви зазвичай спокійний, веселий?
2. Чи легко Ви ображаєтесь, засмучуєтесь?
3. Чи легко Ви можете розплакатися?
4. Чи багато разів Ви перевіряли наявність можливих помилок у Вашій роботі?
5. Чи були Ви в дитинстві таким самим відважним, як і Ваші ровесники?
6. Чи легко Ви переходите від радості до смутку і навпаки?
7. Чи любите Ви головувати у грі?
8. Чи бувають дні, коли Ви безпричинно на все злитесь?
9. Чи серйозна Ви людина?
10. Чи завжди Ви прагнете ретельно виконувати завдання викладачів?
11. Чи підприємливий Ви?
12. Чи скоро Ви забуваєте, якщо когось образили?
13. Чи вважаєте Ви себе м'якосердечним, чи вмієте співчувати?
14. Кинувши листа до поштової скриньки, перевіряєте Ви рукою, чи не затримався він у прорізі?
15. Чи прагнете Ви бути найкращим у навчанні, в гуртку, у спортивній секції?

16. Коли Ви були маленьким, чи боялися грози, собак?
17. Чи вважають Вас занадто старанним і акуратним?
18. Чи залежить Ваш настрій від домашніх і навчальних справ?
19. Чи можна сказати, що більшість Ваших знайомих Вас люблять?
20. Чи буває у Вас неспокійно на душі?
21. Вам зазвичай трошки сумно?
22. Чи доводилося Вам, переживаючи горе, ридати?
23. Вам важко затримуватися на одному місці?
24. Чи боретеся Ви за свої права, коли з Вами чинять несправедливо?
25. Чи доводилося Вам коли-небудь стріляти з рогатки в котів?
26. Чи дратує Вас, коли фіранка або скатертина висить (лежить) нерівно?
27. Коли Ви були маленьким, чи боялися залишитися один вдома?
28. Чи буває так, що Вам весело або сумно без причин?
29. Ви – один із найкращих студентів у групі?
30. Чи часто Ви веселитесь?
31. Чи легко Ви можете розізлитися?
32. Чи відчуваєте Ви себе деколи дуже щасливим?
33. Чи вмієте Ви розвеселяти друзів?
34. Чи можете Ви просто сказати комусь усе, що про нього думаєте?
35. Чи боїтеся Ви вигляду крові?
36. Чи охоче Ви виконуєте громадські доручення?
37. Чи заступаєтеся Ви за тих, із ким вчинили несправедливо?
38. Вам моторошно увійти в порожню темну кімнату?
39. Вам більше до душі повільна і точна робота, ніж швидка і не така точна?
40. Чи легко Ви знайомитеся з людьми?

41. Чи охоче Ви виступаєте на урочистих зібраннях, вечірках?
42. Ви коли-небудь утікали з дому?
43. Ви коли-небудь засмучувався через суперечку з однокурсниками, викладачами настільки, що йти потім до університету не хотілося?
44. Чи здається Вам життя складним?
45. Чи можете Ви навіть у разі невдачі кепкувати з себе?
46. Чи прагнете Ви помиритися, якщо суперечка сталася не з Вашої вини?
47. Чи любите Ви тварин?
48. Ідучи з дому, чи доводилося Вам повертатися, щоб перевірити, чи не сталося чогось?
49. Чи здається Вам часом, що з Вами або Вашими рідними має статися щось лихе?
50. Чи залежить Ваш настрій від погоди?
51. Чи важко Вам відповідати на заняттях, навіть коли Ви знаєте відповідь?
52. Чи можете Ви, якщо Вас образять, почати битися?
53. Чи подобається Вам бути в компанії?
54. Якщо Вам не таланить, чи можете Ви впасти у розпач?
55. Чи можете Ви організувати гру, роботу?
56. Чи вперто Ви прагнете до мети, навіть якщо на шляху трапляються перешкоди?
57. Чи плакали Ви коли-небудь під час перегляду кінофільму, читання сумної книги?
58. Чи буває Вам важко заснути через якісь проблеми?
59. Чи підказуєте Ви, чи даєте списати?
60. Чи побоялися б Ви пройти ввечері сам через кладовище?
61. Чи слідкуєте Ви за тим, щоб кожна річ лежала на своєму місці?
62. Чи буває так, що Ви лягаєте спати з одним настроєм, а прокидаєшся з іншим?

63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?
64. Чи турбує Вас головний біль?
65. Чи часто Ви смієтеся?
66. Якщо Ви не поважаєте людину, то чи можете поводитися з нею так, щоб вона цього не помітила?
67. Чи можете Ви зробити багато різних справ за один день?
68. Чи часто до вас ставляться несправедливо?
69. Чи любите Ви природу?
70. Виходячи з дому або лягаючи спати, перевіряєте, чи зачинені двері, чи вимкнене світло?
71. На Вашу думку, Ви боягуз?
72. Чи змінюється Ваш настрій за святковим столом?
73. Чи берете Ви участь у драматичному гуртку, чи любите читати вірші зі сцени?
74. Чи буває в Вас без особливої причини похмурий настрій, коли ні з ким немає бажання розмовляти?
75. Чи трапляється, що Ви думаєте про майбутнє зі смутком?
76. Чи бувають у Вас несподівані переходи від радості до печалі?
77. Чи вмієте Ви розважати гостей?
78. Чи довго Ви ображаєтеся?
79. Чи сильно Ви переживаєте, якщо горе сталося у Ваших друзів?
80. Чи часто Ви, коли були школярем, через помилку, виправлення переписували на аркуші в зошиті?
81. Чи вважаєте Ви себе недовірливим?
82. Чи часто Вам сняться сні жахів?
83. Чи виникало в Вас бажання вистрибнути у вікно або кинутися під машину?

84. Чи стає Вам веселіше, якщо всі довкола веселяться?
85. Якщо в Вас неприємності, то чи можете Ви тимчасово забути про них, не думати про них постійно?
86. Чи здійснюєте Ви під впливом алкоголю раптові, імпульсивні вчинки?
87. Зазвичай Ви небагатослівний, мовчазний?
88. Чи могли б Ви, беручи участь у театральному видовищі, настільки увійти в роль, що забули би, хто Ви є насправді?

Аналіз результатів

За кожною шкалою підраховуються плюси (позитивні відповіді на зазначені питання) та мінуси (негативні відповіді на відповідні шкалі запитання, якщо такі вказані для конкретної шкали). Потім отримані бали (плюси і мінуси) за шкалою підсумовуються і результат множиться на коефіцієнт - при кожному типі акцентуації свій. У результаті опрацювання результатів тестування вийде 10 показників, що відповідають вираженості тієї чи іншої акцентуації особистості за К. Леонгардом.

Акцентуація відсутня - до 12 бали

Присутня тенденція до акцентуації - 13-18 бали

Виражена акцентуація - від 19 до 24 балів

1. Демонстративність $\times 2$

+: 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88. -: 51

2. Застрягання $\times 2$

+: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81. -: 12, 46, 59

3. Педантичність $\times 2$

+: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83. -: 36

4. Збудливість $\times 3$

+: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.

5. Гіпертимність $\times 3$

+: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77

6. Дистимічність $\times 3$

+: 9, 21, 43, 75, 87. -: 31, 53, 65

7. Тривожність $\times 3$

+: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82. -: 5

8. Циклотимічність хЗ

+: 6, 18, 18, 40, 50, 62, 72, 84

9. Афективність, екзальтированність хб

+: 10, 32, 54, 76

10. Емотивність, лабільність хЗ

+: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79. - : 25

ДОДАТОК Б

“Індекс життєвого стилю” (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Конте)

Методику спрямовано на діагностику механізмів психологічного захисту «Я». Респонденту пропонується наступна інструкція : «Ознайомтеся із запропонованими твердженнями. Якщо твердження не є характерним для Вас, поставте, будь ласка, позначку «Ні». Якщо твердження є характерним для Вас, поставте, позначку «Так». Не витрачайте часу на роздуми, давайте першу відповідь, яка спадає на думку. Пам'ятайте, що поганих та добрих відповідей бути не може».

Підраховується кількість позитивних відповідей за кожною зі шкал відповідно до ключа. Потім «сирі» бали переводять у відсотки. На основі цих показників складається профіль захисних механізмів особистості.

Список питань:

1. Я людина, з якою дуже легко порозумітися.
2. Коли я чогось хочу, у мене не вистачає терпіння зачекати.
3. Завжди була така людина, на яку я хотів би бути схожимь.
4. Люди вважають мене стриманою, розважливою людиною.
5. Мені гидкі непристойні фільми.
6. Я рідко пам'ятаю свої сни.
7. Люди, які всюди розпоряджаються, доводять мене до сказу.
8. Іноді у мене виникає бажання пробити кулаком стіну.
9. Мене сильно дратує, коли люди поводяться манірно.
10. У своїх фантазіях я завжди головний герой.
11. У мене не дуже гарна пам'ять на обличчя.
12. Я відчуваю деяку незручність, користуючись громадською лазнею.
13. Я завжди уважно вислуховую всі точки зору у суперечці.
14. Я легко виходжу з себе, але швидко заспокоююсь.

15. Коли в натовпі хтось штовхає мене, я відчуваю бажання відповісти тим же.
16. Багато чого в мені захоплює людей.
17. Вирушаючи у поїздку, я обов'язково планую кожну деталь.
18. Іноді, без жодної причини, на мене нападає впертість.
19. Друзі майже ніколи не підводять мене.
20. Мені доводилося думати про самогубство.
21. Мене ображають непристойні жарти.
22. Я завжди бачу світлі сторони речей.
23. Я ненавиджу недоброзичливих людей.
24. Якщо хтось каже, що я не зможу щось зробити, то я навмисне хочу зробити це, щоб довести йому неправоту.
25. Я відчуваю труднощі, згадуючи імена людей.
26. Я схильний до зайвої імпульсивності.
27. Я терпіти не можу людей, які домагаються свого, викликаючи до себе жалість.
28. Я ні до кого не ставлюся з упередженням.
29. Іноді мене турбує, що люди подумують, ніби я поводжуся дивно, безглуздо чи смішно..
30. Я завжди знаходжу логічні пояснення будь-яким неприємностям.
31. Іноді мені хочеться побачити кінець світу.
32. Порнографія огидна.
33. Іноді, будучи засмучений, я їм більше звичайного.
34. У мене немає ворогів.
35. Я не дуже добре пам'ятаю своє дитинство.
36. Я не боюся постаріти, тому що це відбувається з кожним.
37. У своїх фантазіях я роблю великі справи.

38. Більшість людей дратують мене, тому що вони надто егоїстичні.
39. Дотик до чогось слизького викликає в мені огиду.
40. У мене часто бувають яскраві, сюжетні сновидіння.
41. Я переконаний, що якщо буду не обережний, люди скористаються цим.
42. Я не скоро помічаю погане в людях.
43. Коли я читаю або чую про трагедію, це не надто зачіпає мене.
44. Коли є привід розсердитися, я вважаю за краще все обміркувати.
45. Я відчуваю сильну потребу у компліментах.
46. Сексуальна нестримність огидна.
47. Коли в натовпі хтось заважає моєму руху, у мене іноді виникає бажання штовхнути його плечем.
48. Як тільки щось не по-моєму, я ображаюсь і стаю похмурим.
49. Коли я бачу закривавлену людину на екрані, це майже не хвилює мене.
50. У складних життєвих ситуаціях я не можу обійтися без підтримки та допомоги людей.
51. Більшість оточуючих вважають мене дуже цікавою людиною.
52. Я ношу одяг, який приховує недоліки моєї фігури.
53. Для мене дуже важливо завжди дотримуватись загальноприйнятих правил поведінки.
54. Я схильний часто суперечити людям.
55. Майже у всіх сім'ях подружжя одне одному зраджує.
56. Мабуть, я надто відсторонено дивлюсь на речі.
57. У розмовах із представниками протилежної статі я намагаюся уникати делікатних тем.
58. Коли мені щось не виходить, мені іноді хочеться плакати.
59. З моєї пам'яті часто випадають деякі дрібниці.
60. Коли хтось штовхає мене, я відчуваю сильне обурення.

61. Я викидаю з голови те, що мені не подобається.
62. У будь-якій невдачі я обов'язково знаходжу позитивні сторони.
63. Я терпіти не можу людей, які завжди намагаються бути в центрі уваги.
64. Я майже нічого не викидаю і дбайливо зберігаю безліч різних речей.
65. У компанії друзів мені найбільше подобаються розмови про минулі події, розваги та задоволення.
66. Мене не надто дратує дитячий плач.
67. Мені траплялося так роздратуватися, що я готовий був перебити всі вщент.
68. Я завжди оптимістичний.
69. Я почуваюся незатишно, коли на мене не звертають уваги.
70. Які б пристрасті не розігравалися на екрані, я завжди усвідомлюю, що це тільки на екрані.
71. Я часто відчуваю почуття ревнощів.
72. Я б ніколи спеціально не пішов на відверто еротичний фільм.
73. Неприємно те, що людям, як правило, не можна довіряти.
74. Я готовий майже на все, щоб справити гарне враження.
75. Я ніколи не бував панічно наляканий.
76. Я не прогавлю нагоди подивитися хороший трилер чи бойовик.
77. Я думаю, що ситуація в світі краща, ніж вважає більшість людей.
78. Навіть невелике розчарування може привести мене до смутку.
79. Мені не подобається, коли люди відверто фліртують.
80. Я ніколи не дозволяю собі втрачати самовладання.
81. Я завжди готуюся до невдачі, щоб не бути захопленим зненацька.
82. Здається, деякі з моїх знайомих заздять моєму вмінню жити.
83. Мені траплялося зі зла так сильно вдарити або штовхнути по чомусь, що я ненавмисно завдав собі болю.

84. Я знаю, що за очі дехто відгукується про мене погано.
85. Я навряд чи можу згадати свої перші шкільні роки.
86. Коли я засмучений, я іноді веду себе по-дитячому.
87. Мені набагато простіше говорити про свої думки, ніж про свої почуття.
88. Коли я буваю у від'їзді і у мене трапляються неприємності, я одразу починаю сильно тужити по дому.
89. Коли я чую про жорстокість, це не надто глибоко чіпає мене.
90. Я легко переношу критику та зауваження.
91. Я не приховую свого роздратування з приводу звичок деяких членів моєї родини.
92. Я знаю, що є люди, налаштовані проти мене.
93. Я не можу переживати свої невдачі поодинці.
94. На щастя, у мене менше проблем, ніж у більшості людей.
95. Якщо щось хвилює мене, я іноді відчуваю втому та бажання виспатися.
96. Огидно те, що майже всі люди, які досягли успіху, досягли його за допомогою брехні.
97. Нерідко я відчуваю бажання відчути у своїх руках пістолет чи автомат.

Додаток В

Результати дослідження за опитувальником Леонгарда-Шмішека

Номер учасника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Демонстративність	20	16	18	18	18	14	14	16	10	8
Застрягання	12	4	12	10	10	16	14	18	18	14
Педантичність	12	2	10	8	12	12	12	14	18	16
Збудливість	21	12	9	9	12	15	9	18	18	6
Гіпертимність	18	21	12	21	21	18	21	12	15	12
Дистимічність	9	9	15	6	6	15	15	9	21	21
Тривожність	3	15	0	12	12	12	15	9	6	21
Циклотимність	18	18	6	12	15	18	18	12	21	9
Екзальтованість	24	24	12	18	12	12	12	18	6	18
Емотивність	15	12	18	15	6	15	18	12	12	12
Номер учасника	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Демонстративність	12	8	6	8	20	12	18	6	14	12
Застрягання	18	8	8	14	18	18	12	16	14	14
Педантичність	20	14	10	18	12	16	10	12	14	12
Збудливість	21	12	18	15	9	18	9	3	18	15
Гіпертимність	18	6	12	24	18	18	15	3	12	21
Дистимічність	15	12	18	6	12	3	3	21	18	6
Тривожність	21	6	0	18	0	6	9	21	18	9
Циклотимність	21	21	12	18	15	24	15	9	18	21
Екзальтованість	18	12	18	6	24	12	12	6	24	12
Емотивність	15	15	12	9	12	21	12	12	15	12

Додаток Г

Результати дослідження за методикою "Індекс життєвого стилю"

№ учасника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Заперечення	54	69	54	85	69	38	54	77	38	38
Витіснення	50	50	67	75	67	42	58	50	42	67
Регресія	79	79	14	28	36	71	100	79	71	50
Компенсація	40	70	30	20	60	20	70	60	90	80
Проекція	54	31	38	54	46	38	77	62	92	54
Заміщення	62	77	46	54	69	38	46	38	92	54
Інтелектуалізація	42	25	67	58	50	33	67	67	58	75
Реактивне утворення	20	0	10	0	10	20	30	70	40	40
Загальна напруженість	52	52	41	48	52	39	64	63	66	57
№ учасника	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Заперечення	54	62	54	38	69	46	46	8	46	62
Витіснення	58	75	58	33	50	42	50	42	58	50
Регресія	100	64	36	64	79	86	71	21	##	86
Компенсація	100	60	30	60	90	80	60	70	30	80
Проекція	77	77	62	23	62	77	62	77	54	62
Заміщення	77	62	62	69	38	100	54	62	92	77
Інтелектуалізація	67	50	92	25	75	42	58	83	42	50
Реактивне утворення	40	40	30	20	60	40	30	20	50	20
Загальна напруженість	72	62	54	42	64	64	55	47	61	62