

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Вплив особистісних властивостей на готовність до змін осіб, залежних
від психоактивних речовин**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія», заочна
форма навчання)

Філонової Оксани Анатоліївни

Наукова керівниця:

Докторка психологічних наук, професорка,
завідувачка кафедри психодіагностики та
клінічної психології

Київського національного університету
імені Тараса Шевченка

Крупельницька Людмила Францівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	10
1.1. Наукові підходи до вивчення готовності до змін	10
1.2. Проблема готовності до змін в умовах залежності від психоактивних речовин	27
1.3. Особистісні властивості як чинники готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин	34
Висновки до розділу 1	43
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОСОБИСТІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НА ГОТОВНІСТЬ ДО ЗМІН ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	45
2.1. Обґрунтування концепції дослідження взаємодії особистісних властивостей та готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин	45
2.2. Опис психодіагностичного інструментарію	51
2.3. Організація емпіричного дослідження та соціально-демографічна характеристика вибірки	61
Висновки до розділу 2	66
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОСОБИСТІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НА ГОТОВНІСТЬ ДО ЗМІН ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	67
3.1. Особистісні властивості осіб, залежних від психоактивних речовин, за результатами діагностики	67

3.2. Взаємозв'язок особистісних властивостей, терміну тверезості та готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин	93
3.3. Вплив особистісних властивостей на готовність до змін у когортах чоловіків та жінок, залежних від психоактивних речовин	103
Висновки до розділу 3	107
ВИСНОВКИ	109
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	113
ДОДАТКИ	128

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ПАР	психоактивна речовина
РЕПТ	раціонально-емотивна поведінкова терапія
РЦ	реабілітаційний центр
ТТМ	Транстеоретична модель (Модель готовності до зміни)
BFI	Big Five Inventory; Скринінговий опитувальник п'яти факторів особистості
FDS	Frustration Discomfort Scale; Шкала фрустраційного дискомфорту
GAD	Generalized Anxiety Disorder; Шкала для оцінки генералізованого тривожного розладу
PHQ	Patient Health Questionnaire; Шкала самооцінки депресії
SOC	Sense of Coherence, відчуття когеренції
SOCRATES	The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; Шкала готовності до змін і прагнення до лікування
URICA	University of Rhode Island Change Assessment Scale; Шкала оцінки зміни Університету Род Айленду

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема залежності від психоактивних речовин (ПАР) не втрачає своєї актуальності. Навпаки, у цьому напрямку у світі спостерігається погіршення ситуації. Станом на 2022 рік зафіксована кількість осіб, залежних від ПАР, становила 292 мільйони, що на 20% більше, ніж 10 років тому [121]. Особливе занепокоєння викликає поява нових синтетичних ПАР, які сприяють швидкому розвитку залежності і є більш деструктивними для мозку і організму в цілому у порівнянні зі «звичними» ПАР. Окрім того, вживання синтетичних ПАР відмічається частіше у жінок, що робить їх причиною «фемінізації» залежності.

Тенденція до вживання ПАР поширюється також серед молоді і не в останню чергу завдяки соціальним мережам. При цьому мотивами до вживання є бажання підвищити успішність в навчанні чи в роботі, бажання розваг, а також вживання ПАР однолітками. Тобто спостерігається певне зміщення мотивів у молодих людей у порівнянні з людьми старшого віку, для яких ПАР є способом полегшити психологічний біль та подолати втому [121].

Окремим фактором, який може спричинити поширення вживання ПАР, є війна в Україні. З досвіду країн, які переживали воєнні дії, війна посилює серед населення деструктивні патерни поведінки і сприяє початку вживання ПАР та розвитку залежності [7].

В таких умовах важливим є фокус на мотиваційній сфері осіб, залежних від ПАР, оскільки мотивація змінити свою поведінку і повернутися до тверезого способу життя є важливим фактором у лікуванні залежності. В структурі мотивації залежної особи готовність до змін відіграє ключову роль – без неї людина не почне вчиняти конкретні дії з метою видужання, незалежно від наявного бажання вилікуватися.

В науковій літературі немає єдиного визначення поняття готовності до змін, що вказує на складність цього конструкта. Він є багатоконпонентним і за різними теоріями розглядається у зв'язку з мотивацією, самоефективністю,

поведінковим контролем, потребою зміни тощо та знаходиться під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів [6; 13; 22; 29; 36; 78; 100].

Серед вітчизняних наукових досліджень та публікацій ми виявили обмежену кількість таких, які присвячені вивченню готовності до змін в когорті осіб, залежних від ПАР. Мотивацію до лікування, мотивацію до зміни залежної поведінки, мотиваційну готовність залежних від ПАР осіб досліджували українські вчені Л.Ф. Щербина, Д.Ю. Старков. Серед зарубіжних вчених за внесок у розуміння мотивації до змін осіб, залежних від ПАР, та їх готовність до лікування, за розробку теоретичних моделей та інструментів для вимірювання готовності до змін слід відзначити Дж.Прохазку, К. ДіКлементе, В. Міллера, С. Ролліка, Дж. Тонігана, Дж.Норкросса, Н. Хізера, С. Майсто, С. Далтон, Л. Готліб, Дж. Фрейера, М.Кагіла, М. Госсоба, М. Хессе, Р. Раппа. Питання бар'єрів, які можуть перешкоджати процесу змін, вивчали Н. Берроуз та А. Нідз.

Зв'язок особистісних рис з готовністю до змін у осіб, залежних від ПАР, та з результатами лікування залежної поведінки досліджували В. Ваншахразад, А. Белчер, Н. Волков, М. Деліч, Д. Х'юнг-Сік, Е. Фодстад, О. Огуйзу, М. Бучер. К. Хепнер, С. Хантер, І. Мохамед, С. Тернер зосередили свою увагу на вивченні тривожності та депресії в когорті осіб, залежних від ПАР, та впливі цих факторів на розвиток і лікування залежності.

Обмеженими залишаються дані щодо особистісних властивостей жінок, залежних від ПАР, оскільки традиційно така залежність вважається «чоловічою» хворобою і в дослідженнях саме чоловіки є домінуючою частиною вибірки. Відомо, що шлях жінок до лікування та готовність до змін відрізняються і мають свої особливості. Вивчення особистісних властивостей та готовність до змін у когорті жінок здійснювали В. Шахразад, А. Сайтос-де Паскуаль, І. Слабберт, Б. Коллінсон, В. Браун.

Отже, розуміння того, які особистісні властивості осіб, залежних від ПАР, пов'язані з їх готовністю до змін та чинять на неї вплив є вкрай

необхідним для планування ефективніших реабілітаційних програм з урахуванням індивідуальних особливостей з метою отримання ґрунтовних та тривалих результатів лікування залежності.

Таким чином, вибір теми нашого дослідження «Вплив особистісних властивостей на готовність до змін осіб, залежних від психоактивних речовин» зумовлений необхідністю ґрунтовного аналізу феномену готовності до змін та визначення ролі деяких особистісних властивостей у її формуванні в залежних від ПАР осіб загалом та відповідно до статі.

Мета дослідження: визначити вплив особистісних властивостей на готовність до змін у осіб, залежних від психоактивних речовин.

Для досягнення мети було сформульовано наступні завдання:

1. Визначити теоретичні підходи до вивчення готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин;
2. Проаналізувати особистісні властивості як чинники готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин.
3. Виявити зв'язок особистісних властивостей та готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин.
4. Визначити рівень впливу особистісних властивостей на готовність до змін осіб, залежних від психоактивних речовин.

Об'єкт дослідження: готовність до змін осіб, залежних від психоактивних речовин.

Предмет дослідження: зв'язок особистісних властивостей і готовності до змін у осіб, залежних від психоактивних речовин.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань та перевірки гіпотез ми використали наступні методи:

- теоретичні: аналіз, узагальнення наукових матеріалів, що стосуються теми дослідження та опрацювання одержаних результатів;
- емпіричні: анкетування, тестування за допомогою опитувальників, зокрема, BFI-10 авторів В. Rammstedt та О. Р. John (в адаптації О.О.Сердюка,

Б.О.Базими), «Шкала фрустраційного дискомфорту» (Frustration Discomfort Scale) Н.Харрінгтона, «Шкала готовності до змін і прагнення до лікування» (SOCRATES) В.Міллера et al.

- математичні: для обробки емпіричних даних використано методи математичної статистики - описові статистики, критерій Колмогорова-Смірнова, кореляційний метод Пірсона, критерій кореляції Спірмена, однофакторний дисперсійний аналіз, критерій Краскела-Уоліса, критерій Манна-Уїтні, регресійний аналіз.

Дослідницька вибірка. У дослідження було залучено 62 респонденти, з них 12 жінок та 50 чоловіків віком від 15 до 64 років. Опитування проводилось очно на базі реабілітаційного центру «Новий шлях» в м.Київ та онлайн за допомогою Google forms. Очно збирались дані серед осіб, що проходили стаціонарну програму реабілітації в реабілітаційному центрі на момент проведення дослідження. Онлайн опитування проводилось серед осіб, які закінчили стаціонарну та перейшли на амбулаторну програму, яка не вимагає постійної присутності в центрі, а також серед тих осіб, які раніше лікувались в цьому закладі і на момент дослідження підтримували тверезий спосіб життя.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що

вперше

- встановлено зв'язок агресивності, фрустрації почуття власної гідності, емоційної нетолерантності, фрустраційної нетолерантності з готовністю до змін у осіб, залежних від ПАР;
- визначено вплив агресивності на готовність до змін залежних від ПАР осіб;

набули подальшого розвитку:

- положення про зв'язок особистісних властивостей, а саме тривожності, депресії, нейротизму, доброзичливості, екстраверсії,

- відкритості досвіду, усвідомленості та тривалості тверезості з готовністю до змін у осіб, залежних від ПАР;
- розуміння впливу тривожності, депресії, нейротизму, екстраверсії, відкритості досвіду та тривалості тверезості на готовність до змін у осіб, залежних від ПАР;
 - положення про відмінності особистісних властивостей жінок та чоловіків у їх зв'язку з готовністю до змін та у впливі на неї.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосовувати отримані результати дослідження психологами та психотерапевтами реабілітаційних центрів у роботі з особами, залежними від ПАР, при плануванні лікування цих осіб та розробки інтервенцій з метою підкріплення та посилення їх готовності до змін.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечено обґрунтованою методологічною концепцією дослідження та теоретичною основою для сформульованих гіпотез; репрезентативністю вибірки та використанням валідного і надійного психодіагностичного інструментарію, що узгоджується з метою і завданнями дослідження; сучасними методами математичної статистики для якісного та кількісного аналізу здобутих емпіричних даних; підкріпленням отриманих результатів дослідження теоретичним обґрунтуванням.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 126 найменування, з них – 107 іноземною мовою, та 4 додатки. Дослідження містить 34 таблиці і 5 рисунків. Основний зміст викладено на 108 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 133 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

1.1. Наукові підходи до вивчення готовності до змін

За словниковими тлумаченнями, поняття «готовність» визначається як «бажання зробити що-небудь», як «стан і властивість людини, яка може та бажає щось виконати». Поняття «готовність» походить від слова «готовий», яке у тлумачному словнику А. Івченка трактується як «який підготувався до чого-небудь», «який схильний до чого-небудь або виявляє бажання зробити що-небудь», «який знаходиться у стані, близькому до чого-небудь». За словником синонімів, тотожними поняттю «готовність» є слова «здатність», «прагнення», «спроможність» [18].

В науковій літературі ми виявили різні погляди на визначення поняття готовності. Дослідники та вчені розглядають його як психічний стан, як особистісну рису чи як поєднання певних рис, як інтегральне утворення [11].

Як психологічний феномен «готовність» трактується на основі двох підходів – функціонального та особистісного. За функціональним підходом, готовність є тимчасовим психічним станом, який дає можливість реалізувати певну діяльність на високому рівні. На виникнення цього стану впливають індивідуальні характеристики особистості, контекстуальні фактори та сама діяльність і її завдання. Відповідно до особистісного підходу, готовність розглядається як ієрархізоване інтегральне утворення особистості, в структурі якого містяться мотиваційний, когнітивний, операційний, емоційно-вольовий компоненти. Це утворення є стійким і формує такі особистісні характеристики людини, як цінності, переконання, інтереси, потреби тощо [13].

При аналізі україномовного сегменту психологічної наукової літератури в термінологічному полі «готовності» ми виявили такі поняття, як «психологічна готовність», «готовність до дії», «готовність до діяльності», «готовність до професійної діяльності», «професійна готовність», «готовність до творчої праці», «готовність до змін» [9].

Ми зосередили свою увагу на феномені готовності до змін (англ. *readiness to change*), що стосується готовності індивіда змінювати свою поведінку. У психологічній літературі особистісна готовність до змін розглядається як важлива передумова будь-якої цілеспрямованої діяльності, її регулювання, стабільності та ефективності. Вона є станом психічних функцій, що сприяє отриманню результатів у виконанні діяльності, допомагає розвивати здібності, ініціативність та наполегливість у досягненні важливих цілей протягом усього життя [12].

І.В. Бринза визначає готовність до змін як «психічний стан, що займає проміжне положення між психічними процесами і властивостями особистості, утворюючи функціональний рівень, на тлі якого розвиваються процеси, необхідні для забезпечення результативності життєдіяльності» [6].

О.С. Колесніченко пов'язує готовність до змін з теорією установки Д.Узнадзе, за якою готовність є специфічним станом, що спричиняється певною потребою індивіда і спрямовується на виконання певних дій, які сприятимуть задоволенню наявної потреби. Установка є одним із компонентів структури цілеспрямованої дії і внутрішньою складовою людини як організованої системи. При цьому в структурі установки вченими виділяються афективний (емоції), інтелектуальний (думки, переконання) та поведінковий (навички, реакції) компоненти [10].

А. Armenakis з колегами [93] визначають готовність до змін як міру, якою індивід когнітивно та емоційно схильний прийняти і впровадити певний план для цілеспрямованої зміни статусу кво. Вчені запропонували свою модель готовності до змін, згідно з якою зовнішній фактори, внутрішні чинники та

особистісні характеристики індивіда викликають когнітивну та афективну готовності до змін, які разом впливають на поведінку, направлену на підтримання процесу змін.

Відсутність готовності до змін викликає внутрішній опір, призводить до помилкового вибору стратегій та поведінкових моделей. Натомість сформована в індивіда готовність до змін розширює арсенал його можливих поведінкових схем, рішень та способів досягнути мети і сприяє підвищенню мотивації [5].

Готовність до змін розуміють як складний багатокомпонентний конструкт, що пов'язаний з певним етапом процесу зміни [6]. В науковій літературі ми виявили низку теорій та моделей, що описують процес поведінкових змін та феномен готовності до змін в його структурі. До найбільш релевантних меті нашої роботи відносяться:

- теорія змін Курта Левіна;
- соціально-когнітивна теорія Альберта Бандури;
- теорія самодетермінації Е. Дісі-Р. Раяна;
- транстеоретична модель зміни Дж. Прохазки, К. ДіКлементе.

На думку психолога і дослідника Курта Левіна, поведінка людини зумовлюється «тотальністю співіснуючих фактів, що сприймаються як взаємозалежні» [122]. Людина існує у психологічному полі, яке є сукупністю певних сил, що діють на неї: індивід в певній ситуації зі своїми потребами, переконаннями та здібностями до сприйняття; а також когніції та мотивація. Когніції допомагають зрозуміти, що зробить людина, куди буде спрямована її поведінка; а мотивація прогнозує, чи буде реалізована ця поведінка та якою мірою [54].

Курт Левін запропонував триступеневу модель, за якою процес змін відбувається в три фази – підготовка («розморожування»), рух («зміна») та повторне заморожування. На підготовчому етапі відбувається усвідомлення того, що зміна необхідна, та усунення обмежень існуючої системи переконань,

цінностей та поведінкових патернів. Далі настає фаза руху, протягом якої індивід переходить до нових типів поведінки та формує нову більш бажану систему переконань та цінностей. На етапі повторного заморожування успішні результати «заморожуються», гарантуючи закріплення новонабутих звичок, переконань, цінностей тощо [75].

Всесвітньо відомий психолог Едгар Шейн, який також вивчав питання готовності до змін, поклав теорію Курта Левіна в основу своєї моделі. На його думку, всі форми змін розпочинаються з невдоволення чи фрустрації, викликаних поточними умовами, які руйнують очікування, надії та перешкоджають задоволенню потреб і досягненню цілей. Це перша фаза процесу, коли з'являється готовність та мотивація до змін. На цьому етапі необхідно визначити та визнати причину невдоволення.

На другому етапі важливо виробити чітке визначення бажаного стану, по якому можна відзначити, що зміна відбулась. Шейн описує цей процес як когнітивне реструктурування. Це фаза переходу від наміру до активних дій, формування та впровадження нової системи переконань, звичок, поведінкових моделей тощо. Остання фаза – фаза повторного заморожування – включає розвиток нової Я-концепції та ідентичності і закріплення нової поведінки в міжособистісних відносинах [105].

Однією з фундаментальних теорій пояснення людської поведінки, яка знайшла своє застосування в багатьох напрямках психології (соціальна, клінічна, освітня, психологія особистості, здоров'я тощо), є соціально-когнітивна теорія Альберта Бандури. Її основним конструктом є концепція самоефективності. На думку вченого, одна лише віра в отримання позитивних результатів від певної поведінки та їх привабливість є недостатніми для активації мотивації. Для цього потрібна також віра в свою ефективність і спроможність реалізувати цю поведінку. Самоефективність має значний вплив на готовність до змін. Людина може очікувати, що певні дії приведуть її до бажаного результату, однак сумніви в тому, чи зможе вона виконати ці дії,

можуть її зупинити. Оцінка власної ефективності впливає на вибір поведінки: люди намагаються уникати тих ситуацій, в яких вважають себе нездатними їх розв'язати. Очікування щодо власної ефективності визначають, скільки зусиль людина буде докладати та як довго це робитиме, щоб досягти бажаних змін, і чи взагалі розпочне цей процес. Джерелами самоефективності є досвід власних досягнень, спостереження за досягненнями інших, вербальні переконання та власний психологічний стан [29].

Зазвичай говорять про негативні наслідки низької самоефективності. Однак в деяких випадках її високі показники також можуть вказувати на руйнівні наслідки для людини. Наприклад, особи, залежні від ПАР, вірять в контрольоване вживання психоактивних речовин і не визнають наявної у них проблеми, а відтак не готові щось змінювати [17].

Концепція самоефективності А. Бандури стала підґрунтям для розвитку низки інших теорій поведінкової зміни. Так, в теорії спланованої поведінки Ісаак Айзен [22] запропонував поняття сприйнятого поведінкового контролю, який є детермінантою наміру. Власне, ключовим аспектом процесу зміни поведінки є контроль над можливостями, ресурсами та навичками, необхідними для реалізації поведінки. Ісаак Айзен розглядав такий контроль як комбінацію двох компонентів – самоефективності (оцінка легкості чи складності нової поведінки) та контрольованості (міра, якою реалізація поведінки залежить від її автора). Сприйнятий поведінковий контроль можна використовувати для прогнозування поведінкових змін [24].

Аарон Антоновський об'єднав теорії самоефективності, навченої ресурсності та копінгових навичок і запропонував конструкт відчуття когеренції (узгодженості) (англ. Sense of Coherence, SOC). Він пов'язаний з готовністю до змін, яка містить в своїй структурі здатність людини справлятися зі щоденними труднощами, вирішувати проблеми та підтримувати поведінку, націлену на здоров'я. Відчуття когеренції – це комбінація здатності людини оцінювати та розуміти ситуацію, в якій вона

опинилась, знаходити сенс рухатися у позитивному напрямку в континуумі «здоров'я-нездоров'я» і мати здатність це робити. Ця концепція визначається як «глобальна орієнтація, що виражає міру того, наскільки людина має стійке, хоча й динамічне почуття впевненості в тому, що: 1) стимули, які надходять з внутрішнього та зовнішнього середовища людини в процесі життя, є структурованими, передбачуваними та зрозумілими; 2) існують ресурси, доступні для задоволення вимог, які виникають через ці стимули; і 3) ці вимоги є викликами, вартими вкладення зусиль». Ці три компоненти - зрозумілість, керованість та осмисленість - вважаються тісно пов'язаними і утворюють поняття "відчуття когеренції" [82].

Автори теорії самодетермінації Е. Дісі та Р. Раян [100] зробили акцент на внутрішній мотиваційній схильності людини до цілісності та психологічного розвитку. Внутрішньо мотивована людина може автономно рухатися до нових викликів, до діяльності, яка її цікавить, збагачувати свій досвід та відкрито асимілювати нове. Однак ці тенденції не є автоматичними та потребують підтримуючих умов для того, щоб залишитися стійкими. Для здорового розвитку особистості необхідна підтримка базових психологічних потреб людини. Е. Дісі та Р. Раян виділяють три фундаментальні потреби - в автономності, компетентності та зв'язку з іншими людьми. Автономність стосується відчуття ініціативності та власного авторства своїх дій. Їй сприяє цікавість до певної діяльності та її цінність для індивіда. Компетентність пов'язана із відчуттям своєї майстерності, здатності досягати успіху та розвиватися. Зв'язок з іншими дає відчуття приналежності, зв'язаності, йому сприяють прояви турботи та поваги.

Фрустрація будь-якої з цих базових потреб розглядається як руйнівна для мотивації та благополуччя людини [100]. Мотивація завжди пов'язана з енергією, направленістю та наполегливістю у досягненні цілей, тобто з усіма аспектами, які відповідають за реалізацію намірів. Вона лежить в основі біологічної, когнітивної та соціальної регуляції. Хоча людей можна спонукати

до дії різними факторами, в процесі своїх спостережень Е. Дісі та Р. Раян прийшли до висновку, що люди з автентичною мотивацією, чи самомотивацією, проявляють до діяльності більше інтересу, творчості, наполегливості та демонструють кращі результати, вищу вітальність, почуття власної гідності та загальне благополуччя у порівнянні з тими, хто змотивований зовнішніми чинниками, навіть якщо люди мають схожі очікування своєї ефективності щодо означеної діяльності [101].

Коли мова йде про осіб, залежних від психоактивних речовин (ПАР), часто доводиться мати справу з опором до зміни. Особи, залежні від ПАР, мають репутацію надмірно стійких до змін або таких, що не бажають змінюватися. Дж. Прохазка, К. ДіКлементе, Дж. Норкросс, відомі дослідники питань залежності та поведінкових змін, бачили проблему цього в неузгодженості лікування з рівнем готовності людини до змін та її індивідуальним шляхом у процесі змін. Тож вони створили своєрідну «дорожню карту» процесу змін – Транстеоретичну модель (ТТМ), або Модель готовності до змін. Вона є однією з найпоширеніших моделей поведінкової зміни, яка застосовується при лікуванні залежності від ПАР [114].

Дослідження, які вивчали інтервенції з метою поведінкової зміни, свідчать, що інтервенції, засновані на певній теоретичній моделі, є більш ефективними у зміні пов'язаних зі здоров'ям поведінкових патернів, аніж ті інтервенції, що не мають теоретичного підґрунтя [117].

ТТМ описується як транстеоретична, оскільки вона охоплює декілька теорій – когнітивну, мотиваційну, соціально-когнітивну теорію та теорію запобігання зриву. За цією моделлю, інтервенції зазвичай направлені на оцінку поточної готовності індивіда приймати ідеї поведінкової зміни та надання інформації, яка допоможе йому наблизитися до вчинення бажаної дії [85]. Тобто ТТМ допомагає координувати терапевтичні інтервенції відповідно до тієї стадії зміни, на якій перебуває людина.

Основним конструктором Транстеоретичної моделі є Стадії зміни. Дж.Прохазка та К. ДіКлементе вважають, що зміна поведінки – це тривалий процес, протягом якого індивід проходить п'ять стадій:

- стадія, що передує роздумам: людина на цьому етапі не думає про зміну поведінки; вона або не вважає її проблемною, або втратила надію щось змінити через невдалі попередні спроби;
- стадія роздумів: у людини з'являється думка про зміну поведінки; вона зважує позитивне та негативне в поточній поведінці і розмірковує про втрати, користь та наслідки від поведінкової зміни;
- підготовка: людина на цій стадії прийняла рішення та готова змінюватися і вже робить певні кроки в цьому напрямку; ключовим завданням цього етапу є фокус на трансформаційних зусиллях, створення та дотримання ефективного прийнятного плану;
- дія: це стадія вчинення безпосередніх дій по зміні поведінки відповідно до плану;
- підтримка: закріплення нової поведінки та її інтеграція у життя людини.

Перехід від стадії до стадії є не лінійним, а циклічним чи спіральним: в певний момент людина може повернутися на попередні стадії. Ключовими предикторами руху між стадіями є баланс прийняття рішень та самоефективність: баланс прийняття рішень стосується переваг та недоліків, що асоціюються з певною («ною») поведінкою, самоефективність пов'язана з почуттям впевненості індивіда у своїй здатності реалізувати цю поведінку [27].

К. ДіКлементе з колегами виділяють 10 процесів, які забезпечують рух по стадіях моделі: п'ять експеріментальних процесів (мислення та сприйняття: усвідомленість, емоції, самооцінка, оцінка оточення, соціальні альтернативи) та п'ять поведінкових процесів (дії та поведінка: контроль стимулів, контробумовлення, підкріплення, свобода вибору, підтримуючі відносини)

[92]. Основною метою Транстеоретичної моделі є створення плану дій, який допоможе індивіду запобігти зриву та підтримувати тверезість [94].

Деякі дослідники критикують Транстеоретичну модель, вказуючи на те, що вона не дає відповіді на важливі питання, такі як, наприклад, чому індивід знаходиться на стадії роздумів, про що саме він розмірковує. Тобто Модель готовності до змін не пояснює повністю, чому люди готові чи не готові до змін [36]. На готовність до змін впливає багато факторів, включаючи цілі, переконання, моделі поведінки, оточення, а розуміння причин недостатньої готовності до змін є відправною точкою в плануванні інтервенцій, націлених на розвиток та підтримку цієї готовності.

На думку британських дослідників N. Burrowes та A. Needs [36], Транстеоретична модель спрощує та занадто підкреслює роль прийняття рішень індивідом і недостатньо враховує роль контекстуальних факторів. Вони вважають, що ризик такого підходу полягає в тому, що він покладає відповідальність за ініціацію та підтримання зміни на індивіда, не дає можливості відповідним чином зрозуміти опір змінам та залишає індивіда не підготовленим до підтримання нової поведінки при зміні контекстуальних факторів.

N. Burrowes та A. Needs запропонували свою структуру готовності до змін (англ. the Readiness to Change Framework), її концепцію та основні конструкти. В межах цієї структури було розроблено дві моделі: Модель контексту зміни (англ. the Context of Change Model), яка описує контекстуальні фактори, що впливають на готовність до змін, та Модель бар'єрів до змін (англ. the Barriers to Change Model), яка описує 10 бар'єрів на шляху до змін. Описуючи процес змін автори вдаються до метафори ріки. Зміна може відбуватися поступово або раптово, природно протікати або ж її напрям змінюється штучно – так само, як ріка в різних місцях на своєму шляху зазнає впливу погоди, її приток, геології місця, де вона протікає, і все це визначає характер та напрямок її течії. На процес зміни впливають зовнішні та

внутрішні фактори і наслідки більш ранніх подій. Як і ріка, зміна розглядається як щось, на що ми можемо вплинути і певним чином направити, однак не те, що ми можемо повністю контролювати.

Модель контексту зміни ілюструє контекст, в якому відбувається зміна. Він має потенціал впливати на готовність індивіда до змін і дає можливість зрозуміти, чому індивід може бути готовим чи не готовим. Основні компоненти цієї моделі складають:

- індивідуальний внутрішній контекст (очікування, я-концепція, соціальні норми, стиль прив'язаності, стиль копіngu, ригідність, цілі, демографічні фактори),
- каталізатор зміни (подія, відносини, програма реабілітації тощо)
- середовище, в якому зміна може відбуватися (безпосереднє оточення, сім'я, друзі);
- загальний соціальний та культурний контекст.

Ці компоненти можуть впливати на готовність до змін прямо або опосередковано через взаємодію один з одним.

В Моделі бар'єрів до змін N. Burrowes та A. Needs виділяють наступні 10 перешкод, що можуть виникнути у процесі зміни:

1. Сприйняття важливості зміни у порівнянні з іншими конфліктуючими цілями (інші цілі індивіда можуть бути не сумісні з ціллю змінити свою залежну поведінку);
2. Потреба зміни (відсутність усвідомлення та визнання наявної проблеми);
3. Рівень особистої відповідальності за зміну (нездатність визначити міру своєї відповідальності, перекладання її на зовнішні фактори);
4. Аналіз втрат та здобутків від зміни (відчуття, що здобутки від зміни не варті втрат, які вона може спричинити);
5. Відчуття терміновості зміни (відсутність відчуття, що зміни потрібні негайно, може бути причиною, чому людина не починає змінюватися);

6. Особиста здатність змінюватися (невіра індивіда в те, що він може змінитися);
7. Особиста здатність підтримувати «нову» поведінку (впевненість індивіда в тому, що він не зможе підтримувати нову модель поведінки тривало);
8. Втрати, що асоціюються із засобами, необхідними для зміни (необхідні інструменти: навчання, відвідування груп АА/АН, проходження реабілітаційної програми тощо);
9. Прийнятність та ефективність засобів, необхідних для зміни (власні уявлення індивіда про прийнятність та ефективність того чи іншого інструменту зміни);
10. Реалії зміни (оцінка актуальної готовності індивіда до змін).

Перші 7 бар'єрів демонструють бажання людини змінюватися. Вони відповідають на питання «Чи хоче індивід інвестувати свою енергію у процес зміни?» Наступні два бар'єри вказують на бажання людини застосовувати специфічні інструменти, необхідні для зміни, і корисні для оцінки «бажання лікуватися». Десятий бар'єр стосується реалій зміни, які можуть впливати на готовність індивіда. Сюди відносяться особистісні обмеження, проблеми з обраними інструментами, недостатність ресурсів, нездатність застосувати нові знання в нових сферах тощо [36].

На основі своєї моделі готовності до змін N. Burrowes та A. Needs висувають наступні припущення:

- Готовність до змін – нелінійний, динамічний, мінливий процес;
- На готовність до змін впливають внутрішні та зовнішні фактори;
- Зміна поведінки включає усунення бар'єрів. Якщо бар'єри усуваються, зміна відбудеться.
- Бар'єри для зміни є типовими для всіх видів поведінки [36].

Цікавою і важливою для розуміння механізмів розвитку готовності до змін в осіб, залежних від ПАР, є Модель «навчальних моментів» (англ. teachable moments) С. McBride [76]. Відповідно до цієї моделі, мотивація до

поведінкової зміни виникає на основі природних подій, які змушують людину спонтанно приймати рішення на користь поведінки, що зменшує ризики для здоров'я. Для визначення того, чи має певна подія потенціал стати «навчальним моментом», С. McBride з колегами пропонують враховувати три основні аспекти: наскільки ця подія (1) підвищує сприйняття особистого ризику та очікування результатів, (2) викликає сильні емоційні або афективні реакції та (3) змінює я-концепцію чи соціальну роль [76].

Як відомо, емоційні реакції впливають на індивідуальні судження про значимість події. Автори припускають, що події зі значним емоційним компонентом (негативним або позитивним) стають більш значущими для індивіда і тому більш ймовірно будуть «навчальними моментами» для зміни нездорової поведінки [70]. Також люди вбачають більшу особисту значущість у подіях, які загрожують їх самооцінці або підвищують її, підривають або підсилюють відчуття особистого контролю. Події з такими характеристиками зазвичай викликають сильніші когнітивні, емоційні та фізіологічні реакції, ніж нейтральні події, і також можуть бути «навчальними моментами» [76].

Концепція навчального моменту С. McBride значною мірою базується на Моделі уявлень про здоров'я (англ. Health Belief Model), яка підкреслює роль "сигналів до дії", що впливають на сприйняття загрози негативних наслідків і можуть спонукати до здорової поведінки [71]. При залежності від ПАР негативні наслідки для здоров'я, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, можуть стати потужним мотиватором для припинення вживання ПАР [109].

Отже, мотивація є основою зміни. Ступінь мотивації індивіда та його готовність до поведінкової зміни часто є предиктором результату цієї зміни. Вчений та дослідник W. Miller [78], який присвятив свою наукову діяльність вивченню та лікуванню залежностей, досліджував питання, чому люди змінюються та яким чином це відбувається. Він звернув увагу на те, що часто люди змінюються (наприклад, припиняють палити, вживати алкоголь чи

наркотики) без сторонньої допомоги спеціалістів чи груп взаємодопомоги (таке явище називають «спонтанною ремісією»). Дослідник прийшов до висновку, що незалежно від наявності чи відсутності лікування люди проходять одні й ті ж стадії і процеси змін. І лікування можна розглядати як фактор, що сприяє природньому процесу змін.

В структурі мотивації W. Miller з колегами виділяють три критично важливі компоненти: бажання, здатність та готовність до зміни. Говорячи про бажання зміни, дослідники мають на увазі міру, якою індивід хоче, бажає чи має прагнення змінитися, тобто такий параметр як сприйнята важливість певної зміни. Також його можна трактувати як усвідомлення розбіжності між поточним станом та метою, між тим, що відбувається зараз і тим, в чому людина бачить цінність в майбутньому. Поки поточна реальність знаходиться в межах бажаного, зміни не відбудеться. Іноді людина відчуває бажання, але не здатна змінитися, оцінює свої шанси песимістично і не вірить в свою здатність (самоефективність) щось змінити. Однак комбінації визнання важливості зміни та впевненості в своїй здатності змінитися може бути не достатньо. Важливим є третій параметр – готовність до зміни. Він залежить від пріоритетів: людина може бажати змінитися, однак вважати, що ця зміна не є найважливішою справою на даний момент.

Ці три параметри – бажання, здатність та готовність – пов'язані один з одним. Людина, яка не розглядає зміну як важливу чи можливу, вірогідно, не готова змінюватися. Дослідники визначили таку низку ознак готовності до змін у людини із залежністю від ПАР:

- зменшення опору (в консультуванні, в психотерапії);
- зменшення розмов про проблему та очікування наступного кроку;
- прийняття рішення, після якого індивід стає більш спокійним та розслабленим;
- розмови про зміни, недоліки поточної ситуації та переваги нової поведінки, оптимізм щодо змін та наміри змінюватися;

- запитання щодо зміни: індивід може цікавитися, що йому робити далі, як люди взагалі змінюються, коли приймають таке рішення;
- прогнозування: індивід говорить про те, яким буде його життя після змін, про їх позитивні наслідки;
- експериментування: індивід починає впроваджувати певні дії після сесій з консультантом/психотерапевтом та експериментувати з новою поведінкою [78].

W. Miller та J. Tonigan [78] вимірюють ступінь готовності до змін за трифакторною шкалою «Шкала готовності до змін і прагнення до лікування» (англ. The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scales, SOCRATES), яка містить субшкали: Визнання проблеми (Recognition), Амбівалентність (Ambivalence) та Вчинення дій (Taking Steps).

Особи із залежністю від ПАР різняться між собою за показником тяжкості свого захворювання, наявністю коморбідних розладів внаслідок вживання ПАР та рівнем готовності до зміни [49]. Якщо особа не готова до змін, рекомендації щодо дій, які необхідно здійснити для зміни залежної поведінки, можуть бути недоречними і передчасними та викликати опір. З огляду на це, W. Miller та S. Rollnik [78; 99] розробили метод мотиваційного інтерв'ю, який враховує ступінь амбівалентності та готовності особи до змін в процесі її лікування. Завдання спеціаліста в ході мотиваційного інтерв'ю полягає у визначенні готовності індивіда до змін та у виборі відповідної стратегії, що сприятиме формуванню самомотивації змінити поведінку. За допомогою спеціальних технік консультант відображає мотивуючі висловлювання людини і допомагає знайти її власні мотиви до самозміни.

Готовність до зміни є важливим аспектом при плануванні лікування залежності від ПАР. Спираючись на результати досліджень, спеціалісти з різними підходами до лікування осіб із залежністю особливо сфокусовані на мобілізації та підтримці готовності людини до змін [79]. Дослідники звернули увагу на те, що є люди, готові змінювати залежну поведінку, не звертаючись за

допомогою до спеціалістів і маючи намір кинути вживати ПАР самостійно, і є люди, які вже проходять лікування, однак не завжди мають мотивацію до змін.

Зважаючи на цей факт, підтверджений дослідженнями, J. Freyer з колегами [58] також розрізняють готовність до зміни залежної поведінки (наприклад, готовність кинути пити алкоголь чи вживати наркотики) і готовність до лікування залежності. Кожний з цих конструктів надає важливу інформацію для адаптації стратегій інтервенцій у відповідності до потреб пацієнта, його сильних сторін та прагнень. Вчені пропонують розглядати загальну готовність людини до змін як комбінацію цих двох конструктів, щоб уникнути помилок у плануванні лікувальних програм.

К. ДіКлементе [49] також вказує на важливість розрізнити готовність до змін і готовність до лікування в осіб, залежних від ПАР. За результатами досліджень, ступінь готовності до змін є більш важливим предиктором вживання алкоголю після лікування, ніж готовність до лікування. Однак найкращі результати виявляються у тих осіб, які висловлюють готовність і до змін, і до лікування. К. ДіКлементе визначав готовність до змін як мотиваційний стан, на який значно впливають когнітивні, афективні, міжособистісні фактори та фактори оточення.

Деякі дослідники ототожнюють поняття мотивації до змін та готовності до змін [115]. Дослідниця Kate V. Carey з колегами [38] пропонують розрізнити «готовність до зміни» та «мотивацію до зміни». На їх думку, «готовність до зміни» є всеохоплюючим конструктом, а «мотивація до зміни» може розглядатися як внутрішній когнітивний/афективний стан, який є необхідним для поведінкової зміни (чи підтримання цього процесу). Готовність до зміни, з іншого боку, є ширшим конструктом, що відображає низку факторів, які разом вказують на вірогідність того, що особа почне (чи продовжить) змінювати свою залежну поведінку.

Готовність до зміни включає мотивацію до зміни, а також інші фактори, наприклад, поведінкові навички та підтримуючі зовнішні фактори. Дослідники

пропонують вимірювати готовність до змін за когнітивно-афективними та поведінковими параметрами. Когнітивні та афективні параметри можуть включати такі конструкти, як очікування результату, баланс прийняття рішення та самоефективність. Поведінкові параметри включають звернення за допомогою, а також участь у групах лікування залежної поведінки та/чи групах самопомоги [39].

Важливим є і погляд на готовність до змін як на процес. При такому підході вона розглядається зазвичай як частина більшого процесу. Так, дослідниця J. Fleury [44] визначила тристадійний процес зміни, першою стадією якого є оцінка готовності. Цей процес запускається, коли індивід стикається із певним тригером і більше не може підтримувати статус кво. Cindy C. Dalton та Laurie N. Gottlieb [44] пропонують свою концепцію готовності до змін. Вони розглядають її і як стан, і як процес. За їх теорією, процес формування готовності проходить три фази: 1) усвідомлення, що щось потрібно змінити, 2) зважування втрат та здобутків від зміни, 3) планування дії. Перша фаза визначає міру того, наскільки індивід усвідомлює свою потребу здійснювати зміну. На другій фазі людина розглядає переваги та недоліки, що асоціюються зі зміною. На третій фазі відбувається процес планування конкретних дій для зміни. Дослідники виділяють три ступеня готовності до змін – низька готовність, невизначеність/амбівалентність та висока готовність.

Для вимірювання готовності до змін в осіб, залежних від ПАР, застосовуються різні інструменти. До найпоширеніших з них відносяться:

- *URICA* (англ. the University of Rhode Island Change Assessment Scale; Шкала оцінки зміни Університету Род Айленду): ця чотири-факторна суб'єктивна методика була розроблена К. ДіКлементе на основі Транстеоретичної моделі і призначена для дослідження готовності до змін за чотирма шкалами: стадія перед роздумами, стадія роздумів, стадія дії та стадія

підтримки зміни. За результатами досліджень, методика є чутливою для вимірювання готовності до змін в осіб, залежних від ПАР [63].

- *SOCRATES* (англ. the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; Шкала готовності до змін і прагнення до лікування): авторами цієї методики є дослідники W.Millet та J.Tonigan. Вона також спирається на ТТМ, однак є трифакторною та досліджує визнання проблеми (Recognition), амбівалентність (Ambivalence) та Вчинення дій (Taking Steps) в когорті осіб, залежних від ПАР [89].

- *The Readiness Ruler* (Лінійка готовності): розроблена S. Rollnic для вимірювання ступеню важливості для людини бажаних особистісних змін та її впевненості у здатності здійснити ці зміни [62].

- *Readiness to Change Questionnaire* (Опитувальник готовності до змін): заключний варіант цього опитувальника спирається на методики URICA та SOCRATES, його авторами є вчені S. Rollnic, N. Heather, R. Gold, W. Hall. Цей опитувальник є трифакторним і досліджує стадію перед роздумами, стадію роздумів та стадію дії [98].

В ході нашого дослідження ми виявили в україномовних наукових публікаціях описи досліджень із застосуванням методики «Особистісна готовність до змін» (англ. PCRS: “Personal change-readiness survey”) в адаптації дослідниць Н.А. Бажанової й Г.Л. Бардієр, які посилаються на оригінальну методику вчених S. Rollnic, N. Heather, R. Gold, W. Hall. Однак у зазначених вчених немає методики, яка б відповідала структурі та досліджуваним феноменам, які пропонують Н.А. Бажанова та Г.Л. Бардієр в своєму опитувальнику. Натомість ми виявили подібну англomовну методику в авторстві T.J. Jenney, професора з Purdue University [20].

Отже, перш ніж людина зможе створити зміну, їй потрібно стати готовою до неї. Готовність до зміни є важливим предиктором результату лікування в осіб із залежністю від ПАР. Процес готовності включає визнання потреби у зміні, зважування втрат та здобутків і, якщо здобутки переважають,

планування цієї зміни. Бажання змінюватися та вчиняти відповідні дії визначає рівень готовності людини до зміни. Важливими компонентами процесу готовності до зміни є мотивація, самоефективність, поведінковий контроль, активна участь в процесі зміни, наявні ресурси, а також інші фактори, наприклад, поведінкові навички та підтримуючі зовнішні фактори. Дослідники визначили стадії зміни та готовності до зміни, виявили бар'єри та запропонували низку психо-соціо-емоційних чинників, які впливають на перехід індивіда від стадії до стадії.

1.2. Проблема готовності до змін в умовах залежності від психоактивних речовин

В контексті залежності від ПАР та готовності до змін важливо висвітлити декілька аспектів, які відіграють важливу роль у процесі зміни залежної поведінки. Перший аспект – це рецидив. Власне, він є однією з найбільших проблем у цьому контексті, адже суттєвий відсоток осіб, які проходять чи пройшли лікування залежності, знову повертаються до вживання ПАР через деякий час. За даними досліджень, рецидив стається приблизно у 30% осіб протягом першого року після стаціонарного лікування та у 40–60% осіб протягом двох років [70].

Коли ми говоримо про процес зміни, то маємо на увазі певний послідовний шлях. Однак у людей із залежністю від ПАР цей шлях не лінійний: процес одужання та проходження стадій зміни часто супроводжується регресією, рецидивами та повторним проходженням попередніх стадій. Залежність розглядається вченими як хронічне рецидивуюче захворювання.

Оскільки рецидив є частим явищем при залежності від ПАР, автори Транстеоретичної моделі змін розмірковували, чи можна розглядати рецидив як окрему стадію змін [47]. Однак вони виявили, що люди, у яких стався рецидив, складають неоднорідну групу: хтось відмовляється від подальших

спроб, а хтось планує наступну спробу. Отже, рецидив не можна було вважати окремою стадією, а спостереження привели до розуміння циклічності процесу змін у більшості людей. Це означає, що після рецидиву одна людина може повернутися до стадії перед роздумами, а інша – до стадії роздумів чи підготовки.

Рецидив може відбутися на різних етапах процесу змін. Для одних спроба змінити поведінку може тривати лише кілька годин чи днів перед рецидивом, у інших рецидив може статися після тривалого часу підтримання тверезості. Також різняться і кількість спроб, необхідних для досягнення мети: дослідження виявили діапазон від 5-6 до 20 чи 30 серйозних спроб одужати від залежності [47].

Рецидив пояснюється як порушення поведінки, пов'язаної зі вживанням ПАР, або повернення до тих рівнів вживання ПАР, що були до лікування, або продовження вживання ПАР після певного періоду тверезості [52]. Однак дослідники не дійшли консенсусу щодо єдиного визначення цього явища. Можливим поясненням цьому можуть бути різні результати складного процесу зміни.

Деякі дослідники вважають, що рецидив необхідно інтерпретувати лише в контексті цілі поведінкової зміни і оцінювати з точки зору самої людини, яка намагається змінитися. Рецидив настає тоді, коли особа припиняє намагатися досягти своєї мети змінитися, незалежно від кількості та частоти вживання і незалежно від того, чи це відбувається на ранніх стадіях зміни чи після тривалого періоду підтримки. Такий підхід допомагає залишатися зосередженим на довгостроковому процесі змін і підтримує мотивацію продовжувати роботу над собою навіть за наявності труднощів і «зривів» [47].

J. Prochaska [92], один із авторів Транстеоретичної моделі готовності до зміни, вважав важливим не розглядати рецидив як невдачу. Його слід сприймати як «можливість переоцінити тригери, переглянути мотивацію до змін, проаналізувати старі або нові перешкоди на шляху до досягнення мети та

спланувати сильніші варіанти дій на випадок непередбачуваних ситуацій. Важливо визнати можливість рецидиву та усвідомити його як потенціал для зростання і вдосконалення».

Причини рецидиву різняться залежно від індивідуальних особливостей кожної людини. До основних факторів, що спричиняють повернення особи до вживання ПАР, відносять тривожність, депресію, сильний потяг до ПАР, ворожість, ранній початок вживання ПАР, низький самоконтроль, погане управління стресом, наявність дитячих травм, втома або нудьга, втечу від реальності, а також соціальні та міжособистісні фактори [52].

Потяг до вживання ПАР є невід'ємною частиною залежності і найчастішою причиною повернення особи до вживання психоактивних речовин. Його можуть викликати зовнішні (події, люди, місця, все, що нагадує про вживання) та внутрішні (почуття тривоги, депресії, нудьги) фактори. Потяг часто з'являється хвилеподібно і є тимчасовим явищем. Інтенсивність цього відчуття, особливо на початку лікування залежності, може переживатися людиною як настільки висока, що важко повірити, що з ним можливо справитися за допомогою консультування, психотерапії, груп підтримки та інших інструментів, що використовуються в процесі лікування [113].

Є дані досліджень в когорті осіб, залежних від алкоголю, які свідчать, що інтенсивність потягу може змінюватися залежно від цілей людини: ті особи, які мають високу мотивацію змінити свою залежну поведінку, можуть відчувати більше бажання, оскільки алкоголь, по суті, є для них забороненим. Також встановлено, що зв'язок між потягом та вживанням алкоголю є значно сильнішим у тих осіб, які мали нижчий рівень мотивації до змін на початку лікування [33].

Негативні емоційні стани до лікування, такі як тривога та депресія, також є предикторами рецидиву після лікування. Систематичний огляд досліджень виявив зв'язок між тяжкістю психологічних симптомів пацієнтів і вживанням алкоголю: симптоми депресії до лікування є факторами ризику

раннього рецидиву. Зв'язок між депресією та подальшим вживанням речовин був виявлений також у когорті пацієнтів з кокаїновою залежністю [26].

Відомо, що мотивація до зміни залежної поведінки на початку лікування є важливим предиктором його результатів. Дослідження виявили зв'язок між вищими рівнями мотивації та залученістю до лікування і його завершенням. Деякі вчені, вивчаючи феномен рецидиву, прийшли до висновку, що між готовністю до зміни на початку лікування і вживанням ПАР через рік спостережень (після рецидиву) зв'язку немає [59]. Ці суперечливі дані свідчать про складний механізм проявів залежності та підкреслюють ключову роль готовності до зміни на початку лікування і важливість її розвитку та підкріплення у процесі зміни.

Отже, процес зміни для особи, залежної від ПАР, є циклічним, складним та тривалим, з ремісіями та рецидивами. Коли людина проходить через стадії зміни повторно, відбувається навчання і поступове наближення до стійкої зміни поведінки. Готовність до зміни є ключовою складовою у цьому процесі, однак на неї впливає велика кількість різноманітних факторів, включаючи особистісні властивості залежної людини, які потребують подальшого вивчення.

Інший аспект, що потребує уваги, стосується готовності до лікування залежності в осіб жіночої статі. Механізми розвитку та підтримання адикції до ПАР у жінок та їх шлях до одужання є недостатньо вивченими на сьогодні. Однак, очевидно, за даними низки досліджень, що, у порівнянні з чоловіками, жінки стикаються з певними обставинами, які негативно впливають на їх готовність до зміни залежної поведінки та обмежують доступ до лікування [80].

За даними Всесвітнього звіту про наркотики 2024 року від Управління ООН з наркотиків і злочинності (UNODC), дві третини людей, що вживають психоактивні речовини (канабіс, героїн, кокаїн), становлять чоловіки. Майже рівні частки чоловіків і жінок вживають седативні, транквілізатори та

фармацевтичні препарати. Вживання синтетичних наркотиків спостерігається частіше у жінок. Синтетичні наркотики розглядаються як причина зростання вживання наркотиків серед жінок [121].

За статистикою, менш ніж одна третина осіб, що проходять лікування залежності від ПАР, це особи жіночої статі [80]. Дані досліджень свідчать, що жінки менш схильні звертатися за лікуванням залежності, аніж чоловіки. Дослідники пов'язують це з тим, що на цьому шляху жінки стикаються з низкою перепон: частіші бар'єри до лікування, наприклад, догляд за дітьми, відсутність грошей; культурні норми (стигматизація жіночої залежності); конфлікт між роллю матері та потребою лікування залежності від ПАР [126].

Наприклад, термін «добра мати» описує соціально ідеалізовану ідентичність для жінки, який може ще більше її обмежувати у процесі одужання: зосередження на собі не співпадає з образом матері та її ролі. Це посилює стигматизацію і призводить до того, що жінки відчують осуд за свою ситуацію та відповідальність за добробут дітей. 60% жінок, які відвідують групи Анонімних наркоманів, вважають, що жінок із залежністю сприймають як нечесних, а 40% - що їх сприймають як поганих матерів. Вислови на кшталт «шльондра», «алкоголічка» чи «погана мати» часто асоціюються з жінками, які вживають психоактивні речовини. Чоловіки не стикаються з таким рівнем сорому стосовно їх батьківства. Сором та провина, спричинені суспільним осудом, можуть стати бар'єром для пошуку допомоги та готовності до лікування [41].

Страх втратити права на опіку дітей ще одна причина, чому жінки не звертаються за лікуванням залежності. Хоча батьківство може стати сильним стимулом брати активну участь у процесі одужання, якщо жінка звернеться за лікуванням [41].

В історіях жінок, що стикались із залежністю від ПАР, часто зустрічаються різні форми насильства: насильство з боку партнера, сексуальне насильство в дитинстві та домашнє насильство. Тому деякі жінки відчують

дискомфорт у змішаних гендерних групах, що вказує на гендерно специфічні бар'єри на шляху до одужання через травми [41].

Програми лікування залежності від психоактивних речовин історично орієнтовані на чоловіків і можуть не враховувати потреби жінок [106]. Однак, в траєкторіях одужання спостерігаються значні гендерні відмінності. Наприклад, жінки частіше повідомляють про потреби, пов'язані з психічним здоров'ям і стосунками з дітьми або партнерами, чоловіки частіше вказують на потреби, пов'язані з фізичним здоров'ям [41].

У жінок, які зловживають речовинами, можуть виникати проблеми, пов'язані з поточним домашнім насильством, проблеми з депресією і тривожністю, а також ризики для здоров'я. Наприклад, жінка, яка обмірковує вступ до лікування від залежності, може мати партнера, який фізично знущається над нею і відмовляється відпустити її на лікування, оскільки хоче зберегти контроль, боїться, що дізнаються про насильство, а також через власну залежність. В такій ситуації виникає низка питань стосовно прийняття рішення про лікування залежності: чи вирішить жінка взагалі піти лікуватися; яка потреба в неї буде пріоритетною тощо [34].

Доктор V. Brown з колегами [34] вважають, що для жінок, які мають взаємопов'язані потреби та залежність, необхідно переосмислити Транстеоретичну модель, запропоновану Дж. Прохазкою та К. ДіКлементе. Вони пропонують більш складну модель змін, яка зможе врахувати одночасно кілька аспектів життя жінок, адже готовність до лікування залежності у цих жінок не тільки включає процес роздумів, підготовки та дій для вирішення проблем зі зловживанням речовинами, але також охоплює низку інших суперечливих потреб і пріоритетів. Відповідно до розширеної Моделі змін у жінок готовність до лікування включає готовність до змін у чотирьох основних сферах:

- готовність змінити ситуацію домашнього насильства;
- готовність змінити ризиковану сексуальну поведінку;

- готовність змінити поведінку, пов'язану з вживанням ПАР;
- готовність вирішити психологічні проблеми [34].

Підтвердженням тому, що досвід одужання від залежності у жінок та чоловіків відрізняється, є також і концепція капіталу одужання (англ. recovery capital). Капітал одужання містить всі матеріальні та нематеріальні ресурси, які особи можуть використовувати для відновлення від залежності. До них відносять: людський капітал (особисті характеристики, що сприяють досягненню цілей), соціальний капітал (ресурси, доступні через стосунки), фінансовий капітал (матеріальні ресурси), культурний капітал (поведінка, норми та ставлення, що виникають у результаті належності до певної культурної групи і сприяють одужанню) та суспільний капітал (ресурси для лікування, політики, що підтримують одужання). До негативного капіталу одужання відносяться ті внутрішні та зовнішні фактори, що перешкоджають одужанню, і можуть виникати в тих самих сферах, що і капітал одужання [90].

У жінок спостерігається більше негативного капіталу, особливо у сфері людських та соціальних ресурсів [25]. За результатами досліджень, в процесі подолання хвороби для жінок важливо мати здорові підтримуючі стосунки, однак члени соціальної мережі можуть одночасно бути і підтримкою, і потенційним тригером рецидиву. Жінки мають вищий ризик постраждати від партнера чи близької людини. Також відомо, що жінки більше схильні до погіршення психічного здоров'я через розрив інтимних стосунків, ніж чоловіки. Стрес у стосунках молодих дорослих жінок асоціюється з більшим вживанням ПАР. Таким чином, інтимні стосунки можуть відігравати вирішальну роль для жінок у процесі одужання. Сімейні стосунки також мають як позитивний, так і негативний вплив на одужання жінок: жінки з історією залежності частіше мають членів сім'ї, які вживають психоактивні речовини, що є відомим фактором ризику рецидиву [41].

Отже, хоча загальні контури процесу зміни залежної поведінки схожі для жінок і чоловіків, стать є ключовим фактором готовності до лікування та

модератором результатів в процесі та після лікування. Вивчення гендерних відмінностей у траєкторіях одужання від залежності є вкрай важливим для поліпшення реабілітаційних програм з урахуванням особливостей та потреб жінок і полегшення їх шляху до лікування адикції і вирішення проблем в інших сферах життя.

1.3. Особистісні властивості як чинники готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин

Значна частка численних досліджень, пов'язаних із залежністю від ПАР, присвячена спробам теоретизувати так звані «переднаркотичну особистість» та «адиктивну особистість», тобто визначити психічні особливості, які вказують на схильність індивіда до розвитку та підтримання залежної поведінки [3]. Насьогодні єдиного погляду на визначення цих понять не існує, однак результати низки емпіричних досліджень вказують на тісний зв'язок особистісних властивостей із залежністю від ПАР.

До індивідуальних особливостей залежних від ПАР осіб вчені відносять:

- в поведінковому аспекті: нездатність справлятися із життєвими складнощами та стресовими ситуаціями, фіксований спосіб реакції на фрустрації, егоцентризм, невизнання своєї відповідальності;
- в афективному, мотиваційному аспекті: емоційна нестабільність, агресивність, низька толерантність до фрустрацій, слабкий самоконтроль, схильність до розвитку депресії та тривоги;
- до когнітивних особливостей: афективна логіка, відсутність чітких принципів, цілей, цінностей [3].

До цього переліку також додають прихований комплекс неповноцінності, страх перед емоційною близькістю, звинувачування інших, уникання відповідальності, тривожність, ворожість, емоційну незрілість, маніпуляції та недовіру у стосунках, знижені когнітивні функції, ігнорування

турботи про себе та своє здоров'я попри небезпечні наслідки вживання ПАР, мотиваційну нестабільність [8].

На думку дослідниці Л.Ф. Щербини [19], зміни в мотиваційно-смісловій сфері особистості під впливом вживання ПАР спричиняють утворення своєрідної автономної підсистеми, чи субособистості. Існування цієї субособистості зумовлюється розділенням мотиваційної сфери особистості на дві підсистеми - нормативну і патологічну.

При адикції від тривалого вживання ПАР мозок людини реорганізує себе для адаптації. На жаль, при таких змінах відбувається зміщення мотивів і потреб: отримання психоактивної речовини стає постійною потребою, потреба в отриманні іншого досвіду знижується – це впливає на продовження вживання ПАР та рецидиви захворювання [89].

Через високий рівень рецидивів необхідні додаткові дослідження щодо чинників, що передбачають одужання, оскільки виявлення відповідних предикторів є важливим для персоналізації лікування та покращення його результатів. Є дані, які свідчать про те, що особистісні риси можуть прогнозувати вживання психоактивних речовин, ризик розвитку залежності та видужання від неї [56].

Особистісні риси – це постійні характеристики думок, почуттів та поведінки, які людина демонструє в різних контекстах [77]. Починаючи з раннього дорослого віку, вони демонструють високу стабільність і можуть прогнозувати довгострокові результати діяльності особистості. Наприклад, особистісні риси впливають на фізичну активність, сприйняття, ставлення, норми, самоефективність [96]. Вони відіграють важливу роль у прогнозуванні та поясненні поведінки. Риси особистості можна розглядати як унікальну динамічну організацію, яка визначає мислення та поведінку індивіда. За теорією спланованої поведінки, риси особистості ілюструють роль індивідуальних відмінностей як віддалених та модулюючих впливів на поведінку особистості [73].

Найпоширенішою моделлю особистісних рис, що застосовується у дослідженнях, є Модель п'яти факторів (Five-Factor Model, FFM) – «велика п'ятірка» - яка включає п'ять основних рис: екстраверсія, доброзичливість, усвідомленість, нейротизм і відкритість досвіду [57].

Нейротизм є найважливішою особистісною рисою, що пов'язана з багатьма формами психопатологій, включно з тривожними розладами, депресією та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин [21]. Він асоціюється з гнівом, ворожістю, сором'язливістю, імпульсивністю, зміною настрою, вразливістю та невпевненістю у собі [89]. Особи з високим рівнем Нейротизму характеризуються як тривожні, дратівливі, депресивні, схильні розглядати життєві ситуації як стресові, вразливі до стресу, мають низьку толерантність до фрустрацій, схильні до емоційності, ірраціональності, переживання провини. Однак, вчені також довели, що нейротизм пояснює здатність до здорової поведінки [73].

Відкритість досвіду - це риса пошуку нового досвіду, інтелектуальних прагнень. Її характеризують ідеї (цікавість), фантазія, естетика, дія (широке коло інтересів), почуття (збудливість), цінності. Особи з високим рівнем відкритості досвіду – цікаві, готові спробувати нові речі, мають багату уяву. Можна прогнозувати, що вони будуть більш схильні до саморефлексії, проникливості та вибору альтернативних стратегій, що сприятиме усвідомленню симптомів і полегшить впровадження нових патернів поведінки для кращих результатів лікування. Люди з низькими показниками за цією рисою схильні до конкретного, вузького або ригідного мислення та переконань [35].

Свідомість/усвідомленість – риса чесності та працелюбства. Вона включає компетентність (ефективність), порядок (організованість), відповідальність, прагнення досягнень, самодисципліна, розважливість (неімпульсивність). Люди з низьким рівнем усвідомленості виявляють слабку самодисципліну і не можуть мотивувати себе виконувати завдання. Люди з

високим рівнем усвідомленості, як правило, краще організовані і відрізняються кращими досягненнями в навчанні та роботі. Вищі рівні усвідомленості асоціюються з тіснішим зв'язком між намірами та поведінкою. Усвідомленість пов'язана зі здатністю людини контролювати свої імпульси та поведінку [42].

Екстраверсія – здатність до взаємодії з іншими. Вона характеризується товариськістю, асертивністю, активністю, пошуком збудження, пригод, позитивними емоціями. Екстраверти, які зазвичай перебувають у стані низького коркового збудження, схильні швидко нудьгувати і шукають стимуляцію із зовнішніх джерел, щоб підвищити свій рівень збудження до більш оптимального рівня. Ця схильність до пошуку стимулів природно спонукає екстравертів вживати наркотики, які підвищують їхній рівень збудження [53].

Доброзичливість визначає, наскільки людина є приємною, добросердечною і вміє спілкуватися з іншими. Ця риса характеризується довірою (здатність пробачати), прямолінійністю (невимогливість), альтруїзмом, скромністю, співчутливістю [89]. Люди з високим рівнем доброзичливості частіше контролюють негативні емоції, такі як гнів, у конфліктних ситуаціях, і використовують конструктивні стратегії для вирішення конфліктів. Люди з низьким рівнем частіше використовують примусові тактики, характеризуються ворожим мисленням, агресією та соціальною дезадаптацією [73]. Вони можуть бути більш конкурентними та скептичними щодо мотивів інших.

При залежності від ПАР важливою складовою процесу лікування та предиктором його успішності є готовність до зміни. Як ми зазначали раніше, вона є першим кроком до дії та поведінкової зміни. Її відсутність пояснює, чому людина не починає лікування, не може продовжувати його чи дотримуватися рекомендацій. Однак фактори, що впливають на неї, є недостатньо вивчені в умовах емпіричних досліджень. Деякі дослідники

виявили зв'язок між особистісними рисами та готовністю до змін в осіб, залежних від ПАР. Їх результати свідчать, що відкритість досвіду, усвідомленість, екстраверсія та нейротизм корелюють з визнанням проблеми, амбівалентністю та вчиненням дій (за субшкалами SOCRATES). Доброзичливість негативно прогнозує визнання проблеми та позитивно – вчинення дій, також вона є предиктором амбівалентності, однак не на статистично значущому рівні [57]. Такі результати вказують на необхідність вивчати особистісні риси в дослідженнях для їх врахування при плануванні інтервенцій з метою підвищення усвідомленості індивіда щодо його проблеми та зміни залежної поведінки.

Метааналіз низки досліджень виявив, що низький рівень нейротизму та високий рівень екстраверсії, доброзичливості, усвідомленості і відкритості досвіду передбачають кращі результати лікування психічних розладів, включно із залежностями від ПАР [56]. У польському дослідженні пацієнти, які залишалися тверезими протягом року після лікування залежності, демонстрували вищі показники доброзичливості та усвідомленості на початковому етапі порівняно з тими, хто мав рецидив. У дослідженні данської вибірки з алкогольною залежністю вищі показники нейротизму передбачали нижчу ймовірність завершення лікування, а учасники з вищими показниками нейротизму, відкритості досвіду та екстраверсії, а також нижчими показниками усвідомленості рідше зменшували споживання алкоголю через шість місяців після лікування [56].

За даними досліджень, нейротизм прямо пов'язаний з тяжкістю алкогольної залежності. Вищий показник екстраверсії та нижча усвідомленість підвищують ризик переходу від помірної до важкої зловживання алкоголем; вищий нейротизм та нижча доброзичливість вказують на тяжке вживання алкоголю. Алкогольна абстиненція асоціюється з нижчою екстраверсією, вищим нейротизмом, вищою доброзичливістю та нижчою відкритістю досвіду.

Отже, при плануванні лікування алкогольної залежності слід враховувати риси усвідомленості, відкритості досвіду, нейротизму та екстраверсії [68].

Результати англійського дослідження, в якому вивчався зв'язок особистісних рис зі вживанням алкоголю, вказують на те, що запійне вживання алкоголю прямо асоціюється з пошуком відчуттів, тоді як агресія-ворожість та товариськість є предикторами цього явища. Найбільш вивченими рисами, що пов'язані із запійним вживанням алкоголю, є імпульсивність (грань нейротизму) та пошук відчуттів (грань екстраверсії). Імпульсивність асоціюється з недостатніми навичками планування, труднощами з концентрацією уваги та ризикованою поведінкою. Пошук відчуттів розглядається як загальна потреба в пригодах та захопленнях, бажання ризикувати заради нового досвіду. У багатьох дослідженнях спостерігались вищі показники обох рис в осіб із запійним вживанням алкоголю порівняно з тими, хто не зловживає алкоголем. Вищі рівні імпульсивності та пошуку відчуттів спостерігаються у чоловіків у порівнянні з жінками [21].

В когорті осіб із залежністю від опіоїдів спостерігаються високі показники нейротизму, низька усвідомленість та середній показник відкритості досвіду. Однак результати різняться залежно від дослідження та когорти. У норвезькому дослідженні у групі залежних спостерігалися нижчі показники екстраверсії, відкритості досвіду та доброзичливості; в американській групі показник екстраверсії незначно відхилився від норми [91].

Особи, що вживають «важкі» психоактивні речовини, як героїн та метадон, за даними досліджень, характеризуються вищими показниками нейротизму та відкритості досвіду і нижчими показниками доброзичливості та усвідомленості. У дослідженнях у групі кокаїнових залежних виявлено вищі показники екстраверсії та відкритості досвіду; у групі з полінаркоманією спостерігаються нижчі рівні доброзичливості та усвідомленості [91]. В осіб, що вживають марихуану, виявлено низькі показники за шкалою

доброзичливості та усвідомленості і середні рівні нейротизму та високі рівні відкритості досвіду [88].

Дослідниця Б. Бетковська [45] порівнювала особистісні риси у пацієнтів, які підтримували тверезість, з тими, хто «зірвався». Через рік спостережень група з тривалою тверезістю характеризувалася вищими показниками доброзичливості та усвідомленості, демонструвала кращу співпрацю з іншими, прийняття на себе відповідальності за реалізацію завдань. Нижчі показники нейротизму асоціювалися з вищою адаптивністю та активнішою участю в терапії порівняно з групою осіб, що зазнали рецидиву. Можливою причиною, чому нейротизм є фактором ризику рецидиву, є те, що люди з високим рівнем нейротизму зазвичай не вирішують проблеми активно, не зосереджуються на самому завданні, а фокусуються на своїх емоціях, що часто не призводить до вирішення проблем.

Високий рівень нейротизму у залежних від ПАР осіб узгоджується з гіпотезою самолікування [66]. Психологічні характеристики цих людей, такі як депресія, тривожність, імпульсивність, є передвісниками надмірного вживання психоактивних речовин. Замість більш адаптивних способів подолання негативних емоцій деякі з них обирають алкоголь чи наркотики як стратегію регуляції емоцій [123]. В іншому дослідженні було виявлено, що нейротизм може спонукати людей звертатися за допомогою та проходити терапію, що може привести до довготривалих сприятливих результатів [50].

Фрустраційна толерантність є важливим фактором при залежності від ПАР – і на початку хвороби (відповідно до теорії самолікування), і в процесі лікування. Низка досліджень виявила значні позитивні асоціації між нетолерантністю до фрустрацій і нейротизмом [95]. Хоча фрустрація вважається здоровою негативною емоцією, низька фрустраційна толерантність є «ірраціональним» переконанням. Інколи вона може стосуватися внутрішнього емоційного дистресу, що викликаний відмовою приймати відмінність між бажаним та дійсним. У філософії раціонально-емоційно-

поведінкової терапії (РЕПТ) вважається, що нетолерантність до фрустрації виникає не лише через бажання, щоб реальність була іншою, а й через переконання, що реальність повинна відповідати нашим бажанням та вимогам, інакше вона не буде прийнятою [60].

Альберт Елліс [39], автор РЕПТ, зазначав, що нетолерантність до фрустрації лежить в основі емоційних та поведінкових проблем, пов'язаних з дефіцитом самоконтролю, як, наприклад, залежна поведінка. Дослідження також підтвердили зв'язок між фрустраційною нетолерантністю та депресією, порушенням самоконтролю, залежною поведінкою, гнівом.

Фрустрація є однією з негативних емоцій, пов'язаних з абстинентним синдромом, і переживання саме цієї емоції під час детоксикації суттєво впливає на вірогідність подальшого рецидиву та припинення лікування. За даними досліджень, толерантність до фрустрації негативно корелює з кількістю рецидивів та позитивно прогнозує видужання від алкоголізму. Отже, одним із завдань лікування залежності має бути допомога пацієнтам мінімізувати тривогу, почуття провини, депресію, полегшити агресивність, навчитись приймати негативні події [95].

Дослідник R. Fields з колегами [125] досліджував такі характеристики як депресія, стрес, тяжкість адикції, тривожність та ворожість в осіб із залежністю і як вони пов'язані з мотивацією до зміни. У дослідженні з участю 200 ветеранів, що проходили реабілітацію, він виявив негативний зв'язок між мотивацією до зміни та емоційним стражданням і серйозністю проблеми.

За результатами інших досліджень, готовність до лікування зазвичай вища серед осіб із більш серйозними проблемами залежності. Зокрема, депресія, часто асоціюється з показниками готовності: у залежних осіб вона позитивно корелює з трьома показниками мотивації – внутрішньою, зовнішньою та міжособистісною. Вищий рівень депресії також є позитивним предиктором готовності до лікування та визнання проблеми [96].

Важливим є вивчення взаємодії особистісних рис між собою, адже їх взаємозв'язок може певним чином впливати на поведінку людини. Відомо, що особистісні риси можуть буферувати одна одну у впливі на вживання ПАР. Наприклад, високий рівень усвідомленості модерує екстремальні показники екстраверсії. Вона може бути захисним фактором при низькому рівні доброзичливості чи високому нейротизмі, сприяючи кращим результатам лікування [119].

Більшість досліджень, що вивчали особистісні властивості осіб, залежних від ПАР, проводились з участю респондентів чоловічої статі. Дані щодо особистісних рис залежних жінок є обмеженими. Відомо, що у цій когорті екстраверсія та нейротизм є предикторами визнання проблеми та необхідності зміни, показник нейротизму також є предиктором амбівалентності [126].

Жінки та чоловіки мають відмінності у тому, коли вони починають лікування, куди звертаються за соціальною підтримкою і де проходять лікування. Відомо, що у жінок, як правило, спостерігається швидкий перехід від першого вживання ПАР до розвитку залежності [126]. Результати доклінічних та клінічних досліджень підтверджують, що: (1) у жінок психоактивні речовини метаболізуються інакше, ніж у чоловіків; (2) репродуктивні гормони спричиняють відмінності у вживанні речовин між чоловіками та жінками; (3) стать впливає на особливості позитивного та негативного підкріплення, пов'язаного з абстиненцією; (4) жінки реагують на менші дози деяких речовин порівняно з чоловіками. Ці відмінності в чутливості до наркотиків та функціях рецепторів можуть частково пояснити, чому у жінок швидше розвивається залежність, ніж у чоловіків [107]. Однак жінки схильні звертатися за лікуванням раніше, ніж чоловіки, після коротшого періоду регулярного вживання речовин. Деякі дослідження свідчать, що жінки з більшою вірогідністю почнуть лікування, ніж чоловіки [126].

Отже, підсумовуючи вищенаведені результати досліджень, можемо зробити висновок, що нижчі рівні нейротизму та вищі рівні екстраверсії, доброзичливості, усвідомленості й відкритості досвіду пов'язані з готовністю до зміни та з більш сприятливими результатами лікування осіб, залежних від ПАР. Депресія та серйозні проблеми, викликані залежністю, як правило, є предикторами готовності до лікування. Вищий рівень нейротизму також може сприяти мотивації до лікування через загальний дистрес у людини.

Особистісні риси та властивості, включаючи стать, є важливими факторами, які необхідно враховувати для планування лікування залежності. Розуміння відмінностей цих рис в осіб із залежністю від різних психоактивних речовин дають змогу розробити індивідуальний підхід до лікування з метою досягнення кращих результатів.

Висновки до розділу 1

Аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури і публікацій результатів досліджень щодо феномену готовності до змін в осіб, залежних від ПАР, дає можливість зробити наступні висновки:

1. В теоріях та моделях поведінкової зміни готовність до змін розглядається як багатокomпонентний конструкт, пов'язаний з певним етапом процесу змін. Основними складовими готовності до змін є мотивація, самоефективність, поведінковий контроль, активна участь в процесі зміни, наявні ресурси, а також інші фактори, включаючи зовнішні фактори.

2. ТТМ найчастіше застосовується для визначення готовності до змін в залежних від ПАР осіб. Основним конструктом ТТМ є п'ять стадій зміни: стадія, що передує роздумам, стадія роздумів, підготовка, дія та підтримка зміни. Перехід між стадіями є циклічним і забезпечується завдяки експеріментальним та поведінковим процесам. Ступінь мотивації людини та її готовність до поведінкової зміни часто є предиктором результату зміни. Відсутність готовності до змін викликає опір змінам.

3. Готовність до зміни розглядають як структурний елемент мотивації і як конструкт, який включає мотивацію до зміни разом з іншими факторами. В лікуванні залежності розрізняють готовність до зміни і готовність до лікування. Ступінь готовності до змін є більш важливим предиктором зміни, ніж готовність до лікування.

4. Рецидив є частиною процесу поведінкової зміни і можливістю переоцінити тригери, переглянути мотивацію до змін, проаналізувати перешкоди на шляху до мети та спланувати сильніші варіанти дій.

5. Жінки менш схильні звертатися за лікуванням залежності, аніж чоловіки, через низку перепон на цьому шляху: частіші бар'єри до лікування, наприклад, догляд за дітьми, стигматизація жіночої залежності, конфлікт між роллю матері та потребою лікування.

6. Особистісні властивості можуть прогнозувати вживання ПАР, ризик розвитку залежності та видужання від неї. Низький рівень нейротизму та високий рівень екстраверсії, доброзичливості, усвідомленості і відкритості досвіду передбачають кращі результати лікування. Особи з вищим рівнем нейротизму можуть мати більшу мотивацію до лікування через загальне відчуття дистресу. Толерантність до фрустрації негативно корелює з кількістю рецидивів та позитивно прогнозує одужання. Вищий рівень депресії є позитивним предиктором визнання проблеми та готовності до лікування.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТА ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

2.1. Обґрунтування концепції дослідження взаємодії особистісних властивостей та готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин

В процесі нашого дослідження можна виділити декілька етапів:

- аналіз теоретичного підґрунтя готовності до змін та особистісних властивостей осіб, залежних від ПАР;
- розробка дизайну дослідження, підбір та адаптація методик, формування опитувальника;
- збір даних щодо особистісних властивостей осіб, залежних від ПАР, та рівень їх готовності до змін на базі РЦ;
- виявлення впливу особистісних властивостей осіб, залежних від ПАР, на їх готовність до змін;
- узагальнення отриманих результатів дослідження.

Ми проводили порівняльний аналіз отриманих даних в групах за декількома критеріями:

- за статтю, оскільки є обмежені дані про гендерні відмінності і в особистісних властивостях, і в готовності до змін між чоловіками та жінками;
- за залежністю від ПАР - алкогольна, наркотична, група полінаркоманії; ми виділили групу полінаркоманії, оскільки встановлено, що схильність до вживання багатьох ПАР обумовлена особистісними властивостями людини;
- за терміном тверезості: оскільки в нашій вибірці є особи з різною тривалістю тверезості, ми дослідили, чи цей стан пов'язаний з готовністю до змін.

Зважаючи на численні теорії, концепції та погляди на готовність до зміни, цей феномен викликає багато цікавості в науковій спільноті, є складним і не має єдиного формалізованого визначення та бачення. Він є одним з факторів, який відіграє важливу роль у лікуванні та видужанні осіб, залежних від психоактивних речовин. На думку W. Miller та S. Rollnick [78], мотивація і готовність до змін є важливою умовою для ефективної терапії. Саме з причини низької чи відсутньої мотивації та готовності до змін часто пацієнти не починають лікування, не продовжують його або не виконують рекомендації. З цієї точки зору важливим є розуміння особистісних властивостей, які можуть мати вплив на готовність до змін і врахування яких може дати можливість поліпшити результати лікування та видужання осіб, залежних від ПАР.

В організації емпіричного дослідження ми спиралась на існуючі теоретичні підходи до розуміння мотивації та готовності до змін і до особистісних характеристик залежних осіб.

Відповідно до теорій поведінкових змін, на готовність та мотивацію до змін впливають внутрішні та зовнішні фактори. Згідно з теорією самодетермінації Е. Дісі-Р. Раяна, коли поведінка формується під впливом внутрішніх факторів, то такі поведінкові зміни тривають довше у порівнянні з впливом зовнішніх факторів [89]. Спираючись на цю теорію, можна припустити зв'язок особистісних якостей та властивостей з готовністю до змін в осіб, залежних від ПАР.

Найчастіше в дослідженнях застосовується Модель п'яти факторів, до якої входять п'ять основних рис особистості: екстраверсія, доброзичливість, усвідомленість, нейротизм та відкритість досвіду. Ці риси визначаються як стійкий патерн поведінки, що демонструє значні відмінності між людьми та який є певною характеристикою особистості у різних ситуаціях. Це схильність особи поводитися, відчувати, сприймати та мислити відповідним способом, що проявляється відносно послідовно незалежно від часу та ситуації [89]. У нашому дослідженні ми орієнтувались на цю модель особистісних рис.

За наявними даними, в особистісних профілях осіб, залежних від ПАР, та осіб без такої залежності спостерігаються суттєві відмінності, а відтак вони можуть прогнозувати вживання ПАР та ризик розвитку залежності [88]. Враховуючи їх прогностичну здатність, також важливо прослідкувати зв'язок особистісних рис і з готовністю до змін в осіб, залежних від ПАР.

Розуміння цього зв'язку важливе і для розробки інтервенцій, спрямованих на зміну дезадаптивних рис особистості. Хоча особистісні риси вважаються відносно статичними факторами, що можуть впливати на перебіг лікування залежності, в сучасних концепціях моделі особистості ці риси вважаються динамічними конструктами, які можуть змінюватися протягом життя [32].

Експериментальні дослідження, які вивчали вольову зміну особистісних рис, виявили, що риси особистості змінюються з часом, навіть за мінімального втручання [35]. Більш сучасні дослідження також демонструють, що психотерапевтичні та консультаційні втручання можуть модифікувати або змінювати риси особистості. За результатами нещодавнього метааналізу, клінічні втручання викликають суттєві зміни в особистісних рисах, наприклад, зниження нейротизму, підвищення екстраверсії, в середньому за 24 тижні [23].

Важливою для нашого дослідження є філософія РЕПТ, за якою адиктивні розлади часто є наслідком дисфункціональних думок, які виникають з приводу тих чи інших подій. До ірраціональних переконань, що направляють поведінку особи, належать катастрофізація ситуації, сприйняття себе нікчемним, перетворення бажань на вимоги тощо. А. Елліс зазначав, що в основі емоційних та поведінкових проблем, пов'язаних із дефіцитом самоконтролю, як, наприклад, залежна поведінка, лежить нетолерантність до фрустрації. Для осіб, залежних від психоактивних речовин, характерна знижена фрустраційна толерантність [51].

Переживання фрустрації, як правило, веде до розвитку тривожності, депресії, підвищеної агресивності. За гіпотезою самолікування (англ. self-

medication hypothesis), яка вперше була запропонована E. Khantzian [120] і на яку ми також спиралась в нашому дослідженні, особа вдається до вживання психоактивних речовин для емоційної саморегуляції та полегшення болісних симптомів, що викликають страждання. В когорті осіб, залежних від ПАР, часто виявляються супутні тривожні та депресивні розлади. Для цих осіб також характерна така властивість, як ригідність [72]. На думку дослідників, ригідність можна розглядати як наслідок тривожності та пригніченої ворожості. Нове і невідоме сприймається як загрозна і, щоб уникнути цієї загрози, необхідно дотримуватися усталених моделей поведінки [112]. В розробці нашого дослідження ми враховували ці особливості та використовували методики для їх діагностики.

Ще однією важливою теорією, яка пов'язана з цим дослідженням, є Транстеоретична теорія, або Модель готовності до змін. На її основі, в розумінні W. Miller та J. Tonigan [79], ми вивчаємо основний конструкт нашого дослідження – готовність до змін у осіб, залежних від ПАР. Згідно з ТТМ, у розвитку готовності до змін людина проходить п'ять стадій: стадія, що передуює роздумам, стадія роздумів, підготовка, дія та підтримка зміни. W. Miller та S. Tonigan виділили 3 стадії готовності до змін на основі ТТМ:

- стадія Визнання проблеми, яка відповідає стадії, що передуює роздумам, та підготовчій стадії;
- стадія Амбівалентності, що відповідає стадії роздумів;
- стадія Вчинення дій, яка відповідає стадії дій та підтримки [89].

За допомогою моделі ТТМ можна розглядати різноманітні проблеми, які впливають на готовність до змін у осіб, залежних від ПАР, в тому числі й особистісні риси.

Враховуючи вищезначені теоретичні моделі і концепції та результати наукових досліджень, ми сформулювали декілька гіпотез, які стосуються зв'язку готовності до змін в осіб, залежних від ПАР, з їх певними особистісними властивостями, а саме з толерантністю до фрустрації,

тривожністю, ригідністю, особистісними рисами (нейротизм, відкритість досвіду, усвідомленість), депресією та станом тверезості.

Відповідно до наших гіпотез:

1. Особи, залежні від ПАР, мають низьку фрустраційну толерантність: толерантність до фрустрацій позитивно корелює з готовністю до змін [38; 64; 65; 67; 84; 95].

2. Особи, залежні від ПАР, мають високий рівень тривожності: тривожність негативно корелює з готовністю до змін [37; 81; 120].

3. Особи, залежні від ПАР, мають високий рівень ригідності: ригідність негативно корелює з готовністю до змін [72; 112].

4. Деякі особистісні риси корелюють з готовністю до змін:

- нейротизм негативно корелює з готовністю до змін;
- відкритість досвіду позитивно корелює з готовністю до змін;
- усвідомленість позитивно корелює з готовністю до змін [30; 57; 68; 88; 89; 91; 123; 126].

5. Особи, залежні від ПАР, схильні до депресії: депресія негативно корелює з готовністю до змін [26; 37; 81; 87; 96; 108].

6. Готовність до змін позитивно пов'язана з тривалістю тверезості [59; 79; 87].

На рис.2.1 графічно представлено гіпотези про зв'язок готовності до змін з деякими особистісними властивостями.



----- негативний зв'язок

———— позитивний зв'язок

Рис.2.1. Гіпотези дослідження

Для перевірки гіпотез та вирішення завдань нашого дослідження ми сформуваємо комплект із шести психодіагностичних інструментів. Вибір методик обумовлений метою визначити вплив на готовність до змін особистісних властивостей, які характерні для осіб, залежних від ПАР. До батареї інструментів було включено:

1. Методика «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком, що досліджує тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність.
2. Опитувальник «Шкала фрустраційного дискомфорту» Н. Харрінгтона, що досліджує нетолерантність до фрустрації і її складові - емоційну нетолерантність, нетолерантність до дискомфорту, фрустрацію почуття власної гідності, нетолерантність у сфері досягнень.
3. Опитувальник ВFI-10 в адаптації О.О. Сердюка, О.Б. Базими (досліджує відкритість досвіду, усвідомленість, екстраверсію, нейротизм, доброзичливість).

4. Опитувальник GAD-7 для виявлення тривожного розладу.
5. Опитувальник PHQ-9 для виявлення депресії.
6. Опитувальник «Шкала готовності до змін і прагнення до лікування» (англ. the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES), розроблений W. Miller та колегами для дослідження готовності до зміни в осіб із залежністю від ПАР (трифакторна шкала: Визнання проблеми, Амбівалентність, Вчинення кроків).

2.2. Опис психодіагностичного інструментарію

В ході дослідження ми використали психодіагностичні методики для оцінки психічних станів, фрустраційної нетолерантності, особистісних рис, для визначення депресії, тривожного розладу та рівня готовності до змін.

1. Методика «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком

Методика «Самооцінка психічних станів» в модифікації М. Горської застосовується для діагностики таких особистісних властивостей як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Згідно з цією методикою, тривожність визначається як схильність особи переживати часті стани тривоги. Фрустрація характеризується як негативний психічний стан, що виникає внаслідок неможливості задовольнити потребу, коли на шляху досягнення цілі постає нездоланна (об'єктивно чи суб'єктивно) перепона. Цей стан супроводжується такими переживаннями, як розчарування, тривога, роздратування, апатія, байдужість, заздрість тощо [4]. Агресивність визначається як неспровоковане вороже ставлення людини до навколишнього світу, проявляється через складність стримувати та контролювати агресію, що спричиняє труднощі у комунікації з іншими. Ригідність - тенденція до збереження своїх стереотипів, способів поведінки та мислення; нездатність змінити власну точку зору; складність чи неможливість змінити поведінку чи діяльність в умовах, що об'єктивно потребують певної зміни чи реорганізації.

Методика складається із 40 тверджень (по 10 тверджень на кожному шкалу), кожне з яких необхідно оцінити відповідно до того, наскільки воно відповідає стану респондента: 2 - якщо твердження відповідає стану (так), 1 - якщо відповідає не зовсім (не зовсім), 0 - якщо не відповідає (ні). Питання оцінюються за 4 шкалами: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Результати інтерпретуються окремо для кожної шкали, визначається рівень інтенсивності кожного психічного стану. Сума балів від 0 до 7 відповідає низькому рівню вираженості стану, від 8 до 14 - середньому рівню, а від 15 до 20 - високому рівню вираженості.

2. Опитувальник «Шкала фрустраційного дискомфорту» Н.Харрінгтона

Опитувальник «Шкала фрустраційного дискомфорту» (англ. Frustration Discomfort Scale, FDS). «Шкала фрустраційного дискомфорту» ґрунтується на теорії Рационально-емотивної поведінкової терапії (РЕПТ), в якій фрустраційна нетолерантність є однією з центральних концепцій. Згідно з цією теорією, дисфункціональні емоційні реакції та поведінка особистості є наслідками її нерациональних переконань, пов'язаних із самооцінкою та нетолерантністю до фрустрацій [111].

Цю багатофакторну модель було запропоновано Н. Харрінгтоном в 2005 році. До цього фрустраційна нетолерантність розглядалась як однофакторна концепція, однак численні дослідження свідчили про те, що вона складається з декількох параметрів, кожен з яких пов'язаний з певним нерациональним переконанням та в тій чи іншій мірі вказує на певні дисфункціональні емоції та розлади [65].

Нетолерантність до дискомфорту ґрунтується на переконанні, що життя повинно бути легким, комфортним та позбавленим метушні і зусиль. Для осіб, що мають високий показник нетолерантності до дискомфорту, важливі справи можуть бути нецікавими та потребувати значних зусиль, тому їх виконання відкладається на потім [4]. Цей фактор є предиктором депресії, а також вказує на тривожність та гнів.

Фрустрація почуття власної гідності відображає переконання, що всі бажання повинні здійснюватися, що інші люди повинні задовольняти, не фруструвати ці бажання, йти на поступки. Цей фактор тісно пов'язаний зі справедливістю, чесністю та правами. Неповага сприймається як несправедливість, оскільки особа переконана, що має право на краще ставлення до себе інших людей. Показник фрустрації почуття власної гідності є предиктором гніву [64].

В основі емоційної нетолерантності лежить переконання, що емоційний дистрес важко витримати, тому його потрібно уникати чи контролювати. Показник емоційної нетолерантності є предиктором тривожності та асоціюється зі стратегіями уникнення [64]. Емоційна нетолерантність також пов'язана з труднощами самоконтролю та емоційної саморегуляції, з емоційною нестабільністю [4].

Нетолерантність у сфері досягнень («фрустровані цілі») пов'язана з перфекціонізмом, особистісним рівнем досягнень та переконанням, що високі стандарти не повинні фруструватися чи блокуватися. Цей фактор асоціюється з тривожністю та гнівом [64].

«Шкала фрустраційного дискомфорту» Н. Харрінгтона містить 28 тверджень, які згруповані певні чином у 4 шкали (по 7 тверджень на кожен шкалу) та відповідають чотирьом факторам, описаним вище. Респонденти оцінюють кожне твердження за 5-бальною шкалою з урахуванням того, наскільки у них є вираженою думка, що відображена у твердженні: 1) зовсім не виражена думка (1 бал), 2) слабо виражена думка (2 бали) 3) помірно виражена думка (3 бали), 4) сильно виражена думка (4 бали), 5) дуже сильно виражена думка (5 балів).

За кожною шкалою респондент може набрати від 7 до 35 балів, які потім підсумовуються для отримання загального показника за шкалою фрустраційної нетолерантності. Останній варіюється в проміжку 28-140 балів.

Вищі показники за шкалами вказують на більш виражену фрустраційну нетолерантність.

На поточний момент ми не виявили української адаптації даного опитувальника. Є публікація Н.О. Божок [4], де дослідниця вказує про перше в Україні застосування «Шкали фрустраційного дискомфорту» в емпіричному дослідженні студентів Національного університету харчових технологій м. Києва. Однак інформація щодо процесу адаптації чи перекладу, перевірки надійності та узгодженості шкал відсутня.

Для використання «Шкали фрустраційного дискомфорту» у нашому дослідженні ми виконали переклад цієї методики за моделлю Брісліна (Див.Додаток А):

- переклад опитувальника двомовним експертом з англійської мови на українську;
- зворотній переклад з української мови на англійську іншим двомовним експертом (без ознайомлення з оригінальним текстом);
- порівняння оригінальної версії опитувальника зі зворотнім перекладом для виявлення розбіжностей;
- внесення відповідних змін в український варіант, щоб уникнути некоректного розуміння змісту тверджень [118].

Ми перевірили надійність і внутрішню узгодженість шкал та отримали такі коефіцієнти альфи Кронбаха: 0,81 для шкали нетолерантності до дискомфорту, 0,81 для шкали фрустрації почуття власної гідності, 0,72 для шкали емоційної нетолерантності, 0,75 для шкали нетолерантності у сфері досягнень. Альфа Кронбаха загалом для шкали фрустраційної нетолерантності склала 0,91. Для порівняння в оригінальному дослідженні Н. Харрінгтона були отримані такі коефіцієнти надійності для відповідних шкал: 0,88, 0,85, 0,87, 0,84 та 0,94 (для загальної шкали) [60].

«Шкала фрустраційного дискомфорту» адаптована італійською, французькою, іспанською, сербською, турецькою, румунською мовами;

отримані в цих дослідженнях значення альфа Кронбаха варіюються для загальної шкали від 0,86 до 0,97, для решти шкал – від 0,64 до 0,89. Отже, отримані нами значення коефіцієнта альфа Кронбаха свідчать про хорошу внутрішню узгодженість шкал опитувальника [74; 118].

Для підтвердження релевантності отриманих даних ми провели кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона) зі шкалами «Самооцінки психічних станів», вимірювання депресії PHQ-9 та тривожності GAD-7, оскільки шкали FDS тісно пов'язані з переживаннями фрустрації, тривоги, гніву, депресії. Кореляції за цим аналізом подаємо в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Аналіз зв'язків між факторами «Шкали фрустраційного дискомфорту» та «Самооцінки психічних станів», PHQ-9 та GAD-7

	НД	ФПГ	ЕН	НСД	ФН
тривожність	0,447**	0,433**	0,507**	0,295*	0,491**
фрустрація	0,520**	0,482**	0,455**	0,331**	0,524**
агресивність	0,253*	0,466**	0,310*	0,367**	0,410**
ригідність	0,475**	0,425**	0,348**	0,415**	0,487**
PHQ-9	0,426**	0,318*	0,297*	0,100	0,335**
GAD-7	0,373**	0,417**	0,392**	0,251*	0,420**

**Кореляція статистично значуща на рівні 0,01 (2-сторон.).

*Кореляція статистично значуща на рівні 0,05 (2-сторон.).

Умовні позначення:

НД - Нетолерантність до дискомфорту

ФПГ - Фрустрація почуття власної гідності

ЕН - Емоційна нетолерантність

НСД - Нетолерантність у сфері досягнень

ФН - Фрустраційна нетолерантність

Відповідно до табл.2.1., більшість зв'язків між шкалами мають достатній рівень статистичної значущості.

3. Опитувальник GAD-7

Опитувальник GAD-7, або Шкала для оцінки генералізованого тривожного розладу (англ. Generalized Anxiety Disorder) застосовується для діагностики тривожності, соціальної тривоги, панічних нападів, посттравматичного стресового розладу та тривожного розладу. Авторами методики GAD-7 є колектив клінічних психологів Robert Spitzer, Kurt Kroenke, Janet Williams, Bernd Löwe, які створили її в 2006 році. При перевірці надійності та узгодженості тверджень оригінального опитувальника альфа Кронбаха склала 0,92 [2].

Українську адаптацію «Шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу» виконано колективом психологів Н. Алексіною, О. Герасименко, Д.Лавриненком, О. Савченко в 2024 році. Загальне значення коефіцієнту альфа Кронбаха за шкалою становить 0,90, що вказує на високу внутрішню узгодженість тверджень [2].

Опитувальник містить запитання «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви?» та 7 тверджень, для яких респондент має обрати відповідь, що відповідає його стану: не турбували взагалі – 0, протягом декількох днів – 1, більше половини цього часу – 2, майже кожного дня – 3. За результатами підрахунку балів визначається рівень тривожності: 0 – 4 (мінімальний), 5 – 9 (слабкий), 10 – 14 (помірний), 15 – 21 (високий).

4. Опитувальник PHQ-9

Опитувальник PHQ-9 (англ. Patient Health Questionnaire) - шкала самооцінки депресії. Вона включена в медичні протоколи діагностики та моніторингу депресії, депресивних розладів [1].

Шкала містить запитання «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви?» та дев'ять тверджень, для яких респондент має обрати відповідь, що відповідає його стану: не турбували взагалі – 0, протягом

декількох днів – 1, більше половини цього часу – 2, майже кожного дня – 3. За результатами підрахунку балів визначається наявність депресії: 0 – 4 (депресія відсутня), 5 – 9 (легка ("субклінічна") депресія), 10 – 14 (помірної тяжкості депресія), 15 – 19 (середньої тяжкості депресія), 20 – 27 (тяжка депресія).

5. Опитувальник BFI-10

Скринінговий опитувальник BFI-10 (англ. Big Five Inventory) – спрощений діагностичний інструмент, розроблений на основі психодіагностичного опитувальника BFI (John, Donahue, & Kentle, 1991) дослідниками В. Rammstedt та О. Р. John (2007). Українську адаптацію опитувальника виконано дослідниками О.О. Сердюком, Б.О. Базимою [14]. Для перевірки надійності шкал опитувальника ними було використано коефіцієнт альфа Кронбаха та отримано такі значення: 0,846 (екстраверсія), 0,696 (доброзичливість), 0,764 (усвідомленість), 0,707 (нейротизм) та 0,635 (відкритість досвіду), що вказують на достатню надійність та узгодженість тверджень опитувальника.

BFI-10 дає можливість провести експрес-діагностику п'яти факторів особистості, так званої «великої п'ятірки»: відкритість досвіду (openness to experience), свідомість/усвідомленість (consciousness), екстраверсію (extraversion), нейротизм (neuroticism), схильність до згоди/доброзичливість (agreeableness). Кожен фактор по суті є шкалою з двома полюсами і вказує на співвідношення протилежних рис особистості, які перебувають в динаміці [14].

Екстраверсія вказує на спрямованість особистості на зовнішній чи внутрішній світ. Екстраверти, як правило, товариські, фізично і вербально активні, енергійні, комунікабельні, оптимістичні, імпульсивні, схильні до лідерства. Для них характерний пошук нових зовнішніх стимулів та збудження. Інтроверти – протилежний полюс екстраверсії – тримаються на дистанції, більш ізольовано від широкого загалу, більше думають, аніж діють, не схильні до швидких рішень та пошуку стимулів [3].

Схильність до згоди/доброзичливість – це вимір міжособистісних стосунків, що характеризується альтруїзмом, толерантністю, довірою, добротою, щедрістю, співчуттям та співпрацею. Доброзичливі люди – це люди з «приємним характером» [3]. Вони цінують єдність, для них в першу чергу важливо бачити позитивне в інших. Однак таким особам може бути складно відстоювати особисті інтереси. Для людей протилежного полюсу характерна нижча толерантність до інших людей, їх потреб та запитів, егоцентризм, власне «я» та особисті інтереси на першому місці. Вони можуть бути агресивними, вороже налаштованими до інших, жорстокими [3].

Свідомість/усвідомленість характеризує рівень контролю людиною своєї поведінки. Особи з високими показниками цього фактору – дисципліновані, організовані, відповідальні, цілеспрямовані, вольові. На іншому полюсі – людина з протилежними якостями, для якої характерні нерішучість, слабкий контроль імпульсів, неорганізованість, складнощі зосередитися на меті, спонтанність [14]. Особи з низьким показником свідомості нездатні розв'язувати конфлікти з авторитетними фігурами та характеризуються як ненадійні, безвідповідальні, розгальмовані, імпульсивні [43].

Нейротизм пов'язаний з толерантністю людини до стресу та фрустрацій, вказує на тенденцію особистості переживати негативні емоції, як от знервованість, напруження, тривожність, депресія. Люди з високим показником нейротизму відрізняються дратівливістю, низькою задоволеністю життям, слабким контролем імпульсів, низькою стресостійкістю, схильністю до ірраціональних переконань. Їх симпатична нервова система, яка відповідає за реакцію "бий або біжи", легко активується навіть за наявності незначних стресорів, що робить їх вразливими до клінічних розладів та вживання наркотиків. Люди з високим рівнем Нейротизму частіше уникають бажаних дій, якщо вони можуть загрожувати їх фізичному або психічному здоров'ю [53]. На іншому полюсі перебувають емоційно врівноважені люди, які

ставляться до життя більш раціонально і спокійно та здатні витримувати стресові ситуації [3].

Відкритість досвіду характеризується сприйнятливістю до нового досвіду, відкритістю до нових ідей, цікавістю до внутрішнього та зовнішнього світу людини. Людям з високими показниками відкритості досвіду властиво мати різносторонні інтереси, добре розвинену уяву, більш інтенсивне переживання емоцій, вони підтримують нове та нетрадиційне, піддають сумніву авторитетів. На протилежному полюсі – люди з обмеженими інтересами, що схильні до конформізму [14].

Опитувальник BFI-10 містить 10 тверджень, розподілених на 5 шкал. Респонденти оцінюють кожне твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта відповідно до того, наскільки вони погоджуються з кожним твердженням. Мінімальна кількість балів за шкалою – 2, максимальна кількість – 10. Бали підсумовуються для кожної шкали окремо. Для чотирьох субзапитань передбачено реверсивний підрахунок балів.

6. Опитувальник SOCRATES

Трьохфакторний опитувальник «The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale» (SOCRATES, Шкала стадій готовності до змін та прагнення до лікування) був розроблений дослідниками W. Miller та S. Tonigan (1996) для вимірювання стадій готовності до лікування при алкогольній залежності (опитувальник 8A). Пізніше з'явилась його версія для використання в когорті осіб з наркотичною залежністю (опитувальник 8D).

За твердженнями W. Miller та S. Tonigan (1996), SOCRATES вимірює мотиваційні процеси, що відповідають стадіям поведінкових змін згідно з Транстеоретичною моделлю [31].

Опитувальник містить 19 тверджень, що згруповані в 3 шкали – шкала Визнання проблеми (Recognition; 7 тверджень); шкала Амбівалентність/Невизначеність (Ambivalence; 4 твердження); шкала Вчинення дій (Taking

steps; 8 тверджень). Кожне твердження оцінюється респондентом за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – дуже не згоден до 5 – дуже згоден).

За шкалою Визнання проблеми респонденти можуть набрати 7-35 балів. Високий бал свідчить, що людина визнає свої проблеми, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, говорить про бажання змінюватися і усвідомлює, що шкода від залежності продовжуватиметься, якщо нічого не зміниться. Низький бал вказує на те, що людина не вважає себе залежною, заперечує наявність проблеми з алкоголем чи наркотиками та не висловлює бажання щось змінювати в своїй поведінці.

Діапазон балів за шкалою Амбівалентність – 4-20. Високі бали свідчать, що людина знаходиться у фазі роздумів, її цікавлять питання, чи справді вона є алко- або наркозалежною, чи шкодить її залежність іншим людям, чи контролює вона вживання алкоголю/наркотиків. Низький бал вказує на те, що у респондента немає невизначеності щодо проблеми його залежності. В такому випадку важливо звертати увагу на бал за шкалою Визнання проблеми. Він має бути високим, якщо у людини немає сумнівів щодо своєї залежної поведінки. Низький бал за шкалою Амбівалентності при низькому балі за шкалою Визнання може свідчити про заперечення наявності проблеми з алкоголем чи наркотиками.

За шкалою Вчинення дій респондент може набрати 8-40 балів. Особи з високим балом вже здійснюють конкретні дії для позитивних змін залежної поведінки і мають в цьому певний успіх. На цьому етапі їм може знадобитися допомога, щоб рухатися вперед і запобігти поверненню до старих звичок. Високий бал за цією шкалою є предиктором успішних змін. Низький бал є свідченням того, що на даний момент жодних дій для зміни поведінки людина не здійснює [31].

На поточний момент ми не виявили української адаптації даного опитувальника. Однак ця методика використовувалась в дисертаційному дослідженні Л.Ф. Щербини [19]. В результаті аналізу внутрішньої

узгодженості шкал дослідницею було отримано такі значення коефіцієнта альфа Кронбаха: шкала Визнання проблеми - 0,6366, шкала Амбівалентність - 0,6071, шкала Вчинення дій - 0,5503, що свідчить про достатню надійність цієї методики [19].

Для використання опитувальника SOCRATES у нашому дослідженні ми виконали його переклад за моделлю Брісліна, що описувались вище (Див.Додаток Б). Ми перевірили надійність і внутрішню узгодженість шкал та отримали такі коефіцієнти альфи Кронбаха: 0,88 для шкали Визнання проблеми, 0,42 для шкали Амбівалентності, 0,84 для шкали Вчинення дій. Альфа Кронбаха загалом для шкали SOCRATES склала 0,84.

Для підвищення надійності шкали Амбівалентності ми виключили з неї одне питання, коефіцієнт альфа Кронбаха склав в цьому випадку 0,56. В дослідженнях з використанням оригінального опитувальника SOCRATES для цієї шкали коефіцієнт надійності також коливався в межах від мінімального 0,60 до 0,88. Для шкали Визнання проблеми коефіцієнт був у межах 0,85 – 0,95, для шкали Вчинення дій - 0,83 – 0,96 [88]. Отже, отримані нами значення коефіцієнта альфа Кронбаха свідчать про достатню внутрішню узгодженість шкал опитувальника.

2.3. Організація емпіричного дослідження та соціально-демографічна характеристика вибірки

Дослідження проводилось на базі реабілітаційного центру «Новий шлях» (РЦ «Новий шлях») для осіб, залежних від психоактивних речовин, в м.Київ. В дослідженні взяли участь 62 особи з різним терміном тверезості та реабілітації. Вибірка склала 12 (19,35%) осіб жіночої статі і 50 (80,65%) осіб чоловічої статі, віком від 15 до 64 років, середній вік 36 років, SD 8,709. Характеристики вибірки за освітою, сімейним статусом та професійною діяльністю відповідно до статі подано в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Характеристика вибірки відповідно до статі

Параметри		Жінки		Чоловіки	
		п	%	п	%
Освіта	вища	5	41,7	25	50,0
	неповна вища	0	0	9	18,0
	середня	6	50,0	12	24,0
	середня-спеціальна	1	8,3	4	8,0
Сімейний статус	одружений/заміжня	2	16,7	18	36,0
	в стосунках	3	25	2	4,0
	в розлученні	3	25	10	20,0
	вдівець/вдова	1	8,3	1	2,0
	самотній/самотня	3	25	19	38,0
Професійна діяльність	військовий	0	0	6	12,0
	повна зайнятість	6	50,0	28	56,0
	часткова зайнятість	2	16,7	11	22,0
	безробітний	2	16,7	4	8,0
	студент	1	8,3	0	0
	декретна відпустка	1	8,3	0	0
	пенсіонер	0	0	1	2,0

У вибірці ми виділили групи за видом залежності від ПАР:

- група осіб з наркотичною залежністю – 26 осіб (41,94%);
- група осіб з алкогольною залежністю – 8 осіб (12,90%).

Також ми виокремили групу з полінаркоманією – 28 осіб (45,16%). Розподіл за залежністю від ПАР відповідно до статі подано в табл.2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл учасників по групах залежності відповідно до статі

Параметри	Жінки		Чоловіки	
	n	%	n	%
Алкогольна залежність	4	33,33	4	8,00
Наркотична залежність	3	25,00	23	46,00
Полінаркоманія	5	41,67	23	46,00

Серед психоактивних речовин учасники дослідження найчастіше вказували вживання речовин з класу психостимуляторів, опіоїдів, психоделіків (табл.2.4).

Таблиця 2.4

Психоактивні речовини, вживані учасниками

Клас ПАР	Вид ПАР	n
Психостимулятори	Амфетамін	15
	Альфа РVP	8
	Метамфетамін	6
	Сіль (не уточнено)	4
	MDMA (Екстазі)	3
	Нікотин	3
	Стимулятори (не уточнено)	2
	"Вінт"	1
	Мефедрон	1
Опіоїди	Метадон	10
	Опіоїди (не уточнено)	10
	Налбуфін	1
	Трамадол	1
	Морфій	1
	Бупренорфін	2

Психоделіки	Маріхуана (каннабіс/конопля)	15
	Гриби	1
	LSD	1
Інше	Прегабалін (Лірика)	3
	Транквілізатори (не уточнено)	2
	Нейролептики (не уточнено)	1

Супутні захворювання, які найчастіше зустрічались в анкетах учасників дослідження, – гепатити (52,78%) та ВІЛ (13,89%). Весь перелік вказаних захворювань у вибірці подано на рис. 2.2.

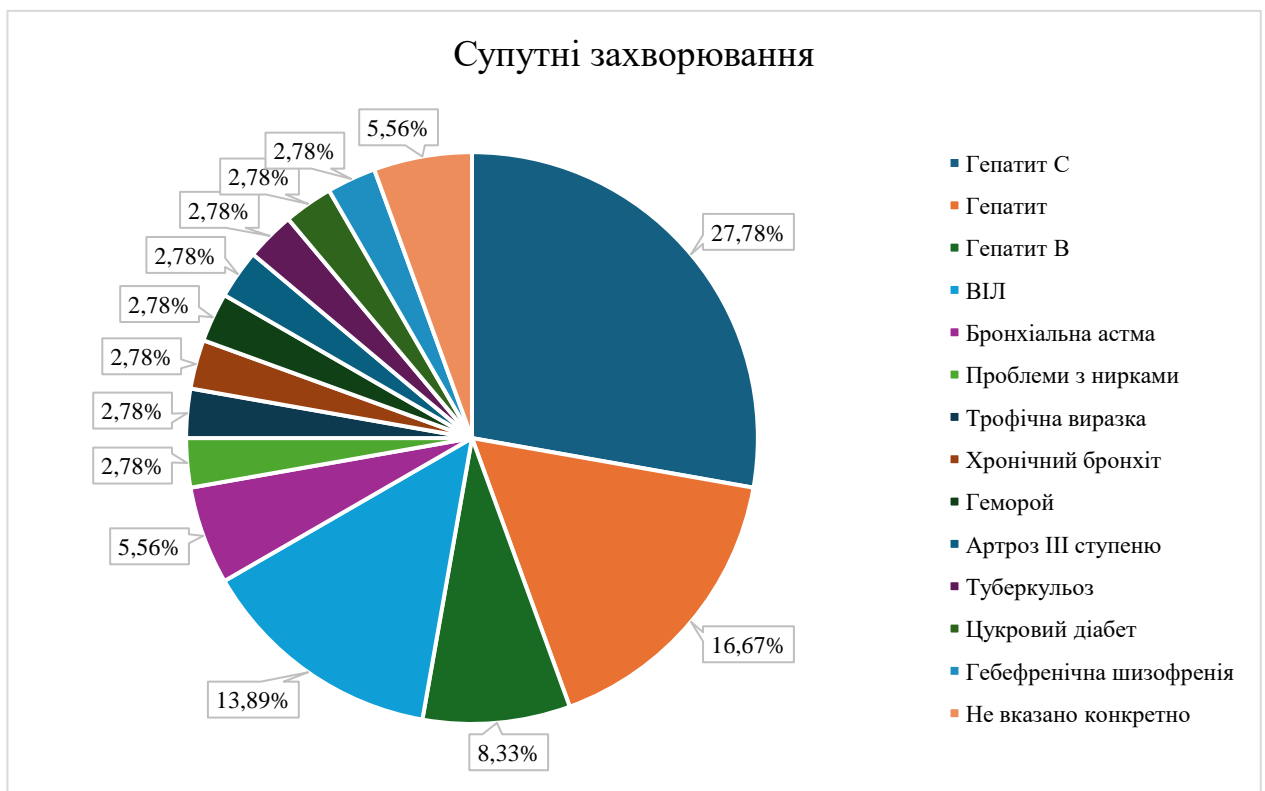


Рис.2.2. Супутні захворювання, вказані учасниками дослідження

Середня кількість госпіталізацій з причини лікування залежної поведінки серед осіб, що взяли участь у дослідженні, становить 1,5; мінімальна

кількість - 1, максимальна кількість – 10. 46,7% осіб не мали госпіталізацій з причини лікування, пов'язаного із залежною поведінкою. Середня кількість попередніх проходжень реабілітаційних програм з причини лікування залежної поведінки – 3; мінімальна кількість – 1, максимальна кількість – 37. 32,3% осіб не мали попередніх реабілітацій.

Ми просили учасників дослідження також вказати тривалість тверезості між зривами (рецидивами): вона становить від 0 до 108 місяців, середня тривалість складає 15 місяців. Тривалість тверезості в учасників на момент проходження опитування становить від 0,2 до 122,5 місяців, середня тривалість складає 19,3 місяці. Тривалість проходження реабілітаційної програми на момент проведення опитування становить від 0,06 до 53 місяців, середнє значення – 6,8 місяців. 16% опитаних не проходять реабілітаційну програму на момент проведення опитування. В табл. 2.5 ми подаємо ці показники в розрізі груп за статтю.

Таблиця 2.5

Кількість реабілітацій та тривалість тверезості (розподіл за статтю)

Показник	Жінки			Чоловіки		
	М	n	SD	М	n	SD
Кількість попередніх реабілітацій	1,17	12	1,70	3,61	49	6,90
Найтриваліший період тверезості між зривами (міс)	15,93	12	21,83	14,88	50	20,74
Тривалість тверезості на поточний момент (міс)	14,70	12	17,94	20,65	50	32,60
Тривалість реабілітації на поточний момент (міс)	4,38	8	3,16	9,86	35	12,88

Отже, ми охарактеризували соціально-демографічну структури вибірки та виділили в ній групи порівняння: за статтю (чоловіки, жінки) та за залежністю від ПАР (алкогольна, наркотична, полінаркоманія). В ході дослідження було використано психодіагностичні методики для оцінки

психічних станів, фрустраційної нетолерантності, особистісних рис, для визначення депресії, тривожного розладу та рівня готовності до змін. В наступному розділі роботи буде представлено результати емпіричного дослідження.

Висновки до розділу 2

1. Дослідження проводилось на базі реабілітаційного центру «Новий шлях» в м.Київ. Сформовано вибірку дослідження, яку склали 62 особи, залежні від психоактивних речовин. Представлено соціально-демографічну характеристику вибірки. В межах вибірки для порівняльного аналізу виділено дві групи за статтю, три групи за залежністю від ПАР та три групи за тривалістю тверезості.

2. Розроблено концепцію та дизайн дослідження, сформовано методологічне підґрунтя для організації дослідження, а саме використано наступні моделі та концепції: Модель п'яти факторів, Теорія самодетермінації, РЕПТ, гіпотеза самолікування, ТТМ; сформульовано основні гіпотези дослідження та підібрано психодіагностичний інструментарій.

3. Для проведення дослідження ми використали наступні методики: «Самооцінка психічних станів» для дослідження тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності; «Шкала фрустраційного дискомфорту» для дослідження нетолерантності до фрустрації (методику було адаптовано за моделлю Брісліна, проведено аналіз узгодженості тверджень опитувальника та перевірку надійності результатів за допомогою кореляційного аналізу); методика BFI-10 для дослідження великої п'ятірки особистісних рис; методики GAD-7 для виявлення тривожного розладу та PHQ-9 для виявлення депресії; SOCRATES для дослідження готовності до зміни в осіб із залежністю (методику було адаптовано за моделлю Брісліна, проведено аналіз узгодженості тверджень опитувальника).

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТА ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

3.1. Особистісні властивості осіб, залежних від психоактивних речовин, за результатами діагностики

Відповідно до завдань дослідження ми провели аналіз даних щодо особистісних властивостей осіб, залежних від ПАР, та представляємо в цьому розділі отримані результати. Опрацювання даних здійснювалось за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 30.0.0 для Windows. Ми застосували такі методи розрахунку, як описові статистики, параметричний однофакторний дисперсійний аналіз (критерій Фішера) та непараметричний однофакторний дисперсійний аналіз (критерії Манна-Уїтні, Краскала-Волліса). Оскільки ми проводили порівняння рівнів прояву особистісних властивостей між групами за статтю та залежністю від ПАР і ці групи є нерівномірними за кількістю осіб, за рекомендацією деяких дослідників, разом з дисперсійним аналізом було застосовано також непараметричні критерії для перевірки надійності отриманих результатів [3].

За підсумками методики «Самооцінки психічних станів» ми отримали наступні показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у нашій вибірці (рис.3.1).

За шкалою тривожності у 25,8% респондентів виявлено низький рівень. Для осіб з низьким рівнем тривожності характерна емоційна стабільність, спокійність, відчуття безтурботності. Однак їм може бути необхідна додаткова мотивація до діяльності, фокусування на відповідальності за вирішення проблем, стимулювання активності [28].

61,3% учасників дослідження продемонстрували середній рівень тривожності. Для них характерна певна схильність до занепокоєння, невпевненість у собі, занижена самооцінка, переживання відчуття небезпеки. Такі особи сприймаються іншими як сором'язливі, замкнуті, дещо незграбні. Прояви тривожності середнього рівня не заважають людині виконувати щоденні завдання, навчатися, працювати тощо.

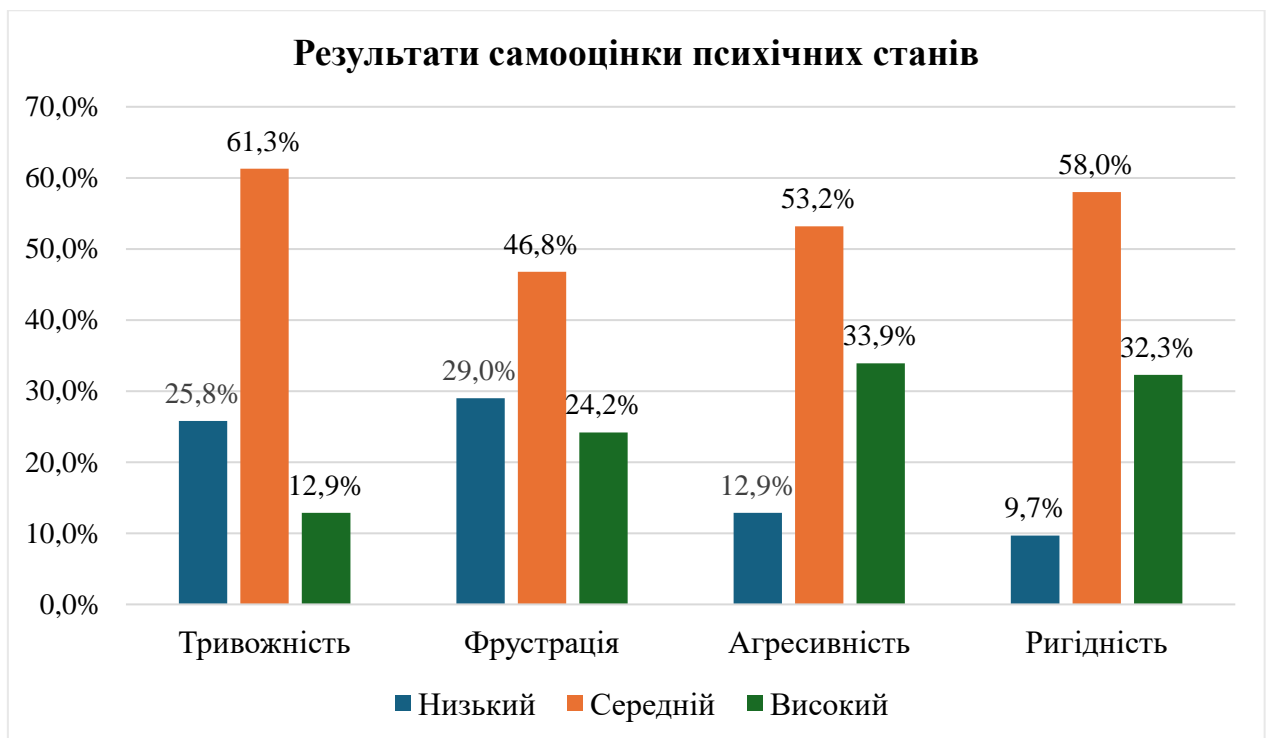


Рис.3.1. Результати самооцінки психічних станів осіб, що взяли участь у дослідженні

Високий рівень тривожності спостерігався у 12,9% респондентів. Особи з високим показником схильні переживати часті стани тривоги, хвилювання, які важко контролювати, напруження, стрес, що є диспропорційним до ситуації, румінації, відчуття загрози цілісності особистості, відчуття небезпеки. Їм складно концентруватися та розслабитися. Для них характерна низька самооцінка, невпевненість у собі, труднощі у виконанні щоденних завдань [28].

Згідно з численними дослідженнями, для осіб із залежністю характерна достатньо виражена тривожність. Вона може проявлятися почуттям занепокоєння, розладами сну, проблемами з концентрацією уваги, думками про можливі невдачі чи біду або їх очікування [81].

Клінічний досвід свідчить, що випадки, в яких виявляються одночасно і тривожність, і залежність від ПАР, спричиняються трьома можливими способами:

- тривожним розладом, який призводить до залежності (психоактивні речовини як спосіб самолікування);
- ПАР, які призводять до розвитку тривожного розладу;
- спадковістю чи індивідуальною схильністю до надмірної тривоги [107].

Тривожність часто розвивається під час гострої фази абстинентного синдрому. Наприклад, при алкоголізмі вона може тривати до 2 років у 25% осіб, що видужують від алкогольної залежності [81].

За показником фрустрації у 29,0% осіб спостерігався низький рівень цієї властивості. Як правило, такі особи не схильні переживати розчарування, тривогу, роздратування, апатію в ситуаціях, коли неможливо досягнути бажаного [4].

46,8% осіб продемонстрували середній рівень фрустрації, яка може проявлятися почуттями апатії, розчарування, тривожності, а також гніву, агресії через неможливість отримати бажане чи подолати перепони (суб'єктивні чи об'єктивні). Такі люди можуть звинувачувати інших чи обставини у своїх невдачах, невпевнені у собі.

У 24,2% учасників дослідження виявлено високий рівень фрустрації. Для таких осіб характерно проявляти добре виражені ознаки фрустрації, агресивно реагувати на невдачі, що часто шкодить їх стосункам з іншими людьми, швидко здаватися і припиняти нові спроби досягнення мети, звинувачувати інших. Вони часто можуть уникати будь-якої цілеспрямованої діяльності, не мають мотивації досягати цілей, заповнюють рутину справами,

щоб уникати усвідомлення беззмістовності їх теперішнього життя. Вони розвивають поведінку уникання. Таким людям бракує енергії на агресію, але вони можуть відчувати глибоку ненависть [38].

Фрустрація є характерним станом для осіб, залежних від ПАР. Як і у випадку з тривожністю, згідно з гіпотезою самолікування, зловживання психоактивними речовинами може бути способом подолання цього негативного переживання. Фрустрація є одним із з негативних психічних станів, пов'язаних з абстинентним синдромом [95].

Для осіб, що залежні від психоактивних речовин, також характерна підвищена агресивність [98]. Про це свідчать і отримані нами результати за шкалою агресивності: у 53,2% та 33,9% респондентів відмічається, відповідно, середній та високий рівні агресивності, лише у 12,9% опитаних виявився низький показник. Агресивність проявляється в конфліктності, у вербальних та фізичних проявах агресії.

Залежність може сприяти посиленню агресивної поведінки. По-перше, часто у фокусі уваги індивіда із залежністю перебуває пошук потрібної психоактивної речовини, тому коли він не отримує бажане, то стає роздратованим і вороже налаштованим. Також, такі негативні наслідки залежної поведінки, як фінансові складнощі, негаразди у стосунках з близькими чи проблеми із законом, можуть підживлювати гнів та агресію. Окрім того, неврологічні зміни, що асоціюються із залежною поведінкою, впливають на контроль імпульсів та афектів і на прийняття рішень, що також сприяє спалахам агресивності [98].

Згідно з гіпотезою фрустрації-агресії, агресія може бути викликана фрустрацією як реакція на недосягнення мети [67]. Агресивна поведінка може бути одним із симптомів потягу («тяги») - бажання отримати приємне переживання, що асоціюється із психоактивною речовиною, і неможливість його задоволення негайно [69].

За показником ригідності всього 9,7% респондентів мають низький рівень. 58,1% та 32,3% опитаних мають, відповідно, середній та високий показник. За концепцією залежної особистості, ригідність є однією із характерних рис такої особистості [112]. Ця якість перешкоджає адаптації людини в соціумі, зміні її думок та поведінки, коли це об'єктивно необхідно.

Ми порівняли отримані результати за шкалами психічних станів між групами респондентів за статтю (чоловіки, жінки) та за залежністю від ПАР (алкогольна, наркотична, полінаркоманія). В табл. 3.1 подано середні значення за факторами опитувальника відповідно до статі.

Таблиця 3.1

Описові статистики психічних станів у групах за статтю

Стать		тривожність	фрустрація	агресивність	ригідність
Жінки	M	10,75	10,42	9,42	12,00
	SD	3,646	4,502	3,825	2,828
Чоловіки	M	10,00	10,70	12,70	12,88
	SD	3,637	4,372	3,759	3,520

Відповідно до таблиці за середніми значеннями психічних станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності обидві групи потрапляють в проміжок 8-14 балів (середній рівень). Показники тривожності та фрустрації наближаються до середньої межі і у чоловіків, і у жінок, з незначною перевагою у жінок; показник агресивності у жінок знаходиться ближче до нижньої межі (9,42), тоді як у чоловіків цей показник наближається до верхньої межі (12,70). Показник ригідності і у жінок, і у чоловіків наближається до верхньої межі, з незначною перевагою у чоловіків – 12,00 і 12,88 відповідно.

За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ми визначили, що групи жінок та чоловіків відрізняються між собою за шкалою агресивності на

статистично значущому рівні, з вищими показниками у групі чоловіків. За іншими шкалами суттєвих відмінностей не виявлено (табл.3.2).

Таблиця 3.2

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника
«Самооцінка психічних станів» (відмінності за статтю)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій U Манна-Уїтні	p
тривожність	0,411	0,524	0,007	280,00	0,720
фрустрація	0,040	0,842	0,001	298,00	0,971
агресивність	7,335	0,009	0,109	159,00	0,012
ригідність	0,647	0,424	0,011	248,00	0,357

Результати досліджень свідчать, що у чоловіків загалом вищий рівень агресивності (включаючи фізичну та реактивну агресію) порівняно з жінками, що зумовлено еволюційними та соціокультурними факторами [106].

Відповідно до виду залежності від ПАР за середніми значеннями тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності всі три групи знаходяться в проміжку середнього рівня. Показник агресивності значно різниться між групами: у групі алкогольної залежності він наближається до нижньої межі 8,75; у групі наркотичної залежності та полінаркоманії – дещо вище середньої межі 12,23 та 12,86 відповідно (табл.3.3).

Дослідження виявили, що і алкогольна, і наркотична залежності пов'язані з підвищеною агресивністю через вплив психоактивних речовин на системи контролю імпульсів та когнітивні функції осіб, що вживають ПАР. Гостре вживання алкоголю асоціюється з підвищеною ворожою жорстокою поведінкою. Зловживання деякими наркотиками, наприклад, метамфетаміном, також підсилює агресивність, навіть після припинення вживання [124].

Таблиця 3.3

Описові статистики психічних станів у групах за видом залежності

Залежність		тривожність	фрустрація	агресивність	ригідність
Алкогольна залежність	M	10,00	11,00	8,75	13,38
	SD	2,563	5,292	4,132	3,503
Наркотична залежність	M	10,19	10,88	12,23	12,88
	SD	3,763	4,198	3,115	3,179
Полінаркоманія	M	10,14	10,32	12,86	12,36
	SD	3,846	4,381	4,258	3,633

Нижчий показник агресивності в групі алкогольної залежності можна пояснити тим фактом, що в нашому опитуванні брали участь особи з алкоголізмом вже після детоксикації організму, не в гострому стані, та маючи певний період тверезості. Для наркозалежних осіб характерне переживання негативних емоційних станів, наприклад, депресії, тривоги, стресу, і агресивна поведінка може бути способом справитися з цими станами за відсутності ПАР.

Однофакторний дисперсійний аналіз виявив статистично значущу відмінність між групами за шкалою агресивність (табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника
«Самооцінка психічних станів» (відмінності за видом залежності)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F-критерій	p	частковий η^2	Критерій Н Краск.-Уол.	p
тривожність	0,008	0,992	0,000	0,018	0,991
фрустрація	0,139	0,871	0,005	0,425	0,809
агресивність	3,679	0,031	0,111	6,344	0,042
ригідність	0,332	0,719	0,011	0,469	0,791

Таким чином, відповідно до результатів аналізу, можемо зробити висновок, що статистично значущі відмінності між двома групами за статтю та трьома групами за видом залежності від ПАР спостерігаються лише за фактором агресивність з вищим показником у групі чоловіків та у групах наркотичної залежності і полінаркоманії. Про решту факторів можна говорити, що вони однаковою мірою характерні для всіх груп опитуваних.

Далі розглянемо результати методики «Шкала фрустраційного дискомфорту». Як ми зазначали вище, для когорти осіб, залежних від ПАР, характерне переживання стану фрустрації загалом. В когорти осіб, що взяли участь в нашому дослідженні, переважають середні рівні нетолерантності до дискомфорту, емоційної нетолерантності та нетолерантності у сфері досягнень; за показником фрустрації почуття власної гідності спостерігається його високий рівень. Загальні результати представлено на рис.3.2.

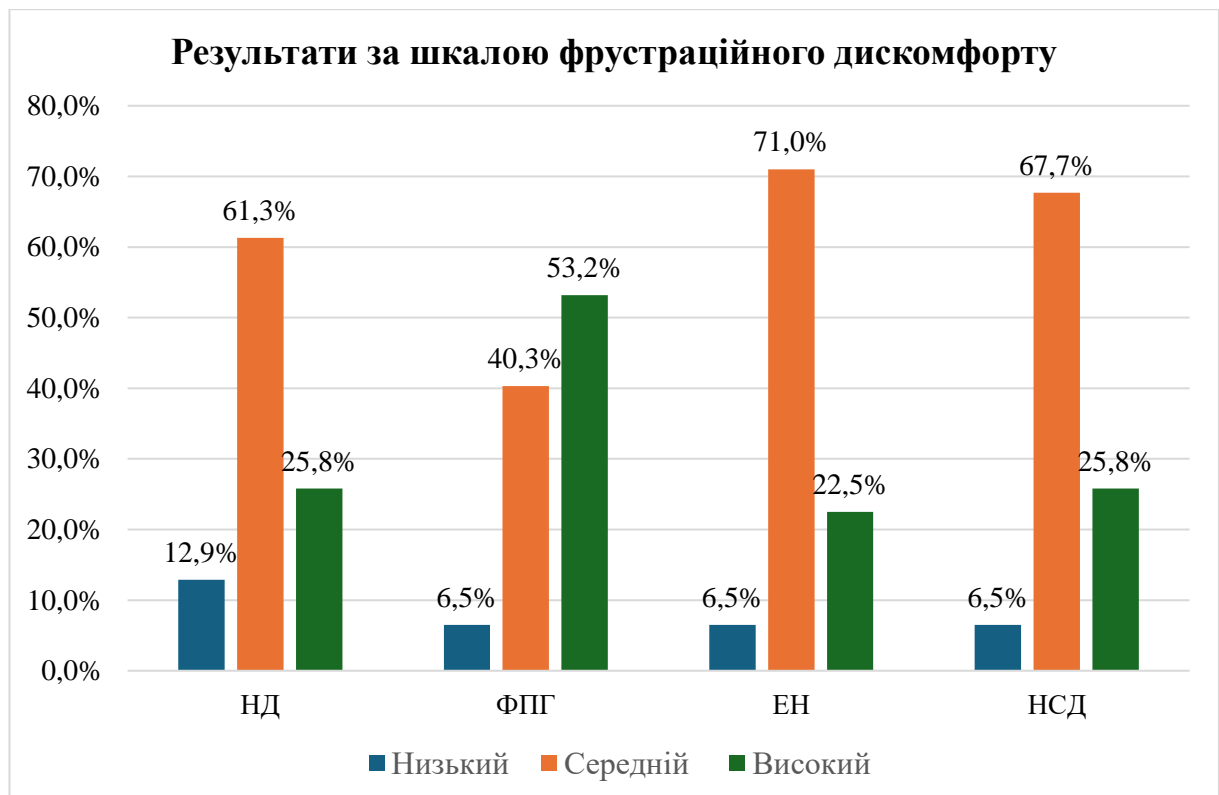


Рис.3.2. Результати за шкалою фрустраційного дискомфорту.

Умовні позначення:

НД - нетолерантність до дискомфорту

ФПГ - фрустрація почуття власної гідності

ЕН - емоційна нетолерантність

НСД - нетолерантність у сфері досягнень

Для визначення відмінностей між групами жінок та чоловіків ми порівняли середні значення за шкалами методики (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Описові статистики для факторів «Шкали фрустраційного дискомфорту» у групах за статтю

Фактори шкали	Жінки		Чоловіки	
	М	SD	М	SD
Нетолерантність до дискомфорту	23,58	5,931	21,52	5,350
Фрустрація почуття власної гідності	23,33	6,541	25,62	5,685
Емоційна нетолерантність	21,42	4,999	21,92	5,233
Нетолерантність у сфері досягнень	19,67	4,868	23,00	5,268
Фрустраційна нетолерантність	88,00	18,025	92,06	18,943

У групі жінок спостерігається вищий показник за шкалою нетолерантність до дискомфорту – 23,58 (21,52 у чоловіків); у групі чоловіків вищі показники за шкалою нетолерантності у сфері досягнень - 23,00 у порівнянні з 19,67 у жінок та за шкалою фрустрації почуття власної гідності – 25,62 порівняно з показником 23,33 у жінок. Показник емоційної нетолерантності схожий в обох групах – 21,42 у жінок та 21,92 у чоловіків. Загальний показник за шкалою фрустраційної нетолерантності вищий у групі чоловіків – 92,06 у порівнянні з 88,0 у жінок.

В основі нетолерантності до дискомфорту лежить переконання, що життя має бути комфортним та позбавленим зусиль і незручностей. Особам з високим показником за цією шкалою важко витримувати стрес, фізичний дискомфорт і відчуття, пов'язані з ними. Вони схильні уникати ситуацій чи діяльності, які можуть викликати ці відчуття.

Фрустрація почуття власної гідності пов'язана з ірраціональним переконанням в тому, що бажане завжди повинно здійснюватися і інші люди мають задовольняти та не фруструвати ці бажання. У осіб з високим показником за цією шкалою загострене почуття справедливості. Неповага сприймається ними як несправедливість. У них є переконання, що вони мають право на краще ставлення до себе інших людей [64].

Особам з високим показником емоційної нетолерантності важко витримувати емоційний дистрес. Вони вважають, що його потрібно уникати чи контролювати. У них спостерігаються труднощі самоконтролю та емоційної саморегуляції, емоційна нестабільність. Цей показник пов'язаний з тривожністю та зі стратегіями уникнення [4].

В основі нетолерантності у сфері досягнень лежить переконання, що високі стандарти, яких особистість домагається, не повинні фруструватися. Цей фактор асоціюється з перфекціонізмом, тривожністю та гнівом [64]. Загальна шкала Фрустраційної нетолерантності відображає переконання, що життя повинно бути таким, як хоче людина [65].

Дослідження, що проводились в когорті осіб з нехімічною залежністю (інтернет залежність), виявили, що у чоловіків спостерігаються вищі показники фрустрації почуття власної гідності та емоційної нетолерантності в порівнянні з рештою показників; у групі жінок виявлена вища емоційна нетолерантність та вища нетолерантність у сфері досягнень у порівнянні з показниками за іншими шкалами. Порівняння груп не проводилось. В іншому дослідженні, яке також вивчало інтернет залежність, у когорті чоловіків

виявили вищий показник за шкалою фрустраційної нетолерантності, ніж у групі жінок (84,88 проти 81,44) [65].

Однофакторний дисперсійний аналіз підтвердив помірні відмінності між групами за статтю у показниках нетолерантності у сфері досягнень, з вищим показником нетолерантності у групі чоловіків (табл.3.6). Про решту факторів можна говорити, що вони однаковою мірою характерні для обох груп опитуваних.

Таблиця 3.6

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника
«Шкала фрустраційного дискомфорту» (відмінності за статтю)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій U Манна-Уїтні	p
Нетолерантність до дискомфорту	1,381	0,244	0,023	233,00	0,235
Фрустрація почуття власної гідності	1,478	0,229	0,024	241,00	0,292
Емоційна нетолерантність	0,091	0,764	0,002	285,00	0,796
Нетолерантність у сфері досягнень	3,981	0,051	0,062	173,00	0,023
Фрустраційна нетолерантність	0,452	0,504	0,007	267,50	0,562

Також ми порівняли середні значення в групах відповідно до виду залежності від ПАР. Дещо вищий показник нетолерантності до дискомфорту виявлено у групі алкогольної залежності - 23,13 порівняно з середнім значенням 21,50 в групі наркозалежності та 21,96 в групі полінаркоманії. У групі з наркотичною залежністю та полінаркоманією спостерігаються вищі показники фрустрації почуття власної гідності – 25,81 та 25,29 відповідно у порівнянні з показником 22,75 у групі алкогольної залежності. Показники

емоційної нетолерантності, нетолерантності у сфері досягнень та загальний показник за шкалою фрустраційної нетолерантності знаходяться на однаковому рівні в усіх трьох групах (табл.3.7).

Таблиця 3.7

Описові статистики для факторів «Шкали фрустраційного дискомфорту» у групах за видом залежності від ПАР

Фактори шкали	Алкогольна залежність		Наркотична залежність		Полінаркоманія	
	М	SD	М	SD	М	SD
Нетолерантність до дискомфорту	23,13	7,140	21,50	4,572	21,96	5,885
Фрустрація почуття власної гідності	22,75	6,135	25,81	5,564	25,29	6,115
Емоційна нетолерантність	21,88	5,817	21,62	4,215	22,00	5,888
Нетолерантність у сфері досягнень	22,38	5,069	22,23	4,430	22,46	6,257
Фрустраційна нетолерантність	90,13	22,190	91,15	14,658	91,71	21,501

Показники за всіма шкалами у всіх трьох групах перевищують середній рівень. Отримані нами результати за опитувальником «Шкала фрустраційного дискомфорту» узгоджуються з даними попередньої методики за шкалою фрустрація і підтверджують, що для когорти осіб із залежністю від ПАР стани фрустрації та нетолерантність до фрустрації є характерною.

За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ми виявили слабкі відмінності між групами залежності у показниках фрустрації почуття власної гідності, однак ці відмінності не є статистично значущими (табл.3.8). Решта факторів однаковою мірою характерні для усіх трьох груп респондентів.

Таблиця 3.8

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника
«Шкала фрустраційного дискомфорту» (відмінності за залежністю)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій Н Краск.-Уол.	p
Нетолерантність до дискомфорту	0,264	0,769	0,009	0,321	0,852
Фрустрація почуття власної гідності	0,833	0,440	0,027	1,948	0,378
Емоційна нетолерантність	0,037	0,964	0,001	0,390	0,823
Нетолерантність у сфері досягнень	0,013	0,987	0,000	0,193	0,908
Фрустраційна нетолерантність	0,023	0,978	0,001	0,066	0,967

Відповідно до результатів опитування за шкалою тривожності GAD-7 25,8% респондентів мають мінімальний рівень, у 37,1% - слабо виражена тривожність, у 21,0% і 16,1% респондентів виявлено помірний та високий рівень тривожності відповідно. Як ми зазначали, для цієї когорти характерна підвищена тривожність. Отримані результати за цим опитувальником узгоджуються з результатами за шкалою тривожності методики «Самооцінка психічних станів».

За шкалою депресії PHQ-9 у 22,6% учасників дослідження депресія відсутня, у решти осіб депресія виражена в меншій чи більшій мірі: 35,5% мають легку депресію, 24,2% мають депресію помірної тяжкості, у 11,3% виявлено депресію середньої тяжкості, у 6,5% - тяжка депресія.

Згідно з дослідженнями, у когорті осіб, залежних від ПАР, превалюють такі стани, як тривожність та депресія. Часте та інтенсивне вживання психоактивних речовин спричиняє зміни нейробіологічного метаболізму і

викликає чи посилює депресивні симптоми, а також дратівливість, повільність мислення, розлади концентрації тощо [69]. Симптоми депресії часто є результатом депресивного розладу. В осіб із алкогольною та наркотичною залежністю депресія виявляється в 2-4 рази частіше, аніж в загальній популяції, у 30-45% тих людей, що звертаються за лікуванням залежної поведінки. Хоча депресивні симптоми можуть бути наслідком органічних змін у мозку через вживання психоактивних речовин, у більшості випадків депресія є незалежним розладом [61].

Ми провели порівняльний аналіз даних, щоб в'яснити, чи є відмінності у рівнях тривожності та депресії у групах жінок та чоловіків, а також відносно виду залежності. За шкалою тривожності і у жінок, і у чоловіків середнє значення відповідає слабо вираженій тривожності. Однак, за шкалою депресії середні значення у групах відрізняються: у чоловіків середнє значення вказує на легку «субклінічну» депресію – 8,78, тоді як у жінок цей показник знаходиться в межах, що відповідають депресії помірної тяжкості – 11,25 (табл.3.9).

Таблиця 3.9

Описові статистики для факторів GAD-7 та PHQ-9 у групах за статтю

Фактори шкали	Жінки		Чоловіки	
	M	SD	M	SD
Тривожність за GAD-7	8,67	6,005	8,38	5,443
Депресія за PHQ-9	11,25	6,608	8,78	5,482

Загалом за результатами досліджень відмінностей у профілях чоловіків та жінок із залежністю, у жінок спостерігається більше проявів тривожних та депресивних симптомів [103].

Однофакторний дисперсійний аналіз виявив слабо виражену відмінність між групами за рівнем депресії з вищим показником у групі жінок, однак не на статистично значущому рівні (табл.3.10).

Таблиця 3.10

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальників
GAD-7 та PHQ-9 (відмінності за статтю)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій U Манна-Уїтні	p
Тривожність GAD-7	0,026	0,873	0,000	293,00	0,901
Депресія PHQ-9	1,814	0,183	0,029	236,00	0,257

Відповідно до виду залежності середнє значення по шкалі тривожності відповідає її слабкій вираженості у всіх трьох групах, з дещо вищим показником у групі наркотичної залежності. Середнє значення за шкалою депресії відповідає легкій «субклінічній» депресії у групі з наркотичною залежністю та у групі полінаркоманії. У групі з алкогольною залежністю цей показник вище і вказує на депресію помірної тяжкості (табл.3.11).

Таблиця 3.11

**Описові статистики для факторів GAD-7 та PHQ-9
у групах за видом залежності від ПАР**

Фактори шкали	Алкогольна залежність		Наркотична залежність		Полінаркоманія	
	M	SD	M	SD	M	SD
Тривожність GAD-7	7,88	6,402	9,19	4,792	7,89	5,971
Депресія PHQ-9	10,25	3,105	9,38	6,100	8,86	6,090

За результатами однофакторного дисперсійного аналізу статистично значущих відмінностей між групами не виявлено, спостерігаються слабкі відмінності у показниках тривожності (табл.3.12).

Таблиця 3.12

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальників
GAD-7 та PHQ-9 (відмінності за видом залежності від ПАР)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій Н Краск.-Уол.	p
Тривожність GAD-7	0,415	0,662	0,014	1,277	0,528
Депресія PHQ-9	0,189	0,829	0,006	1,205	0,548

Численні дослідження підтверджують зв'язок між особистісними якостями та зловживанням психоактивними речовинами. Хоча існують деякі розбіжності у поглядах стосовно причинно-наслідкової природи цього зв'язку. Деякі вчені схильні вважати, що особистісні характеристики можуть бути наслідком зловживання психоактивними речовинами, вказуючи на стрес та зміни в головному мозку, викликані ПАР. Однак переважаючим є погляд на якості особистості як на фактор, що прогнозує схильність до зловживання ПАР та розвитку залежної поведінки [55].

Особистісні фактори, що найтісніше пов'язані зі зловживанням ПАР, - це високий нейротизм, низька усвідомленість та низька доброзичливість. В кількох дослідженнях повідомлялось про комбінацію високого (вище середнього) показника нейротизму, низьких (нижче середнього) показників доброзичливості та усвідомленості у осіб з наркотичною залежністю. Інше дослідження виявило, вищі показники нейротизму та відкритості досвіду і нижчі показники усвідомленості та доброзичливості вказують на підвищений ризик вживання наркотиків [91]. Високий показник екстраверсії також асоціюється зі схильністю до вживання деяких психоактивних речовин.

За підсумками методики «BFI-10» ми отримали показники особистісних рис, що загалом узгоджуються з результатами, отриманими в інших дослідженнях з участю осіб, залежних від ПАР (рис.3.3).

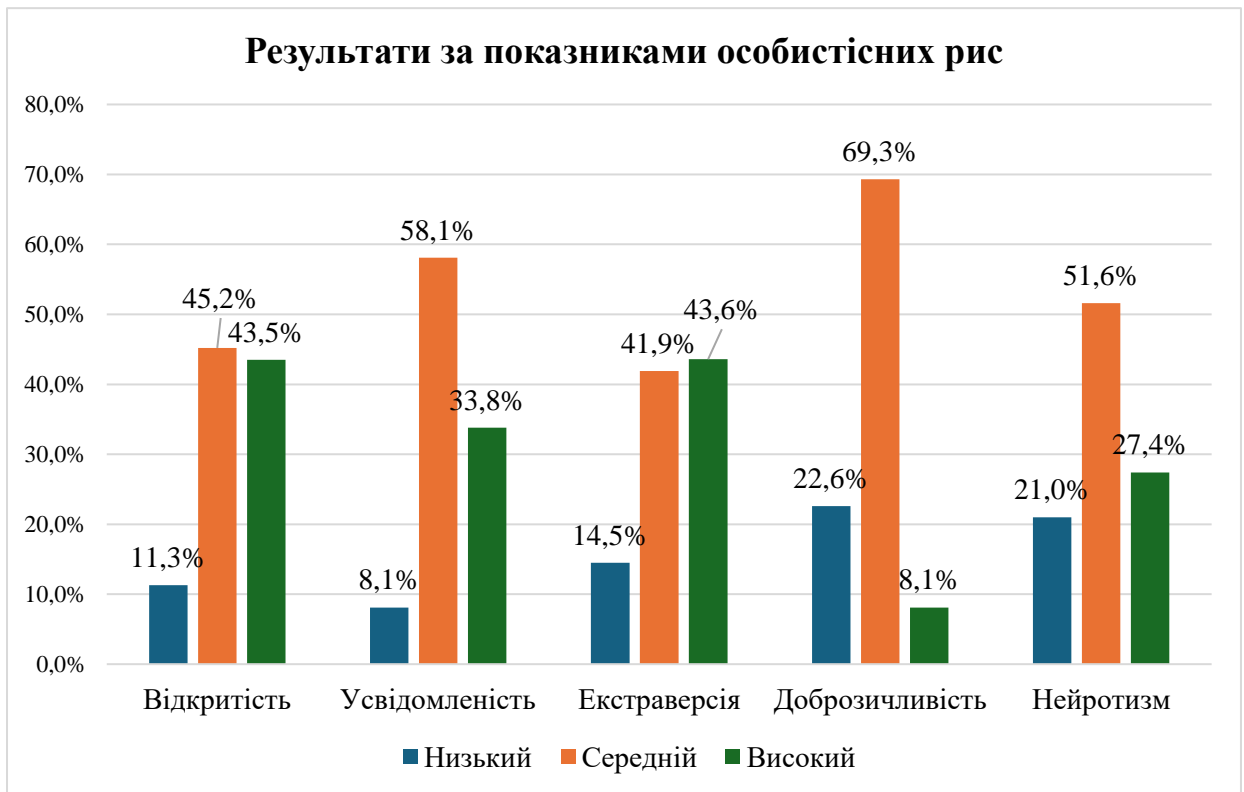


Рис.3.3. Результати за показниками особистісних рис.

В нашій вибірці спостерігаються вищі показники екстраверсії (у 43,6% осіб високий рівень) та відкритості досвіду (у 43,5% осіб високий рівень) і дещо нижчий показник нейротизму (у 27,4% осіб високий рівень); доброзичливість має найнижчий показник – лише 8,1% осіб мають високий рівень цієї риси. Важливо зазначити, що показник усвідомленості в цій когорті є достатньо високим – у 33,8% осіб спостерігається високий рівень цієї риси. Це явище можна пояснити тим, що в нашому дослідженні брали участь особи з різним терміном тверезості та тривалістю реабілітації; більшість осіб проходили реабілітаційну програму декілька разів.

Отже, можна зробити висновок, що наша вибірка загалом характеризується схильністю до пошуку нового досвіду, готовністю пробувати нові речі, ідейністю та багатою уявою, пошуком збудження, пригод та позитивних емоцій, схильністю до нудьги і пошуку стимуляції із зовнішніх джерел, товаришкістю, помірною здатністю до самодисципліни та контролю

своїх імпульсів і поведінки, помірно вираженою схильністю до переживання тривожності, депресії, гніву, ворожості, фрустрації, емоційної нестабільності. Для неї менш характерні довіра, співчутливість, контроль негативних емоцій, конструктивне вирішення конфліктів та більш характерні вороже мислення, агресія, соціальна дезадаптація, конкурентність.

При порівнянні у групах залежно від статі ми виявили, що у жінок середнє значення екстраверсії дещо вище, ніж у групі чоловіків – 7,25 і 6,94 відповідно; хоча ці значення вказують на високий рівень екстраверсії в обох групах. Показник середнього значення доброзичливості у групі жінок нижче, ніж у групі чоловіків – 4,83 та 5,52 відповідно. Описові статистики за всіма факторами BFI-10 представлені в табл.3.13.

Таблиця 3.13

Описові статистики для факторів BFI-10 у групах за статтю

Фактори шкали	Жінки		Чоловіки	
	М	SD	М	SD
Відкритість досвіду	6,92	1,676	6,92	1,988
Усвідомленість	6,00	1,477	6,80	1,738
Екстраверсія	7,25	1,913	6,94	2,217
Доброзичливість	4,83	1,697	5,52	1,488
Нейротизм	6,42	1,929	6,12	1,848

Однофакторний дисперсійний аналіз виявив слабку відмінність між групами чоловіків та жінок за шкалами усвідомленості та доброзичливості, однак вона не є статистично значущою. Про решту факторів можна говорити, що вони однаковою мірою характерні для обох груп респондентів (табл.3.14).

Таблиця 3.14

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами
опитувальника BFI-10 (відмінності за статтю)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	часткови й η^2	Критерій U Манна-Уїтні	p
Відкритість досвіду	0,000	0,996	0,000	295,00	0,928
Усвідомленість	2,161	0,147	0,035	220,00	0,147
Екстраверсія	0,199	0,658	0,003	281,00	0,732
Доброзичливість	1,954	0,167	0,032	236,00	0,237
Нейротизм	0,245	0,622	0,004	282,00	0,745

Досліджуючи когорти осіб, залежних від психоактивних речовин, науковці прийшли до висновку, що є зв'язок не лише з певними особистісними якостями та схильністю до вживання ПАР, а й зв'язок між певними якостями та певним видом психоактивної речовини, яку вживає людина. Наприклад, асоціація між пошуком відчуттів та стимулюючими препаратами, відчуттям безнадійності та опіоїдами, тривожністю та анксиолітиками [46].

В нашому дослідженні ми не проводили аналіз профілів осіб, залежних від ПАР, відповідно до їх речовини вибору та обмежились порівнянням профілів трьох груп за видом залежності – алкогольної, наркотичної та полінаркоманії.

Відповідно до табл. 3.15, у групі алкогольної залежності виявлено показники вище середнього за шкалами відкритості досвіду, усвідомленості, екстраверсії та середні показники доброзичливості та нейротизму. За даними досліджень, вищий показник нейротизму та нижчий показник доброзичливості вказують на тяжкий алкоголізм [68; 119]. Вищі показники екстраверсії також корелюють з підвищеним вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин [104].

Таблиця 3.15

**Описові статистики для факторів BFI-10
у групах за видом залежності від ПАР**

Фактори шкали	Алкогольна залежність		Наркотична залежність		Полінаркоманія	
	М	SD	М	SD	М	SD
Відкритість досвіду	6,25	2,315	6,81	2,020	7,21	1,707
Усвідомленість	6,63	1,188	6,23	1,478	7,04	1,972
Екстраверсія	6,88	2,475	6,62	2,041	7,39	2,166
Доброзичливість	5,50	0,756	5,27	1,402	5,46	1,835
Нейротизм	5,63	2,134	6,15	1,461	6,36	2,112

У групі осіб з наркотичною залежністю показники вище середнього за якостями відкритості досвіду, усвідомленості, екстраверсії та нейротизму і середній бал за якістю доброзичливості. Кілька досліджень у вибірці осіб з опіоїдною залежністю демонструють високий показник нейротизму, низький показник усвідомленості і середній показник відкритості досвіду. Індивіди з кокаїновою залежністю характеризуються вищими рівнями екстраверсії та відкритості досвіду. У осіб, що вживають «важкі» наркотики (героїн, метадон), спостерігається вищий рівень відкритості досвіду, нейротизму та нижчі рівні усвідомленості та доброзичливості. Високий рівень нейротизму також пов'язаний із зловживанням рецептурними психоактивними речовинами; висока екстраверсія – з вживанням кокаїну/креку та стимулюючих препаратів; високий показник відкритості досвіду асоціюється із вживанням канабісу; низька доброзичливість – із вживанням кокаїну/креку та нелегальних опіоїдів [45]. Низький показник доброзичливості вказує на тяжіння особи до агресивності, егоїзму, недовіри, на холодність та відстороненість у міжособистісних стосунках [55].

У групі полінаркоманії спостерігаються високі показники за шкалою відкритості досвіду, усвідомленості, екстраверсії, показник нейротизму вище середнього та середній показник доброзичливості. Схильність до вживання різноманітних психоактивних речовин пояснюється високим рівнем відкритості досвіду, а саме пошуком нових відчуттів. Бажання отримати новий досвід є фактором ризику вживання ПАР. Кілька досліджень встановили позитивний зв'язок відкритості досвіду із вживанням марихуани, нелегальних наркотиків, з опіоїдною залежністю. Вищі рівні нейротизму свідчать про більше вживання різноманітних речовин та полінаркоманію. Особи з високим нейротизмом схильні до таких емоційних станів, як знервованість, тривожність, хвилювання, гнів, провина, депресія. Відповідно до гіпотези самолікування, особи можуть вживати ПАР, оскільки вони вразливі до емоційного дистресу та емоційно нестабільні [104].

Однофакторний дисперсійний аналіз між групами за видом залежності виявив слабкі відмінності за шкалою відкритості досвіду, за факторами усвідомленості, екстраверсії та нейротизму. Однак вони не є статистично значущими (табл.3.16).

Таблиця 3.16

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника
BFI-10 (відмінності за видом залежності від ПАР)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій Н Краск.-Уол.	p
Відкритість досвіду	0,857	0,429	0,028	1,397	0,497
Усвідомленість	1,521	0,227	0,049	2,164	0,339
Екстраверсія	0,894	0,415	0,029	1,915	0,384
Доброзичливість	0,129	0,879	0,004	0,199	0,905
Нейротизм	0,482	0,620	0,016	0,929	0,629

Загалом профілі всіх трьох груп узгоджуються між собою і відповідають профілю залежної особи: нижчий показник доброзичливості, вищий нейротизм та відкритість досвіду. Однак варто зазначити, що у групах спостерігається досить високий рівень усвідомленості. Це можна пояснити тим, що значна частина учасників дослідження вже певний час проходить реабілітаційну програму з психотерапією, деякі учасники проходять програму вже не вперше.

Результати численних досліджень вказують на позитивний зв'язок між готовністю до змін і результатами лікування залежності від ПАР. Готовність до змін асоціюється із залученістю в процес лікування, спробами кинути вживати ПАР, зменшенням вживання ПАР, утриманням та продовженням лікування, дотриманням абстиненції та кращими результатами після закінчення терапії [48].

За підсумками нашого опитування в когорті осіб із залежною поведінкою за шкалами готовності до змін SOCRATES ми отримали такі показники: 50% жінок та 40% чоловіків мають дуже низький та низький бал за шкалою визнання проблеми, 100% жінок та 98% чоловіків мають дуже низький та низький показник за шкалою амбівалентності, 25% жінок та 24% чоловіків мають дуже низький та низький показник за шкалою вчинення кроків.

Низькі бали за шкалою визнання проблеми можуть свідчити про те, що особа заперечує наявність у себе проблеми з алкоголем чи наркотиками, не має бажання щось змінювати в своїй поведінці та продовжує вірити у контрольоване вживання ПАР. Низький бал за шкалою амбівалентності вказує на те, що у особи немає невизначеності щодо проблеми залежності. Однак при цьому слід звертати увагу на показник визнання проблеми: він повинен бути високим, якщо людина немає сумнівів щодо своєї залежної поведінки. При низькому балі за шкалою визнання проблеми низький показник амбівалентності може підтверджувати заперечення наявності проблеми з

алкоголем чи наркотиками. Низькі показники за шкалою вчинення дій свідчать про те, що людина не здійснює жодних кроків для зміни своєї поведінки.

У 16,67% жінок та 26% чоловіків спостерігається високий показник за шкалою визнання проблеми; 75% жінок та 62% чоловіків мають високі та дуже високі бали за шкалою вчинення дій. Високий показник за шкалою визнання проблеми вказує на визнання людиною своєї проблеми, пов'язаною із вживанням психоактивних речовин, на її бажання та готовність до змін і усвідомлення наслідків від продовження вживання ПАР. Високі бали за шкалою вчинення дій прогнозують успішні зміни і свідчать, що особа вже здійснює конкретні дії та демонструє у цьому певний успіх. На цьому етапі людина може потребувати підтримки, щоб рухатися вперед та утримуватися від повернення до старих звичок.

Всі отримані результати за шкалами SOCRATES подано в табл. 3.17. Діапазони балів та відповідні їм рівні показників (інтерпретативне ранжування) були розроблені в ході Проекту MATCH для людей, які вже звернулись за лікуванням від алкогольної залежності. Таке ранжування застосовується для інтерпретації даних, отриманих за опитувальником SOCRATES [79].

Таблиця 3.17

Результати опитування за шкалами SOCRATES у групах за статтю

Шкала	Рівні показників	Діапазон балів	Жінки		Чоловіки	
			n	%	n	%
Визнання проблеми	дуже низький	7 -28	3	25,00	11	22,00
	низький	29 - 31	3	25,00	9	18,00
	середній	32 - 34	4	33,33	17	34,00
	високий	35	2	16,67	13	26,00
Амбівалентність	дуже низький	4 - 11	10	83,33	38	76,00
	низький	12 -14	2	16,67	11	22,00

Продовження табл.3.17

	середній	15 -16			1	2,00
	високий	17 -18				
	дуже високий	19 -20				
Вчинення дій	дуже низький	8 -29	1	8,33	6	12,00
	низький	30 -32	2	16,67	6	12,00
	середній	33 -35			7	14,00
	високий	36 - 38	6	50,00	15	30,00
	дуже високий	39 - 40	3	25,00	16	32,00

Ми не виявили суттєвих відмінностей в середніх значеннях між групами відповідно до статі респондентів. Показники у групі чоловіків дещо вищі, ніж у жінок, однак в обох групах вони знаходяться в межах однакових рівнів (табл.3.18).

Таблиця 3.18

Описові статистики для факторів «SOCRATES» у групах за статтю

Фактори шкали	Жінки		Чоловіки	
	М	SD	М	SD
Визнання проблеми	29,75	6,440	30,86	5,099
Амбівалентність	8,25	3,279	8,80	3,136
Вчинення дій	35,00	5,343	35,44	4,459

Згідно з деякими дослідженнями, у жінок спостерігається вища мотивація до змін залежної поведінки, аніж у чоловіків [49]. В нашому дослідженні у жінок виявилась дещо нижча готовність до змін. Однак однофакторний дисперсійний аналіз не виявив статистично значущих відмінностей у готовності до змін між групами чоловіків та жінок (табл.3.19).

Таблиця 3.19

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника
«SOCRATES» (відмінності за статтю)**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій U Манна-Уїтні	p
Визнання проблеми	0,413	0,523	0,007	267,50	0,559
Амбівалентність	0,293	0,591	0,005	270,00	0,591
Вчинення дій	0,087	0,769	0,001	287,00	0,815

В табл. 3.20 представлені описові статистики за факторами шкали SOCRATES, розподілені на групи за залежністю від ПАР.

Таблиця 3.20

**Описові статистики для факторів «SOCRATES» у групах за видом
залежності від ПАР**

Фактори шкали	Алкогольна залежність		Наркотична залежність		Полінаркоманія	
	M	SD	M	SD	M	SD
Визнання проблеми	28,75	5,825	29,08	6,318	32,64	3,347
Амбівалентність	10,25	2,712	8,81	3,124	8,14	3,217
Вчинення дій	34,00	4,629	34,73	4,992	36,32	4,155

У групі респондентів із алкогольною залежністю спостерігається дуже низький показник за шкалою визнання проблеми - 28,75 і за шкалою амбівалентності - 10,25 та середній показник за шкалою вчинення дій – 34,00. У групі наркотичної залежності спостерігається низький показник за шкалою визнання проблеми – 29,03, дуже низький показник з шкалою амбівалентності – 8,81 та середній показник за шкалою вчинення дій – 34,73. Такі результати можуть вказувати на недостатнє усвідомлення респондентами своєї

залежності та проблем, пов'язаних з нею, на сумніви в необхідності лікування, на думки про можливе контрольоване вживання психоактивних речовин. У групі полінаркоманії ми отримали дещо кращі показники: середній бал за шкалою визнання проблеми – 32,64, дуже низький показник за шкалою амбівалентності – 8,14 та високий показник за шкалою вчинення дій – 36,32. Ці результати свідчать про більшу готовність до змін та до лікування в цій когорті осіб, залежних від психоактивних речовин.

Однофакторний дисперсійний аналіз виявив статистично значущі відмінності між цими групами за шкалою визнання проблеми. Слабкі відмінності також спостерігаються за шкалою амбівалентності та вчинення дій, однак не на статистично значущому рівні (табл.3.21).

Таблиця 3.21

Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника «SOCRATES» (відмінності за видом залежності від ПАР)

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F-критерій	p	частковий η^2	Критерій Н Краск.-Уол.	p
Визнання проблеми	3,921	0,025	0,117	9,854	0,007
Амбівалентність	1,447	0,243	0,047	3,043	0,218
Вчинення дій	1,213	0,304	0,040	3,379	0,185

Отже, в результаті аналізу отриманих нами даних ми можемо зробити наступні висновки про характеристику нашої вибірки. Вибірка характеризується середніми та високими показниками тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Між групами за статтю та залежністю від ПАР статистично значущі відмінності виявлено за фактором агресивність. Серед учасників дослідження спостерігаються середні та високі показники фрустраційної нетолерантності. Між групами за статтю виявлено помірні

відмінності у показниках нетолерантності у сфері досягнень; між групами залежності - слабкі відмінності у показниках фрустрації почуття власної гідності. За показниками депресії аналіз виявив слабо виражену відмінність між групами за статтю з вищим показником у групі жінок. Дещо вищі показники депресії спостерігаються у групі алкогольної залежності.

У вибірці спостерігаються показники вище середнього за рисами відкритості досвіду, усвідомленості, екстраверсії та нейротизму та середні за рисою доброзичливості. У жінок дещо вища екстраверсія і нижча доброзичливість. У групі полінаркоманії дещо вищі показники за всіма шкалами у порівнянні з групами алкогольної та наркотичної залежностей. Рівень готовності до змін відповідає середньому та високому. Показники у групі чоловіків дещо вищі, ніж у жінок. Також про більшу готовність до змін та лікування свідчать показники у групі полінаркоманії.

3.2. Взаємозв'язок особистісних властивостей, терміну тверезості та готовності до змін осіб, залежних від психоактивних речовин

Далі ми представляємо аналіз можливих зв'язків між особистісними властивостями учасників дослідження та їх готовністю до змін. Опрацювання даних здійснювалось за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 30.0.0 для Windows. Ми застосували такі методи дослідження: кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена, Пірсона) та просту лінійну регресію. Оскільки лише за частиною шкал ми отримали нормальний розподіл даних (за критерієм Колмогорова-Смірнова), ми провели кореляційний аналіз з використанням і коефіцієнта Спірмена, і коефіцієнта Пірсона.

У табл. 3.22 представлено результати кореляційного аналізу факторів SOCRATES та психічними станами (за методикою Айзенка), факторами фрустраційної нетолерантності, особистісними якостями, тривожністю, депресією та терміном тверезості. Тут ми вказуємо тільки ті змінні, що мають

статистично значущу кореляцію зі шкалами SOCRATES. Всі отримані кореляції подано в Додатках В, Г.

Таблиця 3.22

Кореляційний аналіз особистісних властивостей та готовності до змін

Змінні	Визнання проблеми	Амбівалентність	Вчинення дій
коефіцієнт Спірмена			
Доброзичливість	-0,306*	-0,142	-0,202
Нейротизм	0,299*	0,009	0,171
коефіцієнт Пірсона			
Тривожність	0,265*	0,165	0,223
Агресивність	0,339**	-0,058	0,332**
Фрустрація почуття власної гідності	0,252*	0,066	0,279*
Емоційна нетолерантність	0,297*	0,192	0,258*
Фрустраційна нетолерантність	0,289*	0,197	0,250
Депресія (PHQ-9)	-0,037	0,259*	-0,089
Визнання проблеми	1	0,037	0,774**
Вчинення дій	0,774**	-0,058	1
Тривалість тверезості (міс)	0,057	-0,278*	0,135

**Тут і далі кореляція значуща на рівні 0.01 (2-сторон.).

*Тут і далі кореляція значуща на рівні 0.05 (2-сторон.).

За шкалою визнання проблеми кореляційний аналіз виявив статистично значущі слабкі позитивні кореляції з тривожністю ($r=0,265$, $p=0,037$), фрустрацією почуття власної гідності ($r=0,252$, $p=0,048$), емоційною нетолерантністю ($r=0,297$, $p=0,019$), фрустраційною нетолерантністю ($r=0,289$, $p=0,022$) та нейротизмом ($r=0,299$, $p=0,018$) і помірний статистично значущий позитивний зв'язок з агресивністю ($r=0,339$, $p=0,007$) та помірний негативний

статистично значущий зв'язок з доброзичливістю ($r=-0,306$, $p=0,016$). Між визнанням проблеми та вчиненням дій виявлено високу статистично значущу позитивну кореляцію ($r=0,774$, $p<0,0001$).

За шкалою амбівалентність є слабкий статистично значущий позитивний зв'язок з депресією ($r=0,259$, $p=0,042$) та негативний зв'язок з тривалістю тверезості на поточний момент ($r= -0,278$, $p=0,028$). За шкалою вчинення дій виявлено помірний статистично значущий позитивний зв'язок з агресивністю ($r=0,332$, $p=0,008$) і слабкий позитивний зв'язок з фрустрацією почуття власної гідності ($r=0,279$, $p=0,028$) та емоційною нетолерантністю ($r=0,258$, $p=0,043$).

Отже, всупереч нашим припущенням, висока тривожність, фрустраційна нетолерантність та нейротизм мають позитивний зв'язок зі шкалами готовності до змін. Статистично значущих кореляцій ригідності з готовністю до змін не виявлено, спостерігається незначний негативний зв'язок зі шкалою вчинення дій ($r= -0,005$, $p=0,970$). Усвідомленість має слабкий позитивний зв'язок зі шкалою вчинення дій, однак не на статистично значущому рівні ($r=0,184$, $p=0,153$). Також слабкий позитивний зв'язок спостерігається між відкритістю досвіду та визнанням проблеми ($r=0,140$, $p=0,276$), теж не в межах статистичної значущості. Відповідно до нашої гіпотези, депресія незначно негативно корелює з визнанням проблеми та вчиненням дій, хоча не на статистично значущому рівні, та позитивно з амбівалентністю.

Кілька досліджень виявили, що вищі показники тривожності пов'язані з підвищеною готовністю до змін в осіб із залежною поведінкою [108]. Вищі показники депресії також вважаються позитивним предиктором визнання проблеми та готовності до лікування, однак асоціюються з гіршими наслідками терапії [96].

Деякі результати свідчать, що особи з високим нейротизмом можуть більше тривожитися через побічні ефекти вживання наркотиків, прагнути скоротити вживання ПАР та виявляти готовність до змін [103]. W. Miller [78]

також виявив, що особи з вищим рівнем нейротизму мають більшу мотивацію до лікування через загальне відчуття дистресу.

В одному дослідженні з участю осіб, що звернулись за лікуванням залежності від ПАР, вивчався зв'язок особистісних якостей та готовності до змін і була виявлена статистично значуща кореляція між доброзичливістю та вчиненням дій і негативна кореляція доброзичливості і визнання проблеми, однак не на статистично значущому рівні [89]. В іншому дослідженні також виявлено, що доброзичливість негативно прогнозує визнання проблеми та позитивно – вчинення дій, також вона є предиктором амбівалентності, однак не на статистично значущому рівні [57].

В нашому дослідженні доброзичливість негативно корелює з визнанням проблеми на статистично значущому рівні. Особи, що мають вищий показник доброзичливості, характеризуються довірою, орієнтацією на групу, вірогідно, можуть бути менш готові до необхідних змін для утримання від вживання ПАР заради власних інтересів.

Цікавою є кореляція фрустрації та агресивності зі шкалами SOCRATES. Зв'язок фрустрації та агресії підтверджується численними дослідженнями. Результати кореляційного аналізу в нашому дослідженні також свідчать про це ($r=0,410$, $p<0,001$). Фрустрація виникає, коли індивід через певні перепони не може досягнути бажаних цілей. Вона породжує гнів, який може проявлятися через агресивну поведінку. Відповідно до гіпотези фрустрації-агресії, фрустрація завжди призводить до агресії. Однак, на думку низки дослідників, у фруструючій ситуації можливі також інші реакції. Відомо, що індивіди можуть реагувати відступом, позитивною агресивністю та деструктивною агресивністю. Позитивна агресивність направлена на пошук способів подолати перепону до досягнення мети. Деструктивна агресивність проявляється в атаках на перепону з наміром зруйнувати її [86].

За L. Berkowitz [67], фрустрація визначається як готовність особи відповісти агресивно тією мірою, якою вона спричиняє негативні емоції.

Е. Marcovitz [86] розглядав агресію як важливу складову будь-якого зростання, адже без неї не було б виживання, не було б активного потягу до навчання, до підкорення власних внутрішніх імпульсів та долання викликів світу, що нас оточує.

Важливим є те, що агресію можна направити на подолання перепони. Особи із залежністю від психоактивних речовин часто звертаються за лікуванням, коли підвищується толерантність до ПАР і отримати бажаний ефект від речовини вибору стає все складніше, коли вони розуміють безвихідність своєї ситуації і відчувають гнів, який вони спрямовують на себе і своє захворювання, намагаючись позбутися його. Таким чином можна пояснити зв'язок фрустрації та агресивності з готовністю до змін.

За результатами досліджень, клієнтам з високим показником агресивності може бути складніше сформувати терапевтичний альянс з психотерапевтом і досягти згоди щодо цілей лікування. Такі клієнти більше схильні до супротиву терапії та мають гірші результати лікування. В такому випадку можна було б припустити, що між шкалами SOCRATES, такими як Визнання проблеми і Вчинення дій, та показником агресивності мала б бути негативна кореляція. Однак результати нашого дослідження частково збігаються з результатами, отриманими в ході масштабного дослідження Project MATCH, що проводилось з участю осіб з алкогольною залежністю в 1990х роках. Тоді дослідники також виявили статистично значущу позитивну кореляцію гніву з визнанням проблеми ($r=0,13$, $p<0,001$) [79].

Для визначення впливу особистісних властивостей на готовність до змін ми провели регресійний аналіз. Ми виявили, що R^2 для агресивності склав 0,115 ($\beta=0,339$, $F=7,771$, $p=0,007$), демонструючи, що 11% варіації у визнанні проблеми пояснюються за рахунок агресивності. Схожий показник ми отримали і за шкалою вчинення дій, де R^2 дорівнює 0,111 ($\beta=0,332$, $F=7,457$, $p=0,008$), тобто 11% варіації у вчиненні дій можна пояснити агресивністю. Нейротизм пояснює 10,2% варіації у визнанні проблеми:

$R^2=0,102$, $\beta = 0,320$, $F=6,828$, $p=0,011$. Депресія обумовлює 6,7% варіації в амбівалентності: $R^2=0,067$, $\beta=0,259$ $F=4,301$, $p=0,042$. Визнання проблеми відповідає за 59,8% варіації у вчиненні дій: $R^2=0,598$, $\beta=0,774$, $F=89,417$ $p<0,001$.

Ми також побудували регресійні моделі для кожного фактору SOCRATES, щоб визначити частки варіації залежних змінних під впливом варіації пов'язаних з ними факторів. За фактором визнання проблеми, найкращою є Модель 2 (саме для цієї моделі маємо мінімум уточненого R^2) (табл.3.23).

Таблиця 3.23

Регресійний аналіз: фактор Визнання проблеми

Визнання проблеми		B	Std.		R ² для	F
Модель			Error	Beta	моделі	
1	(Constant)	24,945	2,276			
	Нейротизм	0,923	0,353	0,320*	0,102	6,828*
2	(Constant)	20,651	2,737			
	Нейротизм	0,816	0,340	0,283*	0,193	7,074**
	Агресивність	0,410	0,159	0,304*		
3	(Constant)	19,942	3,329			
4	Нейротизм	0,751	0,383	0,260	0,195	4,696**
	Агресивність	0,384	0,175	0,285*		
	Фрустраційна нетол.	0,016	0,041	0,055		
	(Constant)	19,959	3,362			
4	Нейротизм	0,737	0,410	0,255	0,196	3,464*
	Агресивність	0,379	0,183	0,281*		
	Фрустраційна нетол.	0,015	0,043	0,051		
	Тривожність	0,022	0,220	0,015		

**Тут і далі статистична значущість на рівні 0,01 (2-сторон.).

*Тут і далі статистична значущість на рівні 0,05 (2-сторон.).

Таким чином, варіація нейротизму та агресивності на 19,3% обумовлює варіацію залежної змінної визнання проблеми. Модель є значущою з ймовірністю 99.8% (1 - 0.002). Додавання у модель додаткових предикторів, таких як фрустраційна нетолерантність та тривожність значно не збільшує R^2 , але ускладнює модель (значення уточненого R^2 починає зменшуватися).

За фактором амбівалентності, згідно з таблицею 3.24, Модель 1 є кращою, оскільки демонструє статистично значущий вплив депресії на амбівалентність: на 6,7% варіація депресії обумовлює варіацію змінної амбівалентність. Додавання у модель предиктора тривалість тверезості збільшує R^2 , однак цей вплив не є статистично значущим.

Таблиця 3.24

Регресійний аналіз: фактор Амбівалентність

Амбівалентність		B	Std. Error	Beta	R^2 для моделі	F
Модель						
1	(Constant)	7,383	0,742			
	PHQ	0,142	0,068	0,259*	0,067	4,301*
2	(Constant)	8,813	1,145			
	PHQ	0,100	0,072	0,183		
	Тривалість тверезості (міс)	-0,481	0,296	-0,214	0,107	3,531*

За фактором вчинення дій кращою є Модель 1, відповідно до якої варіація агресивності на 11,1% обумовлює варіацію залежної змінної (табл.3.25). Модель є значущою з ймовірністю 99.8% (1 - 0.002). Додавання у модель додаткових предикторів, таких як фрустрація почуття власної гідності та емоційна нетолерантність значно не збільшує R^2 .

Таблиця 3.25

Регресійний аналіз: фактор Вчинення дій

Вчинення дій Model		B	Std. Error	Beta	R ² для моделі	F
1	(Constant)	30,699	1,793			
	Агресивність	0,386	0,141	0,332**	0,111	7,457**
2	(Constant)	28,605	2,544			
	Агресивність	0,300	0,159	0,259		
	Фрустрація почуття власної гідності	0,124	0,107	0,159	0,130	4,419*
3	(Constant)	27,754	2,762			
	Агресивність	0,299	0,160	0,258		
	Фрустрація почуття власної гідності	0,058	0,135	0,075		
	Емоційна нетол.	0,116	0,144	0,129	0,140	3,144*

Оскільки кореляційний аналіз виявив негативний зв'язок тривалості тверезості зі шкалою амбівалентності ($r = -,278$, $p = 0,028$), ми дослідили відмінності у показниках за шкалами SOCRATES відповідно до терміну тверезості у респондентів, які взяли участь у нашому дослідженні.

Ми розділили всю вибірку на три групи: група з терміном тверезості від 0 до 6 місяців ($n = 33$, 53,2%), група з терміном від 6,3 до 12 місяців ($n = 6$, 9,7%) та група з терміном від 12,7 до 122,5 місяців ($n = 23$, 37,1%).

За нашою гіпотезою, особи із залежністю від ПАР з коротшим терміном тверезості мають нижчий показник готовності до змін порівняно з тими, у кого довший термін тверезості. В табл. 3.26 подано описові статистики за шкалами готовності до змін SOCRATES відповідно до терміну тверезості.

Таблиця 3.26

**Описові статистики для шкал «SOCRATES» у групах
за терміном тверезості**

Тривалість тверезості	0-6 (міс)		6,3-12 (міс)		12,7-122,5 (міс)	
	М	SD	М	SD	М	SD
Змінні SOCRATES						
Визнання проблеми	30,33	6,107	29,67	7,554	31,35	3,325
Амбівалентність	9,21	2,891	8,50	3,209	8,00	3,464
Вчинення дій	35,27	5,287	32,17	4,956	36,30	2,945

Отримані середні значення за шкалою визнання проблеми та вчинення дій найнижчі у групі респондентів з терміном тверезості від півроку до року. Таке явище можна пояснити тим, що саме на цьому терміні, як правило, завершуються інтенсивні реабілітаційні заходи.

У реабілітаційному центрі, на базі якого ми проводили опитування, обов'язкова програма реабілітації становить 4 місяці з груповою та індивідуальною терапією, тренінгами тощо. Далі особи, що пройшли цю програму та набрали відповідний термін тверезості, можуть стикатися з труднощами за стінами реабілітаційного центру – складнощі у пошуку роботи, адаптація до нового життя, яке відрізняється і від життя в залежності, і від життя в центрі для залежних, складнощі у закріпленні набутих навичок та підтриманні тверезості, налагодження стосунків з близькими людьми. Все це може призводити до важкого емоційного навантаження та дистресу і сумнівів у власних силах справитися з ним без хімічного агенту.

В одужанні осіб, залежних від ПАР, дослідник Д.Ю. Старков [15] виділяє етап з 3 по 6 місяць ремісії, коли у залежного, після початкової високої мотивації до одужання, розвивається зневіра щодо досягнення тривалої тверезості та повноцінного життя. На цьому етапі може розвиватися депресія та виникає конфлікт між підтриманням тверезості і мотивацією повернутися до вживання ПАР. Ця криза досягає свого максимуму в період від півроку до

року ремісії. В цей час мотивація залежної від ПАР особи розщеплюється між зобов'язанням підтримувати тверезість і бажанням вживати ПАР.

Таким чином, отримані нами результати підтверджують ці коливання в мотивації осіб, залежних від психоактивних речовин. Найвищі показники за шкалою визнання проблеми та вчинення дій спостерігаються у респондентів з тривалістю тверезості від року і більше, що відповідає нашій початковій гіпотезі.

За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ми виявили помірні відмінності між групами за шкалою вчинення дій, однак вони не є статистично значущими (табл.3.27).

Таблиця 3.27

**Однофакторний дисперсійний аналіз за факторами опитувальника
SOCRATES у групах за терміном тверезості**

Шкали опитувальника	Параметричний аналіз			Непараметричний аналіз	
	F- критерій	p	частковий η^2	Критерій Н Краскала- Уолліса	p
Визнання проблеми	0,348	0,708	0,012	0,238	0,888
Амбівалентність	1,020	0,367	0,033	1,627	0,443
Вчинення дій	2,001	0,144	0,064	3,717	0,156

Отже, готовність до змін у осіб, залежних від ПАР, коливається в процесі ремісії і знижується в період від півроку до року тверезості, що обумовлюється внутрішнім мотиваційним конфліктом. Найвищі показники за шкалою визнання проблеми та вчинення дій та найнижчі за шкалою амбівалентності спостерігаються у респондентів з тривалістю тверезості від року і більше. Однак відмінності між групами за терміном тверезості не є статистично значущими.

Ці коливання готовності до змін необхідно враховувати в процесі лікування та планувати інтервенції, направлені на підтримку мотивації в періоди, коли вона знижується.

3.3. Вплив особистісних властивостей на готовність до змін у когортах чоловіків та жінок, залежних від психоактивних речовин

В науковій літературі існують обмежені дані стосовно гендерних відмінностей у готовності до змін та до лікування, тому ми провели кореляційний аналіз окремо у групах чоловіків та жінок, щоб виявити, чи є відмінності між цими групами у зв'язках особистісних властивостей з готовністю до змін.

У групі чоловіків за шкалою визнання проблеми кореляційний аналіз виявив статистично значущу слабку позитивну кореляцію з фрустрацією ($r=0,300$, $p=0,034$) та статистично значущі помірні позитивні кореляції з агресивністю ($r=0,319$, $p=0,024$), нетолерантністю до дискомфорту ($r=0,357$, $p=0,011$), фрустрацією почуття власної гідності ($r=0,328$, $p=0,020$), емоційною нетолерантністю ($r=0,335$, $p=0,017$), нетолерантністю у сфері досягнень ($r=0,324$, $p=0,022$) та фрустраційною нетолерантністю ($r=0,382$, $p=0,006$). Нейротизм корелює з визнанням проблеми, однак не на статистично значущому рівні ($r=0,255$, $p=0,074$). Між визнанням проблеми та вчиненням дій виявлено високу статистично значущу позитивну кореляцію ($r=0,740$, $p=0,000$).

Тривалість тверезості має негативний помірний зв'язок з амбівалентністю на статистично значущому рівні ($r=0,401$, $p=0,004$).

За шкалою вчинення дій виявлено слабкий статистично значущий позитивний зв'язок з агресивністю ($r=0,283$, $p=0,046$) та помірний позитивний зв'язок з фрустрацією почуття власної гідності ($r=0,318$, $p=0,024$), емоційною нетолерантністю ($r=0,338$, $p=0,016$) та фрустраційною нетолерантністю ($r=0,324$, $p=0,022$).

В табл. 3.28 подано кореляційні зв'язки особистісних властивостей та готовності до змін для групи чоловіків.

Таблиця 3.28

Кореляційний аналіз у групі чоловіків

Змінні	Визнання проблеми	Амбівалентність	Вчинення дій
Коефіцієнт Спірмена			
Нейротизм	0,255	-0,059	0,186
Коефіцієнт Пірсона			
Фрустрація	0,300*	0,167	0,228
Агресивність	0,319*	-0,068	0,283*
Нетолерантність до дискомфорту	0,357*	0,177	0,264
Фрустрація почуття власної гідності	0,328*	0,122	0,318*
Емоційна нетолерантність	0,335*	0,193	0,338*
Нетолерантність у сфері досягнень	0,324*	0,253	0,218
Фрустраційна нетолерантність	0,382**	0,210	0,324*
Визнання проблеми	1	-0,006	0,740**
Вчинення дій	0,740**	-0,043	1
Тривалість тверезості	0,033	-0,401**	0,099

Регресійний аналіз у групі чоловіків дав можливість визначити вплив деяких незалежних змінних на готовність до змін SOCRATES. Нейротизм та агресивність на 19,2% обумовлюють варіації змінної визнання проблеми ($R^2=0,192$, $F=5,595$, $p=0,007$) та на 13,9% пояснюють варіацію вчинення дій ($R^2=0,139$, $F=3,785$, $p=0,030$). Визнання проблеми пояснює 54,7% варіації у вчиненні дій ($R^2=0,547$, $\beta=0,740$, $F=57,982$, $p<0,001$). Решта факторів значно не збільшують ефект впливу R^2 .

У групі жінок ми отримали інші результати кореляційного аналізу. У цій групі спостерігається статистично значуща помітна позитивна кореляція визнання проблеми з відкритістю досвіду ($r=0,605$; $p=0,037$); значуща помітна негативна кореляція амбівалентності з екстраверсією ($r=-0,613$; $p=0,034$) та висока позитивна кореляція між визнанням проблеми та вчиненням дій ($r=0,875$; $p<0,01$) (табл.3.29).

Таблиця 3.29

Кореляційний аналіз у групі жінок

Змінні	Визнання проблеми	Амбівалентність	Вчинення дій
Коефіцієнт Спірмена			
Відкритість досвіду	0,605*	0,233	0,266
Екстраверсія	0,055	-0,613*	0,371
Коефіцієнт Пірсона			
Визнання проблеми	1	0,158	0,875**
Вчинення дій	0,875**	-0,125	1

Дані інших досліджень також свідчать, що відкритість досвіду корелює з визнанням проблеми, амбівалентністю та вчиненням дій (за субшкалами SOCRATES) [57]. Відкритість досвіду характеризується пошуком нового досвіду та інтелектуальними прагненнями. Особи з високим рівнем відкритості досвіду – цікаві, готові спробувати нові речі, мають багату уяву. Можна припустити, що вони більш схильні до саморефлексії та вибору альтернативних стратегій, що сприятиме усвідомленню наявної проблеми з вживанням ПАР та полегшить впровадження нової поведінки для кращих результатів лікування.

Екстраверсія характеризується сильною мотивацією, активністю, пошуком новизни та відчуттів, бажанням досягати і більшою чутливістю до

отримання винагороди. Дані з кількох досліджень свідчать, що екстраверсія є фактором резильєнтності і захисним фактором від залежності [30].

За допомогою регресійного аналізу ми визначили частки варіації залежних змінних SOCRATES під впливом варіації пов'язаних з ними факторів. Відповідно до результатів, R^2 для екстраверсії становить 0,363 (beta=-0,605, $F=5,778$, $p=0,037$), демонструючи, що 36,6% варіації в амбівалентності можна пояснити варіацією екстраверсії. Визнання проблеми обумовлює 76,5% варіації у залежній змінній вчинення дій: $R^2=0,765$, beta=0,875, $F=32,509$ $p<0,001$. У групі жінок взаємний позитивний вплив визнання проблеми та вчинення дій значно вищий, аніж у групі чоловіків (76,5% проти 54,7%). Решта факторів не має статистично значущого впливу на готовність до змін.

Однак, кількість жінок, що взяли участь у нашому опитуванні, значно менша за кількість чоловіків і, можливо, недостатня для отримання точних даних. Ми припускаємо, що при збільшені кількості респондентів жіночої статі результати кореляцій можуть бути іншими.

Отже, у групі чоловіків помірний статистично значущий позитивний вплив на Визнання проблеми мають нейротизм та агресивність. Найсуттєвіший вплив на вчинення дій на статистично значущому рівні має визнання проблеми. Варіації у факторах нейротизму та агресивності мають незначний вплив на варіації у Вчиненні дій, однак він не є статистично значущим.

У групі жінок ми виявили відмінності у статистично значущих кореляціях порівняно з групою чоловіків: тут спостерігається статистично значущий зв'язок відкритості досвіду зі шкалою визнання проблеми, негативна кореляція між екстраверсією та амбівалентністю. Вплив екстраверсії є суттєвим та статистично значущим відповідно до результатів регресійного аналізу. Визнання проблеми та вчинення дій мають сильний

взаємний позитивний вплив на статистичному рівні. Цей вплив значно вищий, аніж у групі чоловіків.

Отримані нами результати щодо впливу цих особистісних властивостей на готовність до змін можна враховувати при плануванні лікування осіб, залежних від ПАР.

Висновки до розділу 3

1. Здійснено аналіз даних за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 30.0.0 для Windows. Застосовано такі методи розрахунку: описові статистики, параметричний однофакторний дисперсійний аналіз (критерій Фішера) та непараметричний однофакторний дисперсійний аналіз (критерії Манна-Уїтні, Краскала-Волліса), кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона, Спірмена), лінійна регресія.

2. Визначено основні характеристики вибірки:

- середні та високі показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності; виявлено статистично значущі відмінності за фактором агресивність між групами за статтю та залежністю від ПАР (з вищими показниками у групах чоловіків та полінаркоманії);

- середні та високі показники фрустраційної нетолерантності; між групами за статтю виявлено значущі відмінності у показниках нетолерантності у сфері досягнень (з вищим показником у групі чоловіків);

- субклінічна депресія у чоловіків, депресія помірної тяжкості у групі жінок;

- показники вище середнього за шкалами відкритості досвіду, усвідомленості, екстраверсії та нейротизму та середні за шкалою доброзичливості;

- рівень готовності до змін відповідає середньому та високому. Статистично значущі відмінності спостерігаються між групами за залежністю з вищим рівнем готовності у групі полінаркоманії.

3. Готовність до змін у осіб, залежних від ПАР, знижується в період від півроку до року тверезості внаслідок розвитку внутрішнього мотиваційного конфлікту. Найвищі показники за шкалою визнання проблеми та вчинення дій та найнижчі за шкалою амбівалентності спостерігаються у респондентів з тривалістю тверезості від року і більше.

4. За допомогою кореляційного аналізу виявлено статистично значущі зв'язки між особистісними властивостями та готовністю до змін.

За шкалою визнання проблеми спостерігаються позитивні кореляції з тривожністю, фрустрацією почуття власної гідності, емоційною нетолерантністю, фрустраційною нетолерантністю, нейротизмом, агресивністю, доброзичливістю та вчиненням дій.

За шкалою амбівалентність виявлено позитивний зв'язок з депресією та негативний зв'язок з тривалістю тверезості на поточний момент. За шкалою вчинення дій - позитивний зв'язок з агресивністю, фрустрацією почуття власної гідності та емоційною нетолерантністю.

5. За допомогою регресійного аналізу визначено незначний статистично значущий позитивний вплив нейротизму та агресивності на визнання проблеми, депресії на амбівалентність та агресивності на вчинення дій. Найсуттєвіший позитивний вплив на вчинення дій мають показники визнання проблеми.

6. У групі чоловіків виявлено статистично значущий позитивний вплив нейротизму та агресивності на визнання проблеми. Найсуттєвіший вплив на вчинення дій на статистично значущому рівні має предиктор визнання проблеми. У групі жінок вплив екстраверсії на визнання проблеми є суттєвим та статистично значущим. Вплив визнання проблеми на вчинення дій є значно вищим, аніж у групі чоловіків.

ВИСНОВКИ

В роботі представлено аналіз наукових підходів до розуміння готовності до змін та результати емпіричного визначення впливу особистісних властивостей на готовність до змін у осіб, залежних від ПАР. Виконавши завдання нашого дослідження, ми можемо зробити такі висновки.

1. Готовність до зміни розглядається як багатокомпонентний конструкт, основними складниками якого є сприйнята самоефективність, сприйнятий поведінковий контроль, потреба зміни, можливість активної участі в процесі зміни, наявні ресурси, а також інші фактори, включаючи зовнішні, наприклад, контекст, в якому відбувається зміна. В лікуванні залежності від ПАР вчені розрізняють готовність до зміни і готовність до лікування. Для визначення готовності до зміни в залежних від ПАР осіб найчастіше використовується Транстеоретична модель, основним конструктом якої є п'ять стадій зміни: стадія, що передує роздумам, стадія роздумів, підготовка, дія та підтримка зміни. В процесі лікування залежності від ПАР особа може повертатися на попередні стадії, наприклад, при рецидиві.

Жінки менш схильні звертатися за лікуванням через низку перепон на цьому шляху, наприклад, стигматизацію жіночої залежності, конфлікт між роллю матері та потребою лікування тощо.

Особистісні властивості є предикторами вживання ПАР та розвитку залежності, а також можуть прогнозувати видужання від неї. З кращими результатами лікування залежності від ПАР асоціюється низький рівень нейротизму та високий рівень екстраверсії, доброзичливості, усвідомленості і відкритості досвіду. Особи з вищим рівнем нейротизму можуть мати більшу мотивацію до лікування через загальне відчуття дистресу та тривогу через негативні наслідки вживання ПАР. Вища толерантність до фрустрації негативно корелює з кількістю рецидивів та позитивно прогнозує одужання. Вищий рівень депресії є позитивним предиктором визнання проблеми та готовності до лікування.

2. За допомогою аналізу визначено характеристики особистісних властивостей залежних від ПАР осіб, які взяли участь у нашому дослідженні.

У цій когорті спостерігаються середні та високі показники тривожності, агресивності та ригідності; середні та високі показники фрустраційної нетолерантності; субклінічна та помірна депресія; показники вище середнього за рисами відкритості досвіду, усвідомленості, екстраверсії та нейротизму і середні за рисою доброзичливості. Рівень готовності до змін відповідає середньому та високому.

Між групами за статтю виявлено статистично значущі відмінності за факторами агресивність та нетолерантність у сфері досягнень, з вищими показниками у групі чоловіків. У чоловіків спостерігається субклінічна депресія; у жінок виявлено депресію помірної тяжкості.

Між групами залежності спостерігається статистично значуща відмінність за шкалою агресивність з нижчим показником у групі алкогольної залежності та вищим у групі полінаркоманії, а також за шкалою визнання проблеми з найвищим показником у групі полінаркоманії. Загалом вища готовність до змін та лікування виявлена у групі полінаркоманії.

Також визначено, що готовність до змін у осіб, залежних від ПАР, коливається в процесі ремісії і знижується в період від півроку до року трезості, що обумовлюється внутрішнім мотиваційним конфліктом. Найвищі показники за шкалою визнання проблеми та вчинення дій і найнижчі за шкалою амбівалентності спостерігаються у респондентів з тривалістю трезості від року і більше.

3. За допомогою аналізу встановлено статистично значущі зв'язки між досліджуваними особистісними властивостями та готовністю до змін.

За шкалою визнання проблеми виявлено позитивні кореляції з тривожністю, фрустрацією почуття власної гідності, емоційною нетолерантністю, фрустраційною нетолерантністю, нейротизмом, агресивністю, доброзичливістю та вчиненням дій.

За шкалою амбівалентність виявлено позитивний зв'язок з депресією та негативний зв'язок з тривалістю тверезості на поточний момент.

За шкалою вчинення дій спостерігається позитивний зв'язок з агресивністю, фрустрацією почуття власної гідності та емоційною нетолерантністю.

За допомогою регресійного аналізу визначено незначний статистично значущий позитивний вплив нейротизму та агресивності на визнання проблеми, депресії на амбівалентність та агресивності на вчинення дій. Найсуттєвіший значущий позитивний вплив на вчинення дій мають показники визнання проблеми.

4. Виявлено статистично значущі взаємозв'язки особистісних властивостей та готовності до змін у групах за статтю.

У групі чоловіків за шкалою визнання проблеми виявлено позитивну кореляцію з фрустрацією, агресивністю, нетолерантністю до дискомфорту, фрустрацією почуття власної гідності, емоційною нетолерантністю, нетолерантністю у сфері досягнень, фрустраційною нетолерантністю та вчиненням дій. Нейротизм корелює з визнанням проблеми, однак не на статистично значущому рівні. За шкалою амбівалентності встановлено негативний зв'язок з тривалістю тверезості. За шкалою вчинення дій виявлено позитивний зв'язок з агресивністю, фрустрацією почуття власної гідності, емоційною нетолерантністю та фрустраційною нетолерантністю.

За допомогою регресійного аналізу встановлено статистично значущий позитивний вплив нейротизму та агресивності на визнання проблеми. Найсуттєвіший вплив на вчинення дій на статистично значущому рівні має предиктор визнання проблеми. Варіації у факторах нейротизму та агресивності мають незначний вплив на варіації у вчиненні дій, однак він не є статистично значущим.

У групі жінок ми виявили відмінності у статистично значущих кореляціях порівняно з групою чоловіків: тут спостерігається зв'язок

відкритості досвіду зі шкалою визнання проблеми, негативна кореляція між екстраверсією та амбівалентністю. Вплив екстраверсії є суттєвим та статистично значущим відповідно до результатів регресійного аналізу. Визнання проблеми та вчинення дій мають сильний взаємний позитивний вплив на статистичному рівні. Цей вплив значно вищий, аніж у групі чоловіків.

Обмеження та перспективи дослідження.

Наше дослідження має низку обмежень. Проведення дослідження на базі одного реабілітаційного центру може перешкоджати узагальненню отриманих результатів. Також ми залишили поза увагою інші фактори, які можуть впливати на готовність до змін, наприклад, сприйняття самоефективності, толерантність до невизначеності тощо. Окрім того, група жінок та група алкогольної залежності в дослідженні представлені невеликою кількістю осіб і є нерівномірними за обсягом у порівнянні з іншими групами, що могло вплинути на результати. Перспективними є подальші дослідження впливу інших особистісних властивостей на готовність до змін у осіб із залежністю від ПАР із залученням різних реабілітаційних центрів та більшою вибіркою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтам із депресією. *Укр.мед.часопис*. 2015. URL: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2015/02/Depressia.pdf> (дата звернення 14.11.2024)
2. Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2024. № 11. С. 77–103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5> (дата звернення 30.10.2024)
3. Аталієва А.О. Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності : дис. ...канд. психол. наук : 19.00.04. Харків, 2021. 266 с.
4. Божок, Н. О. Досвід використання «Шкали фрустраційного дискомфорту» Н. Херрінгтона у дослідженні фрустраційної толерантності студентів. *Психологія та психосоціальні інтервенції : науковий журнал*. 2019. Т. 2. С. 1-9. URL: <https://dspace.nuft.edu.ua/handle/123456789/39402> (date of access: 15.11.2024)
5. Бринза І.В., Будіянський М.Ф. Готовність до змін як ресурс подолання психологічної кризи. *Наука і освіта*. 2016. № 11. С. 43–48. DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2016-11-9> (дата звернення 14.11.2024)
6. Бринза І.В. Паттерни особистості, готової до змін. *Наука і освіта*. 2014. № 11. С.45–50. <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/6799/1/Brynza.pdf> (дата звернення 14.11.2024)
7. Війна і наркотики: нові маршрути зла. URL: <https://fact-news.com.ua/viyna-i-narkotiki-novi-marshruti-zla/> (дата звернення 14.11.2024)
8. Галич Я. В. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Ūridična psihologiâ*. 2022. № 1 (30). С. 64-73 DOI: <https://doi.org/10.33270/03223001.64> (дата звернення 14.11.2024)

9. Гуркова Т. Дефініція поняття «готовність» у психолого-педагогічній літературі. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2020. № 9 (103). С.317-329.
10. Колесніченко О. С. Сучасний стан розроблення проблеми психологічної готовності до професійної діяльності. *Психологічна готовність військовослужбовців Національної гвардії України до службово-бойової діяльності поза межами пункту постійної дислокації* : монографія / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, В. І. Воробйова та ін. Харків : Нац. акад. Нац. гвардії України, 2016. С. 8–21.
11. Лілік О.О. Теоретичні і методичні засади формування готовності майбутніх учителів української літератури до роботи з теоретико-літературними поняттями : монографія. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 452 с.
12. Мітрошкіна О.В. Специфіка психологічної готовності до змін та особистісної зрілості у працівників кримінально-виконавчої служби. *Право і безпека*. 2018. № 3 (70). С.64-70
13. Самойленко О., Лисак П. Психологічна готовність особистості як предмет наукового дослідження. *Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України*. Серія: Психологічні науки. 2019. № 2(13). С. 232 – 241. DOI: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv_pn_2019_2_18 (дата звернення 14.11.2024)
14. Сердюк О.О., Базима Б.О. Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості VFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики. *Право і безпека*. 2021. № 83. С.100-110. DOI: 10.32631/pb.2021.4.10 (дата звернення 14.11.2024)
15. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації : дис...канд. психол. наук : 19.00.04. Київ, 2021. 308 с.
16. Тадеєва Т.В. Теорія самодетермінації Дісі-Раяна і навчальна мотивація. *Наукові записки. Серія: Педагогіка*. 2012. № 3. С.215-223.

17. Тапалова О.Б. Мотивація досягнення: феномен, дослідження, проблеми. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2014. № 4 (25). С.158-164.
18. Шевченко Ю. Аналіз концепту поняття «готовність» у словниковій літературі. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2018. Вип. 22, том 2. С.154-161.
19. Щербина Л.Ф. Динаміка смислових структур осіб, залежних від психоактивних речовин, в процесі психологічної реабілітації : дис. ...канд. психол. наук : 19.00.04. Київ, 2004. 210 с.
20. Achmawati N.J., Sukmadewi N.R., Pratami A.C. Motivation and Change Readiness for Educational Digital Acceleration Based on College Students' Perspectives. *Review of Integrative Business and Economics Research*. 2022. Vol. 11. Iss.3. P.125-134.
21. Adan A., Forero D.A., Navarro J.F. Personality Traits Related to Binge Drinking: A Systematic Review. *Front. Psychiatry*. 2017. №8. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00134) (date of access: 15.11.2024)
22. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991. № 50. P.179-211. DOI:[10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T) (date of access: 14.11.2024)
23. Allemand M., Flückiger C. Changing personality traits: Some considerations from psychotherapy process-outcome research for intervention efforts on intentional personality change. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2017. №27(4). P.476-494. DOI: <https://doi.org/10.1037/int0000094> (date of access: 15.11.2024)
24. Amireault, S., Godin, G., Vohl, MC. et al. Moderators of the intention-behaviour and perceived behavioural control-behaviour relationships for leisure-time physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2008. №5, 7. DOI: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-7> (date of access: 14.11.2024)

25. Andersson C., Wincup E., Best D. et al. Gender and recovery pathways in the UK. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1852180> (date of access: 15.11.2024)
26. Andersson H.W., Wenaas M., Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*. 2019. №90. P.222–228 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008> (date of access: 15.11.2024)
27. Armitage C.J., Sheeran P., Conner M., Arden M.A. Stages of change or changes of stage? Predicting transitions in transtheoretical model stages in relation to healthy food choice. *J Consult Clin Psychol*. 2004. № 72(3). P.491-499. DOI:10.1037/0022-006X.72.3.491 (date of access: 15.11.2024)
28. Anxiety: Current Trends in Theory and Research / ed. by C.D. Spielberger. New York : Academic Press, 2013. 485 p.
29. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 1977. Vol.84, №2. P.191-215.
30. Belcher A.M., Volkow N.D., Moeller F.G., Ferré S. Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends Cogn Sci*. 2014. № 18(4). P.211-217. DOI: 10.1016/j.tics.2014.01.010 (date of access: 17.11.2024)
31. Bertholet N., Dukes K., Horton N. et al. Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive behaviors*. 2009. № 34. P.568-72. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.03.013 (date of access: 15.11.2024)
32. Blonigen D.M., Macia K.S. Personality change during substance use disorder treatment is associated with improvements in abstinence self-efficacy post-treatment among U.S. military veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2021. № 120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108187> (date of access: 15.11.2024)
33. Browne K.C., Wray T.B., Stappenbeck C.A. et al. Alcohol Consumption, Craving, and Craving Control Efforts Assessed Daily in the Context of

- Readiness to Change Among Individuals with Alcohol Dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2016. № 61. P.34–41.
34. Brown V.B., Melchior L.A., Panter A.T. et al. Women's steps of change and entry into drug abuse treatment. A multidimensional stages of change model. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000. № 18. P.231–240.
35. Bucher M.A., Suzuki T., Samuel D.B. A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical Psychology Review*. 2019. № 70. P.51–63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.002> (date of access: 15.11.2024)
36. Burrowes N., Needs A. Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders. *Aggression and Violent Behavior*. 2009. Vol.14. Iss.1. P.39-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.08.003>. (date of access: 15.11.2024)
37. Cahill M.A., Adinoff B., Hosig H. et al. Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*. 2003. Vol. 28. Iss.1. P.67-79. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00217-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00217-9) (date of access: 17.11.2024)
38. Caldwell E. The Characteristics of Frustration Behavior. *Elementary School Guidance and Counseling*. 1968. Vol. 2. № 3. P.202-211.
39. Carey K.B., Purnine D.M., Maisto S.A. et al. Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four-session motivation-based intervention. *Behav Modif*. 2001. № 25(3). P.331-384. DOI: 10.1177/0145445501253001(date of access: 14.11.2024)
40. Chipea F., Negruți D., Procedia S.T. Intercultural differences in frustration intolerance. *Social and Behavioral Sciences*. 2012. № 33. P.583 – 587.
41. Collinson B., Hall L. The role of social mechanisms of change in women's addiction recovery trajectories. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021. № 28(4). DOI: 10.1080/09687637.2021.1929077 (date of access: 15.11.2024)

42. Conner M., Norman P. Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. *Front. Psychol.* 2022. №13. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.923464 (date of access: 15.11.2024)
43. Costa P., McCrae R., David D. Facet Scales for Agreeableness and Conscientiousness: A Revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences.* 1991. №12. P.887-898. DOI: 10.1016/0191-8869(91)90177-D (date of access: 15.11.2024)
44. Dalton C.C., Gottlieb L.N. The concept of readiness to change. *Journal of Advanced Nursing.* 2003. № 42(2). P.108–117.
45. Dash G.F., Martin N.G., Slutske W.S. Big Five personality traits and illicit drug use: Specificity in trait–drug associations. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2023. Vol.37(2). P.318-330. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9091062/pdf/nihms-1748031.pdf> (date of access: 15.11.2024)
46. Delic M., Kajdiž K., Pregelj P. Association of the Five-Factor Model Personality Traits and Opioid Addiction Treatment Outcome. *Psychiatria Danubina.* 2017. Vol. 29, Suppl. 3, P. 289-291. URL: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol29_noSuppl%203/dnb_vol29_noSuppl%203_289.pdf (date of access: 15.11.2024)
47. DiClemente C.C., Crisafulli M.A. Relapse on the Road to Recovery: Learning the Lessons of Failure on the Way to Successful Behavior Change. *Journal of Health Service Psychology.* 2022. № 48. P.59–68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s42843-022-00058-5> (date of access: 15.11.2024)
48. DiClemente C.C., Nidecker M., Bellack A.S. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2008. № 34(1). P.25-35. DOI: 10.1016/j.jsat.2006.12.034 (date of access: 17.11.2024)
49. DiClemente C.C. Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment. *American Psychological Society.* 1999. Vol. 10, № 3. P. 209-213.

50. Do Hyung-Sik, Sora Tokui. The relationship between personality traits and treatment outcomes in patients with substance use disorders. *Arch Clin Psychiatry*. 2022. № 49(6). P. 47-54. DOI: 10.15761/0101-60830000000498 (date of access: 15.11.2024)
51. Ebrahim S.M., Alam F.H., Berry K. The Effectiveness of Rational Emotive Therapy on Stress and Irrational Thoughts among Drug Addicts. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*. 2020. Vol. 7. Iss.1. P.965-977.
52. Farooq N., Riaz S. Psychosocial Factors as the Determinants of Relapse in Individuals with Substance Use Disorder. *Int. J. Innov. Sci. Technol.* 2022. Special Issue. P.97-104.
53. Feldman M., Kumar V.K., Angelini F. et al. Individual Differences in Substance Preference and Substance Use. *Journal of Addictions and Offender Counseling*. 2007. Vol.27. P. 82-101.
54. Fiske S. T., Taylor, S. E. *Social Cognition: From Brains to Culture*. London : Sage Publications Ltd, 2013. 579 p.
55. Flory K., Lynam D., Milich R. et al. The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: results from a community sample. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2002. № 10(4). P.425-34. DOI: 10.1037//1064-1297.10.4.425 (date of access: 15.11.2024)
56. Fodstad E.C., Erga A.H., Pallesen S. et al. Personality traits as predictors of recovery among patients with substance use disorder. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*. 2024. № 162. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209360> (date of access: 15.11.2024)
57. Fodstad E.C., Ushakova A., Pallesen S. et al. Personality and substance use disorder: Characteristics as measured by NEO-personality inventory–revised. *Front. Psychol*. 2022. № 13. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.982763 (date of access: 14.11.2024)
58. Freyer J., Tonigan J.S., Keller S. et al. Readiness for change and readiness for help-seeking: a composite assessment of client motivation. *Alcohol &*

- Alcoholism*. 2005. Vol. 40, № 6. P. 540–544. DOI: 10.1093/alcalc/agh195 (date of access: 14.11.2024)
59. Gossop, M., Stewart, D., Marsden, J. Readiness for change and drug use outcomes after treatment. *Addiction*. 2007. № 102(2). P.301–308. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01681.x> (date of access: 15.11.2024)
60. Harrington N. Frustration Intolerance: Therapy Issues and Strategies. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2011. DOI: 10.1007/s10942-011-0126-4 (date of access: 15.11.2024)
61. Hepner K.A., Hunter S.B., Edelen M.O. et al. A comparison of two depressive symptomatology measures in residential substance abuse treatment clients. *J Subst Abuse Treat*. 2009. № 37(3). P.318-325. DOI: 10.1016/j.jsat.2009.03.005 (date of access: 17.11.2024)
62. Hesse M. The Readiness Ruler as a measure of readiness to change poly-drug use in drug abusers. *Harm Reduct J*. 2006. № 3. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7517-3-3> (date of access: 14.11.2024)
63. Ijaz T., Gutierrez N.M., Pepler D. Is Your Program Assessing Adolescents' Readiness for Change? Considerations and Recommendations for the URICA. *Journal of Therapeutic Schools and Programs*. 2023. Vol.XV. P.34-55 DOI: 10.19157/JTSP.issue.15.01.02 (date of access: 14.11.2024)
64. Jibeen T. Frustration Intolerance Beliefs as Predictors of Emotional Problems in University Undergraduates. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2013. № 31. P.16–26. DOI: 10.1007/s10942-012-0154-8 (date of access: 15.11.2024)
65. Kewalramani S, Pandey S. Effect of Frustration Intolerance and Emotional Maturity on Internet Addiction among Young Adults. *International Journal on Neuropsychology and Behavioural Sciences*. 2020. Vol.1. Iss.1. DOI: 10.51626/ijnbs.2020.01.00001 (date of access: 15.11.2024)

66. Kornør H., Nordvik H. Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*. 2007. № 7:37 DOI:10.1186/1471-244X-7-37 (date of access: 15.11.2024)
67. Kruglanski A., Ellenberg M., Szumowska E. et al. Frustration–aggression hypothesis reconsidered: The role of significance quest. *Aggressive Behavior*. 2023. № 49. P.445–468. DOI: <https://doi.org/10.1002/ab.22092> (date of access: 17.11.2024)
68. Kumari R., Ray A., Quadras J. et al. Personality Traits in Patient with Alcohol Dependence. *International Journal of Science and Healthcare Research*. 2023. Vol.8, Iss.3. P.48-51.
69. Laitano H.V., Ely A., Sordi A.O. et al. Anger and substance abuse: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. 2021. №44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1133> (date of access: 17.11.2024)
70. Lauvsnes A.D.F., Gråwe R.W., Langaas M. Predicting Relapse in Substance Use: Prospective Modeling Based on Intensive Longitudinal Data on Mental Health, Cognition, and Craving. *Brain Sci*. 2022. № 12. P.957. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci12070957> (date of access: 15.11.2024)
71. Lawson P.J., Flocke S.A. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Educ Couns*. 2009. № 76(1). P.25–30. DOI: 10.1016/j.pec.2008.11.002 (date of access: 14.11.2024)
72. Lim T.V., Ersche K.D. Differential profiles of cognitive and behavioral inflexibility in addictive disorders. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2024. № 58. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2024.101402> (date of access: 17.11.2024)
73. Li Y., Ruzicka M. The Big Five personality traits and theory of planned behavior in physical education students. *Quality in Sport*. 2022. № 8(3). P.11-22. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/QS.2021.08.03.001> (date of access: 14.11.2024)
74. Lupuleac C., Sava F.A. Romanian Version of the Frustration Discomfort Scale (FDS): A Preliminary Validation on a Non-clinical Sample. *Journal of Rational-*

- Emotive and Cognitive-Behavior Therapy. 2024. № 42. P.544–557.DOI: <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00531-0> (date of access: 15.11.2024)
75. Madsen S.R., John C.R., Miller D. Influential Factors in Individual Readiness for Change. *Journal of Business and Management*. 2006. Vol. 12, № 2. P.93-110.
76. McBride C.M., Emmons K.M., Lipkus I.M. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research. Theory & Practice*. 2003. Vol.18, № 2. P.156–170. DOI: 10.1093/her/18.2.156 (date of access: 14.11.2024)
77. McCrae R.R., John, O.P. An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*. 1992. № 60(2). P.175–215
78. Miller W.R., Rollnik S. Motivational interviewing : preparing people for change. New York : The Guilford Press, 2002. 449p.
79. Miller W.R., Tonigan S.J. Alcohol Problem Recognition and Treatment Outcome. *Project MATCH: Hypotheses, Results, and Causal Chain Analyses* : monograph / ed. by R.Longabaugh, P.W. Wirtz. Rockville, 2001. P.223-239.
80. Minero V.A., Best D., Brown L. et al. Differences in addiction and recovery gains according to gender – gender barriers and specific differences in overall strengths growth. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2022. № 17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00444-8> (date of access: 15.11.2024)
81. Mohamed I., Khalifa H., Hassaan S. et al. Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. *Middle East Current Psychiatry*. 2020. №27(1). DOI: 10.1186/s43045-020-00029-w (date of access: 15.11.2024)
82. Moksnes U.K. Sense of Coherence. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. 2021. P.35-46 DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_4 (date of access: 14.11.2024)
83. More R.A. The Impact of Addiction on Adults Aggression and Obsessive Thought. *IJARST*. 2024. Vol. 4. Iss.1. P.131-134. DOI: 10.48175/IJARST-15621 (date of access: 14.11.2024)

84. Morillo Rivero L.E., Torrubia R., Ibáñez Molina A.J. et al. Relationship between Frustration Intolerance and Personality Dimensions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2020. № 20. P.343-351.
85. Moulding N.T., Silagy C.A., Weller D.P. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Qual Health Care*. 1999. № 8(3). P.177-183. DOI: 10.1136/qshc.8.3.177 (date of access: 14.11.2024)
86. Murray H.T. Anger: a descriptive analysis of the definition, dynamics, physiology, maladaptive characteristics and educational applications. *Theses and Dissertations at Montana State University (MSU)*. 2015. URL: <https://scholarworks.montana.edu/handle/1/4475> (date of access: 17.11.2024)
87. Myers, B., van der Westhuizen, C., Naledi, T. et al. Readiness to change is a predictor of reduced substance use involvement: findings from a randomized controlled trial of patients attending South African emergency departments. *BMC Psychiatry*. 2016. №16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0742-8> (date of access: 17.11.2024)
88. Nevid J.S., Gordon A.J., Miele A.S. et al. Personality Profiles of Individuals with Substance Use Disorders: Historical Overview and Current Directions. *J Ment Health Clin Psychol*. 2020. № 4(2). P.38-44.
89. Oguizu O.J., Ifeagwazi C.M., Chukwuorji J.C. Personality traits as predictors of readiness to change among treatment-seeking substance use disorder patients in Northern Nigeria. *Nigerian Journal of Psychological Research*. 2019. №15. P.46-52.
90. Pars E., VanDerNagel J.E.L., Dijkstra B.A.G. et al. Using the Recovery Capital Model to Explore Barriers to and Facilitators of Recovery in Individuals with Substance Use Disorder, Psychiatric Comorbidity and Mild-to-Borderline Intellectual Disability: A Case Series. *J. Clin. Med*. 2023. № 12. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12185914> (date of access: 15.11.2024)

91. Personality Traits and Drug Consumption. A Story Told by Data / E. Fehrman et al. Cham : Springer, 2020. 134 p.
92. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In Search of How People Change. *Applications to Addictive Behaviors, Am Psychol.* 1992. Vol.47. №9. P.1102-1114 DOI: 10.1037//0003-066x.47.9.1102 (date of access: 14.11.2024)
93. Rafferty A.E., Jimmieson N.L, Armenakis A.A. Change Readiness: A Multilevel Review. *Journal of Management.* 2013. Vol. 39. № 1. P.110-135 DOI: 10.1177/0149206312457417 (date of access: 14.11.2024)
94. Raihan N, Cogburn M. Stages of Change Theory. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.
95. Ramirez-Castillo D., Garcia-Roda C., Guell F. et al. Frustration Tolerance and Personality Traits in Patients With Substance Use Disorders. *Front. Psychiatry.* 2019. № 10. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00421 (date of access: 15.11.2024)
96. Rapp R.C., Xu J., Carr C.A. et al. Understanding Treatment Readiness in Recently Assessed, PreTreatment Substance Abusers. *Subst Abus.* 2007. №28(1). P.11–23. DOI:10.1300/J465v28n01_03 (date of access: 15.11.2024)
97. Rhodes R.E., Smith N.E. Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2006. № 40(12). P.958-965. DOI: 10.1136/bjism.2006.028860 (date of access: 14.11.2024)
98. Richards D.K., Morera O.F., Cabriaes J.A. et al. Factor, Concurrent and Predictive Validity of the Readiness to Change Questionnaire [Treatment Version] Among Non-Treatment-Seeking Individuals. *Alcohol Alcohol.* 2020. № 55(4). P.409-415. DOI: 10.1093/alcalc/agaa021 (date of access: 14.11.2024)
99. Rollnick S., Heather N., Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health.* 2009. DOI: 10.3109/09638239209034509 (date of access: 15.11.2024)
100. Ryan R.M., Deci E.L. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future

- directions. *Contemporary Educational Psychology*. 2020. Vol.61 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860> (date of access: 14.11.2024)
101. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000. № 55(1). P.68-78. DOI: 10.1037//0003-066x.55.1.68 (date of access: 14.11.2024)
102. Ryan, R. M., Deci, E. L. Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development and wellness. New York, NY : Guilford Press, 2017.
103. Santos-de Pascual A., Saura-Garre P., Lopez-Soler C. Mental health in people with substance use disorder: differential aspects between men and women. *Anal. Psicol*. 2020. Vol.36. №3. P.443-450. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.3.399291> (date of access: 17.11.2024)
104. Sattler S., Schunck R. Associations Between the Big Five Personality Traits and the Non-Medical Use of Prescription Drugs for Cognitive Enhancement. *Front Psychol*. 2016. № 6. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01971 (date of access: 17.11.2024)
105. Schein, E.H. Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. *Systems Practice*. 1996. № 9. P.27–47 DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02173417> (date of access: 14.11.2024)
106. SeungYeong Im, Gwonhyu Jin, Jinju Jeong et al. Gender Differences in Aggression-related Responses on EEG and ECG. *Experimental Neurobiology*. 2018. № 27(6). P.526-538. DOI: <https://doi.org/10.5607/en.2018.27.6.526> (date of access: 15.11.2024)
107. Slabbert I., Greene M.C., Womersley J.S. et al. Women and substance use disorders in low- and middle-income countries: A call for advancing research equity in prevention and treatment. *Subst Abus*. 2020. № 41(1). P.6–10. DOI:10.1080/08897077.2019.1680481 (date of access: 15.11.2024)
108. Smith J.P., Tran G.Q. Does negative affect increase change readiness among college hazardous drinkers. *Florida State University College of Arts and Sciences*. 2007. Vol. 32. Iss. 10. P.2281-2285.

109. Sogbesan A., Lenz D., Lister J.J. et al. Mediation pathways among drug use initiation, use-related consequences, and quit attempts. *Drug Alcohol Depend Rep.* 2024 № 6. DOI: 10.1016/j.dadr.2024.100229 (date of access: 14.11.2024)
110. Spitzer R., Kroenke K., Williams J. et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006. №166(10). P.1092-1097. DOI:10.1001/archinte.166.10.1092 (date of access: 15.11.2024)
111. Stanković S., Vukosavljević-Gvozden T. The Relationship of a Measure of Frustration Intolerance with Emotional Dysfunction in a Student Sample. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy.* 2011. № 29. P.17-34. DOI: 10.1007/s10942-011-0128-2 (date of access: 15.11.2024)
112. Stoycheva K., Tair E., Popova K. Rigidity and its relations to the basic dimensions of personality. *Psychological Research.* 2020. Vol.23. № 2. P.127-149.
113. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment for Stimulant Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33. Rockville : SAMHSA Publication, 2021. 247p.
114. Substance Abuse Treatment and the Stages of Change: Selecting and Planning / G.J. Connors et al. New York : The Guilford Press, 2013. 355 p.
115. Tambling R.R. A Critical Evaluation of Motivation to Change Conceptualization, Measurement, and Utility in Counseling and Psychotherapy. *The Family Journal.* 2019. Vol. 27, Iss. 2. DOI: <https://doi.org/10.1177/10664807198333399> (date of access: 14.11.2024)
116. Terry D.J., Hogg M.A., White K.M. The theory of planned behaviour: Selfidentity, social identity and group norms. *British Journal of Social Psychology.* 1999. № 38.3. P.225– 244. DOI: 10.1348/014466699164149 (date of access: 15.11.2024)
117. The Handbook of Behavior Change / M.S. Hagger et al. Cambridge : Cambridge University Press, 2020. 707 p.
118. Tripaldi, S., Paparusso, M., Amabili, M. Et al. Frustration discomfort scale (FDS). A psychometric study of the Italian version. *Journal of Rational-*

- Emotive and Cognitive-Behavior Therapy. 2018. № 36(3). P.267–287. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0286-6> (date of access: 15.11.2024)
119. Turiano N.A., Whiteman S.D., Hampson S.E. et al. Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *Journal of Research in Personality*. 2012. № 46. P.295–305.
120. Turner S., Mota N., Bolton J. et al. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*. 2018. № 35. P.851–860.
121. UNODC, World Drug Report 2024 (United Nations publication, 2024) URL: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR24_Contemporary_issues.pdf (date of access: 15.11.2024)
122. Walinga J. Toward a theory of change readiness: The roles of appraisal, focus, and perceived control. *Journal of Applied Behavioral Science*. 2008. № 44. P.315-347.
123. Walton K.E., Roberts B.W. On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*. 2004. Vol. 38, Iss. 6. P.515-535.
124. Wang G.Y., Crook-Rumsey M. Aggression in substance use treatment seekers. *Personality and Individual Differences*. 2021. Vol.180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110997> (date of access: 15.11.2024)
125. Wan Shahrazad W.S., Lukman Z.M., Murni A.R. et al. Personality traits and readiness to change among drug addicts in Malaysia. *Research Journal of Applied Sciences*. 2010. № 5 (4). P.263-266.
126. Wan Shahrazad W.S., Lukman Z.M., Murni A.R. et al. Personality Traits as Predictors towards Readiness to Change among Female Drug Addicts. *American Journal of Applied Sciences*. 2011. № 8 (2). P.134-140.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник Frustration Discomfort Scale

Прочитайте, будь ласка, уважно наступні твердження. Для кожного твердження обведіть кружечком одну цифру від 1 до 5, наскільки у Вас виражена думка, зазначена у твердженні.

№	Твердження	зовсім не виражена	слабко виражена	помірно виражена	сильно виражена	дуже сильно виражена
1	Мені потрібен найпростіший спосіб вирішення проблеми; Я терпіти не можу створювати труднощі навколо неї.	1	2	3	4	5
2	Я терпіти не можу, коли змушений(на) чекати того, що мені хотілося б зараз.	1	2	3	4	5
3	Я абсолютно повинен(на) якомога швидше звільнитися від тривожних почуттів; Я не можу витримати, якщо вони продовжуються.	1	2	3	4	5
4	Я терпіти не можу, коли мені заважають повністю реалізувати свій потенціал.	1	2	3	4	5
5	Я терпіти не можу виконувати завдання, які здаються надто складними.	1	2	3	4	5
6	Я терпіти не можу, якщо люди діють проти моїх бажань.	1	2	3	4	5
7	Я не можу витримати відчуття, що я втрачаю розум.	1	2	3	4	5
8	Я не можу витримати роздратування через недосягнення своїх цілей.	1	2	3	4	5
9	Я терпіти не можу виконувати завдання, коли я не в настрої.	1	2	3	4	5
10	Я не можу витримати, якщо інші люди стоять на шляху до того, що я хочу.	1	2	3	4	5
11	Я не можу витримати певні думки.	1	2	3	4	5

12	Я не можу прийняти зниження своїх стандартів, навіть якщо було б корисно зробити так.	1	2	3	4	5
13	Я терпіти не можу змушувати себе виконувати завдання.	1	2	3	4	5
14	Я не можу прийняти, коли мене не цінують.	1	2	3	4	5
15	Я терпіти не можу ситуації, в яких я можу засмутитися.	1	2	3	4	5
16	Я не можу перейти від роботи, якою я не зовсім задоволений(на), до чогось іншого.	1	2	3	4	5
17	Я терпіти не можу клопоту, коли змушений(на) робити щось прямо зараз.	1	2	3	4	5
18	Я терпіти не можу, коли змушений(на) піддаватися вимогам інших людей.	1	2	3	4	5
19	Я не можу витримувати тривожних почуттів.	1	2	3	4	5
20	Я терпіти не можу виконувати роботу, якщо я не в змозі виконати її добре.	1	2	3	4	5
21	Я терпіти не можу робити те, що передбачає багато клопоту.	1	2	3	4	5
22	Я терпіти не можу змінюватися, коли винні інші.	1	2	3	4	5
23	Я не можу рухатися вперед у своєму житті або бути щасливим(вою), якщо нічого не змінюється.	1	2	3	4	5
24	Я не можу витримувати відчуття, що я не на висоті у своїй роботі.	1	2	3	4	5
25	Я терпіти не можу, коли змушений(на) наполегливо виконувати неприємні завдання.	1	2	3	4	5
26	Я не можу прийняти критику, особливо коли знаю, що я правий(а).	1	2	3	4	5
27	Я терпіти не можу втрачати контроль над своїми почуттями.	1	2	3	4	5
28	Я не можу прийняти жодних промахів у своїй самодисципліні.	1	2	3	4	5

Розподіл питань за шкалами:

Нетолерантність до дискомфорту – 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25

Фрустрація почуття власної гідності – 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26

Емоційна нетолерантність – 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27

Нетолерантність у сфері досягнень – 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28

Опитувальник SOCRATES (8A/8D)

Прочитайте, будь ласка, уважно наступні твердження. Кожне описує те, що Ви можете (або ні) відчувати стосовно Вашого вживання психоактивних речовин. Для кожного твердження обведіть кружечком одну цифру від 1 до 5, наскільки Ви погоджуєтесь чи не погоджуєтесь з цим твердженням на даний момент.

№	Твердження	Ні! Дуже не згоден	Ні, Не згоден	Не визначився чи не впевнений	Так, Згоден	Так! Дуже згоден
1	Я справді хочу щось змінити у своєму вживанні наркотиків/алкоголю.	1	2	3	4	5
2	Іноді мені цікаво, чи я залежний (на)	1	2	3	4	5
3	Якщо я найближчим часом не зміню вживання наркотиків/алкоголю, мої проблеми погіршаться.	1	2	3	4	5
4	Я вже почав(ла) робити деякі зміни у вживанні наркотиків/алкоголю.	1	2	3	4	5
5	Колись я вживав(ла) занадто багато наркотиків/алкоголю, але мені вдалось це змінити.	1	2	3	4	5
6	Іноді мені цікаво, чи завдає болю іншим людям моє вживання наркотиків/алкоголю.	1	2	3	4	5
7	У мене є проблема з наркотиками/алкоголем.	1	2	3	4	5
8	Я не лише думаю про те, щоб змінити щось у вживанні наркотиків/алкоголю, я вже з цим щось роблю.	1	2	3	4	5
9	Я вже змінив(ла) своє вживання наркотиків/алкоголю і шукаю способи не зісковзнути до старих звичок.	1	2	3	4	5
10	У мене серйозні проблеми з наркотиками/алкоголем.	1	2	3	4	5

11	Іноді мені цікаво, чи контролюю я своє вживання наркотиків/алкоголю.	1	2	3	4	5
12	Моє вживання наркотиків/алкоголю завдає багато шкоди.	1	2	3	4	5
13	Я активно працюю над тим, щоб скоротити чи припинити вживання наркотиків/алкоголю.	1	2	3	4	5
14	Мені потрібна допомога, щоб утриматись від повернення до проблем з наркотиками/алкоголем, які мав(ла) раніше	1	2	3	4	5
15	Я знаю, що маю проблему з наркотиками/алкоголем.	1	2	3	4	5
16	Бувають моменти, коли мені цікаво, чи не вживаю я забагато наркотиків/алкоголю.	1	2	3	4	5
17	Я нарко (алко) залежний(на)	1	2	3	4	5
18	Я наполегливо працюю над тим, щоб змінити своє вживання наркотиків/алкоголю.	1	2	3	4	5
19	Я вже здійснив(ла) деякі зміни у вживанні наркотиків/алкоголю і мені потрібна допомога, щоб утримуватися від повернення до того, як я вживав(ла) раніше.	1	2	3	4	5

Розподіл питань за шкалами:

Визнання проблеми – 1,3,7,10, 12,15, 17.

Амбівалентність – 2,6, 11,16.

Вчинення дій – 4,5, 8,9, 13,14, 18,19.

Додаток В

Зв'язок деяких особистісних властивостей зі шкалами готовності до змін SOCRATES (коефіцієнт Пірсона)

		тривожність	фрустрація	агресивність	ригідність	Discomfort intolerance	Entitlement	Emotional intolerance	Achievement	Frustration Intolerance	GAD	PHQ	Recognition	Ambivalence	Taking steps	Трив. тверезості в місяцях
тривожність	Pearson Correlation	1	,554**	,379**	,488**	,447**	,433**	,507**	,295*	,491**	,461**	,476**	,265*	,165	,223	-,170
	Sig. (2-tailed)		<,001	,002	<,001	<,001	<,001	<,001	,020	<,001	<,001	<,001	,037	,199	,081	,185
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
фрустрація	Pearson Correlation	,554**	1	,128	,490**	,520**	,482**	,455**	,331**	,524**	,276*	,366**	,244	,158	,171	-,019
	Sig. (2-tailed)	<,001		,320	<,001	<,001	<,001	<,001	,009	<,001	,030	,003	,056	,220	,183	,883
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
агресивність	Pearson Correlation	,379**	,128	1	,182	,253*	,466**	,310*	,367**	,410**	,319*	,184	,339**	-,058	,332**	,084
	Sig. (2-tailed)	,002	,320		,157	,047	<,001	,014	,003	<,001	,012	,151	,007	,657	,008	,517
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ригідність	Pearson Correlation	,488**	,490**	,182	1	,475**	,425**	,348**	,415**	,487**	,188	,218	,044	,036	-,005	,035
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,157		<,001	<,001	,006	<,001	<,001	,142	,088	,735	,781	,970	,786
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Discomfort intolerance	Pearson Correlation	,447**	,520**	,253*	,475**	1	,626**	,640**	,556**	,825**	,373**	,426**	,222	,226	,162	,178
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,047	<,001		<,001	<,001	<,001	<,001	,003	<,001	,082	,077	,209	,167
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Entitlement	Pearson Correlation	,433**	,482**	,466**	,425**	,626**	1	,653**	,680**	,871**	,417**	,318*	,252*	,066	,279*	,002
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001		<,001	<,001	<,001	<,001	,012	,048	,610	,028	,987
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Emotional intolerance	Pearson Correlation	,507**	,455**	,310*	,348**	,640**	,653**	1	,714**	,872**	,392**	,297*	,297*	,192	,258*	-,103
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,014	,006	<,001	<,001		<,001	<,001	,002	,019	,019	,135	,043	,427
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Achievement	Pearson Correlation	,295*	,331**	,367**	,415**	,556**	,680**	,714**	1	,858**	,251*	,100	,222	,200	,153	-,020
	Sig. (2-tailed)	,020	,009	,003	<,001	<,001	<,001	<,001		<,001	,049	,437	,082	,120	,234	,880
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Frustration Intolerance	Pearson Correlation	,491**	,524**	,410**	,487**	,825**	,871**	,872**	,858**	1	,420**	,335**	,289*	,197	,250	,019
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001		<,001	,008	,022	,126	,050	,885
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
GAD	Pearson Correlation	,461**	,276*	,319*	,188	,373**	,417**	,392**	,251*	,420**	1	,624**	,039	,042	-,053	-,153
	Sig. (2-tailed)	<,001	,030	,012	,142	,003	<,001	,002	,049	<,001		<,001	,762	,746	,683	,235
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
PHQ	Pearson Correlation	,476**	,366**	,184	,218	,426**	,318*	,297*	,100	,335**	,624**	1	-,037	,259*	-,089	-,353**
	Sig. (2-tailed)	<,001	,003	,151	,088	<,001	,012	,019	,437	,008	<,001		,775	,042	,494	,005
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Recognition	Pearson Correlation	,265*	,244	,339**	,044	,222	,252*	,297*	,222	,289*	,039	-,037	1	,037	,774**	,057
	Sig. (2-tailed)	,037	,056	,007	,735	,082	,048	,019	,082	,022	,762	,775		,773	<,001	,661
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Ambivalence	Pearson Correlation	,165	,158	-,058	,036	,226	,066	,192	,200	,197	,042	,259*	,037	1	-,058	-,278*
	Sig. (2-tailed)	,199	,220	,657	,781	,077	,610	,135	,120	,126	,746	,042	,773		,654	,028
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Taking steps	Pearson Correlation	,223	,171	,332**	-,005	,162	,279*	,258*	,153	,250	-,053	-,089	,774**	-,058	1	,135
	Sig. (2-tailed)	,081	,183	,008	,970	,209	,028	,043	,234	,050	,683	,494	<,001	,654		,294
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Трив. тверезості в місяцях	Pearson Correlation	-,170	-,019	,084	,035	,178	,002	-,103	-,020	,019	-,153	-,353**	,057	-,278*	,135	1
	Sig. (2-tailed)	,185	,883	,517	,786	,167	,987	,427	,880	,885	,235	,005	,661	,028	,294	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Додаток Г

Зв'язок деяких особистісних властивостей зі шкалами готовності до змін SOCRATES (коефіцієнт Спірмена

		O	C	E	A	N	Recognition	Ambivalence	Taking steps	
Spearman's rho	O	Correlation Coefficient	1,000	-,068	,139	,053	,018	,140	-,021	,012
		Sig. (2-tailed)	.	,601	,282	,685	,887	,276	,873	,925
		N	62	62	62	62	62	62	62	62
C	Correlation Coefficient	-,068	1,000	,304*	,006	-,114	,103	-,002	,184	
	Sig. (2-tailed)	,601	.	,016	,964	,376	,427	,985	,153	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	
E	Correlation Coefficient	,139	,304*	1,000	,067	-,232	,070	-,117	,189	
	Sig. (2-tailed)	,282	,016	.	,604	,070	,587	,363	,141	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	
A	Correlation Coefficient	,053	,006	,067	1,000	-,145	-,306*	-,142	-,202	
	Sig. (2-tailed)	,685	,964	,604	.	,262	,016	,270	,116	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	
N	Correlation Coefficient	,018	-,114	-,232	-,145	1,000	,299*	,009	,171	
	Sig. (2-tailed)	,887	,376	,070	,262	.	,018	,942	,185	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	
Recognition	Correlation Coefficient	,140	,103	,070	-,306*	,299*	1,000	,068	,630**	
	Sig. (2-tailed)	,276	,427	,587	,016	,018	.	,600	<,001	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	
Ambivalence	Correlation Coefficient	-,021	-,002	-,117	-,142	,009	,068	1,000	-,039	
	Sig. (2-tailed)	,873	,985	,363	,270	,942	,600	.	,765	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	
Taking steps	Correlation Coefficient	,012	,184	,189	-,202	,171	,630**	-,039	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,925	,153	,141	,116	,185	<,001	,765	.	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

