

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ  
В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА  
Психологічного консультування і психотерапії  
(повна назва кафедри)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: “Психологічні особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності”

Студента (ки) 2 курсу групи \_\_\_\_\_  
другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньо-професійної програми  
«Психологія» за спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ

\_\_\_\_\_  
Василівецького Р.В.  
(прізвище та ініціали)

Керівник Федосєєв Віталій Альфредович

кандидат медичних наук, доцент кафедри психологічного консультування і  
психотерапії  
(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Чотирьохрівнева шкала оцінювання \_\_\_\_\_  
Кількість балів: \_\_\_\_\_

Члени комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

м. Харків – 2024 рік

## ЗМІСТ

ВСТУП	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ.	5
1.1. Концептуалізація наркотичної залежності та її основні характеристики.	5
1.2 Травматичний досвід: концептуалізація, класифікація та особливості у контексті наркотичної залежності.	8
1.3 Психологічні та соціальні наслідки травматичного досвіду у осіб із наркотичною залежністю	15
Висновки до 1 розділу	24
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	26
2.1. Загальна характеристика вибірки.	26
2.2. Методи дослідження.	27
Висновки до 2 розділу	29
РОЗДІЛ 3 . ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ НА ФОРМУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	31
3.1. Вивчення рівня наркотизації у чоловіків із травматичним досвідом.	31
3.2. Вивчення тривожності у хворих на наркотичну залежність	32
3.3. Вивчення характерологічних особливостей у чоловіків, які страждають на наркотичну залежність	36
3.4. Вивчення рівня депресії у чоловіків із наркотичною залежністю	37
3.5. Факторизація ознак тривожних та депресивних розладів у чоловіків з наркотичною залежністю.	39
Висновки до 3 розділу	43
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	49
Анотації	52

## ВСТУП

Епідемічний характер та популяційна масштабність наркотизації серед населення, розмах медико-біологічних та соціально-економічних наслідків наркотичної залежності дають привід віднести її до розряду такої патології, яка є реальною загрозою здоров'ю нації (Михайлов Б.В., 2000; Волошин П.В., 2003; Марута Н.А., Мінко А.І., 2003; Битенський В.С., Чернова Т.М., 2004; Сонник Г.Т., 2006) Люди, які перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, досяг 1 млн. осіб, а відхилення, спричинені наркотичною залежністю займають одне з перших місць (Сосін І.К., Чуєв Ю.Ф., 2005; Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І., 2007).

Актуальним є дослідження механізму формування потреби у вживанні наркотиків особами, у яких виявляються емоційні порушення, бо саме вони значною мірою зумовлюють формування патологічного потягу до наркотиків. З іншого боку, саме ці порушення є значною мірою зростаючими. в Україні. Наукові публікації та щоденні клінічні спостереження свідчать, що вплив травматичного досвіду різної тривалості та ступеня виразності зустрічаються на всіх етапах та стадіях формування патологічної залежності від наркотиків (Білоус С.В., 2002 ; Іванець Н.М., Анохіна І.П., Віннікова М . А., 2002; Сайков Д.В., Сосін І.К., 2004).

На сьогоднішній день проблема травматичного досвіду при наркотичній залежності вивчена недостатньо.

Мета дослідження: вивчити особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності у чоловіків з різним ступенем цього досвіду.

Об'єкт: наркотична залежність.

Предмет: особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності у чоловіків з різним ступенем цього досвіду.

Завдання дослідження:

1. Розглянути літературу щодо особливостей особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності у чоловіків.
2. Визначити рівень наркотизації в цій категорії чоловіків за опитувальником виявлення ранніх ознак цієї патології.
3. Вивчити рівень тривожності у працюючих та безробітних чоловіків з наркотичною залежністю.
4. Визначити рівень депресії в категорії чоловіків, що обстежується.
5. Вивчити характерологічні особливості в обстеженої категорії хворих.

У дослідженні взяли участь 25 респондентів які відповідали певним критеріям відбору. Основними критеріями були діагностована наркотична залежність наявність травматичного досвіду що потенційно міг вплинути на розвиток залежності а також згода на участь у дослідженні. Вибірка охоплювала представників різних соціальних і вікових груп що дало змогу вивчити широкий спектр характеристик.

У ході даного дослідження були використані наступні методики: шкала особистісної та реактивної тривожності С.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; особистісний опитувальник Айзенка; методика зміни рівня тривожності Тейлора; опитувальник виявлення ранніх ознак алкоголізму К.К. Яхіна, В.Д. Менделевича; шкала Гамільтона для депресії Для аналізу статистичної значущості емпіричних даних використовувалися U -критерій Манна-Уїтні та факторний аналіз.

## Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ.

### **1.1. Концептуалізація наркотичної залежності та її основні характеристики.**

Наркотична залежність є багатовимірним феноменом, що поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти, створюючи комплексну систему взаємопов'язаних змін у житті індивіда. Це патологічний стан, який проявляється через стійке і неконтрольоване прагнення до вживання психоактивних речовин, незважаючи на усвідомлення негативних наслідків для власного здоров'я, психоемоційного стану та соціального функціонування. Такий стан не виникає спонтанно, а формується в процесі поступового заглиблення в патологічну модель поведінки, яка включає декілька стадій розвитку, кожна з яких характеризується унікальними ознаками та динамікою.

На початковій стадії, яку умовно можна визначити як експериментальну, індивід вперше взаємодіє з психоактивними речовинами. Цей етап часто обумовлений соціальним тиском, допитливістю чи бажанням експериментувати. На даному етапі ще не спостерігається патологічного потягу до речовини, однак виникає ризик подальшого переходу до регулярного вживання.

Друга стадія, що характеризується систематичним використанням, передбачає поступове включення психоактивних речовин у повсякденне життя. Мотивація до вживання на цьому етапі зазвичай пов'язана з прагненням уникнути стресових ситуацій, адаптуватися до соціального оточення або отримати тимчасове відчуття задоволення. Водночас у багатьох випадках спостерігається формування толерантності до речовини, що змушує індивіда збільшувати дозування для досягнення бажаного ефекту.

Третя стадія вважається критичним моментом у розвитку залежності, коли вживання стає домінуючим фактором у житті індивіда. Цей етап супроводжується значними змінами в поведінці: частіше за все людина вживає

речовини самостійно, нехтуючи соціальними та професійними обов'язками. Зростають дози та частота вживання, що призводить до серйозних фізичних, психологічних та соціальних наслідків. У цей період уже проявляються перші ознаки деградації особистості та соціальної ізоляції.

На фінальній стадії формування наркотичної залежності психоактивна речовина стає центральним елементом існування індивіда, витісняючи всі інші аспекти його життя. Цей етап характеризується повною залежністю від речовини, фізичними та психічними порушеннями, серйозними змінами у соціальних взаєминах і, у багатьох випадках, криміналізацією поведінки. Втрата здатності до самоконтролю і прогресуюча деградація особистості формують порочне коло, яке важко розірвати без стороннього втручання.

Таким чином, наркотична залежність являє собою складну проблему, яка має мультидисциплінарний характер і потребує системного підходу до її аналізу, профілактики та лікування. Стадійність формування залежності дозволяє не лише краще зрозуміти механізми цього явища, але й розробляти ефективні стратегії для його подолання.

Психологічна залежність, фізіологічні аспекти та соціальний контекст як ключові складові феномена наркотичної залежності. Психологічна залежність посідає центральне місце у структурі наркотичної залежності, будучи її складним і багатовимірним компонентом. Вона полягає у стійкому формуванні емоційного й когнітивного потягу до психоактивних речовин, які для залежної особи стають основним засобом досягнення бажаного психологічного стану або уникнення дистресу, спричиненого такими емоціями, як тривога, депресивні переживання чи хронічний стрес. Цей тип залежності закріплюється у свідомості індивіда, трансформуючи його мотиваційну структуру та викривлюючи систему цінностей. Психологічна прив'язаність до речовини є настільки глибокою, що вона нерідко стає домінуючим чинником поведінки, витісняючи будь-які інші інтереси чи потреби. Терапевтичні втручання в такій ситуації потребують не лише медикаментозного лікування, але й складного комплексного підходу, який

включає психотерапію, когнітивно-поведінкові методики та соціальну підтримку.

Фізіологічний компонент залежності пов'язаний із системними змінами у функціонуванні центральної нервової системи, а також інших органів і систем організму, що виникають під впливом тривалого вживання психоактивних речовин. Одним із ключових проявів цього аспекту є розвиток толерантності, тобто поступового зниження чутливості організму до речовини, що змушує індивіда збільшувати її дозу для досягнення бажаного ефекту. Водночас із цим розвивається синдром відміни, який проявляється інтенсивними соматичними та психоемоційними симптомами, такими як виражена тривога, безсоння, нудота, тремор, порушення серцевої діяльності й інші фізіологічні дисфункції. Наявність таких симптомів значно ускладнює процес відмови від речовини, формуючи фізіологічну основу для повторного вживання та посилюючи замкнене коло залежності.

Соціальний вимір наркотичної залежності не менш важливий, оскільки цей феномен має не тільки індивідуальний, але й колективний вплив. Психоактивна залежність нерідко провокує серйозні порушення у сфері міжособистісних стосунків, що включають деструкцію сімейних зв'язків, розрив дружніх і професійних контактів, а також соціальну ізоляцію залежної особи. Відзначається також підвищення рівня криміналізації поведінки залежних індивідів, зокрема через залучення до незаконного обігу наркотиків або скоєння злочинів з метою отримання коштів для придбання речовини. Стигматизація та дискримінація осіб із наркотичною залежністю є додатковими факторами, які ускладнюють їхнє соціальне функціонування та реабілітацію. Соціальне оточення часто втрачає ресурси для підтримки таких осіб, а це, своєю чергою, підсилює їхню ізоляцію та відчуженість від суспільства.

Комплексний підхід до аналізу наркотичної залежності, який враховує її психологічні, фізіологічні та соціальні аспекти, є необхідною передумовою для ефективного розв'язання проблеми. Лише міждисциплінарна стратегія, що

включає елементи профілактики, лікування та соціальної реабілітації, може сприяти подоланню цього явища, мінімізуючи його деструктивний вплив як на індивіда, так і на суспільство в цілому. Урахування кожного з аспектів залежності дозволяє розробити системні методи інтеграції залежних осіб у соціум, забезпечуючи не лише фізичне одужання, але й відновлення їхнього психологічного стану та соціального статусу.

## **1.2 Травматичний досвід: концептуалізація, класифікація та особливості у контексті наркотичної залежності.**

Травматичний досвід є складним, багатовимірним феноменом, що охоплює широкий спектр подій, які викликають суттєве психологічне напруження, впливаючи на інтегративне функціонування особистості. У контексті дослідження наркотичної залежності він набуває особливого значення, оскільки може виступати як ключовий тригер розвитку адиктивної поведінки або ж, навпаки, проявлятися як її наслідок. Розуміння природи травматичних переживань, їхнього походження та механізмів дії дозволяє з'ясувати, як вони впливають на психоемоційний стан людини та визначають її подальші поведінкові реакції.

Поняття травматичного досвіду стосується впливу подій чи ситуацій, які перевищують здатність особистості адаптуватися, викликаючи глибокий емоційний дискомфорт і порушення стабільності психіки. Такі обставини часто сприймаються як надмірно інтенсивні, непередбачувані або небезпечні для життя та добробуту, а індивід виявляється неспроможним використати внутрішні чи зовнішні ресурси для їх подолання. Залежно від тривалості впливу, травматичні події можуть мати гострий (одноразовий) або хронічний (протяжний) характер, що зумовлює їхню диференційовану дію на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості.

У площині досліджень наркотичної залежності травматичний досвід виступає інтегральним елементом, що здатен як сприяти формуванню адиктивних моделей поведінки, так і поглиблювати їх. Особи з подібним

досвідом, як правило, демонструють знижену толерантність до стресу, підвищену емоційну лабільність та прагнення уникнути негативних переживань шляхом вживання психоактивних речовин. Водночас, адиктивна поведінка сама по собі може стати джерелом нових травматичних подій, створюючи порочне коло, яке потребує комплексного наукового аналізу.

Таким чином, осмислення феномену травматичного досвіду у контексті адиктивних розладів передбачає вивчення його впливу на психосоціальні аспекти функціонування особистості. Особлива увага повинна приділятися розробці стратегій подолання наслідків травматизації, які включають як індивідуальну, так і суспільну перспективу, спрямовану на попередження та лікування наркотичної залежності.

Види травматичного досвіду: гострі й хронічні травматичні стани. Травматичний досвід, зокрема в контексті його впливу на психічний стан та поведінку індивіда, поділяється на дві основні категорії — гострі та хронічні травматичні стани. Ця класифікація базується на природі, тривалості й інтенсивності стресогенних факторів, які порушують психологічну рівновагу та впливають на адаптаційні механізми особистості.

Гострі травматичні стани характеризуються короткотривалим, але надзвичайно інтенсивним впливом на психіку, який викликає серйозне порушення психологічної стабільності. До подібних подій належать епізоди фізичного або сексуального насильства, участь у дорожньо-транспортних пригодах, переживання природних катаклізмів або актів агресії. Такі ситуації нерідко мають несподіваний характер, що значно ускладнює їхнє усвідомлення та психологічне опрацювання. У випадку осіб, схильних до розвитку наркотичної залежності, гострі травми можуть виступати як пусковий механізм, що стимулює пошук засобів для зняття психологічного напруження. Вживання психоактивних речовин у таких випадках сприймається як спосіб тимчасового знеболення або уникнення болісних спогадів. Реакції на гострі травми зазвичай включають сильний страх,

шоковий стан, інтенсивну тривогу та навіть соматичні прояви, серед яких тахікардія, тремтіння, порушення дихання й пітливість.

Хронічні травматичні стани, на відміну від гострих, формуються внаслідок тривалого, повторюваного або постійного впливу стресових чинників, які поступово підточують стійкість психіки. До таких травм відносять досвід систематичного насильства, життя в умовах воєнного конфлікту, бідності, економічної нестабільності чи постійної соціальної напруги. Характерною особливістю хронічного травматичного досвіду є його повсякденна тривалість, що створює постійне почуття психологічного тиску й вразливості. У таких обставинах особистість може втратити здатність до конструктивного подолання стресу, що сприяє формуванню стійкого відчуття ізоляції, емоційного виснаження та безнадії.

Значущість хронічних травм у контексті розвитку наркотичної залежності є особливо великою. Тривале перебування у травматогенних умовах провокує психологічний дискомфорт, з яким індивід намагається впоратися шляхом використання психоактивних речовин. Це дозволяє тимчасово уникати емоційного болю та полегшувати наслідки тривалого стресу, проте водночас формує глибокі поведінкові та біологічні зміни, які сприяють укоріненню залежності.

Таким чином, як гострі, так і хронічні травматичні стани відіграють критичну роль у формуванні та загостренні наркотичної залежності. Їхнє вивчення є важливим для розробки ефективних психологічних і соціальних стратегій подолання травматизації, що передбачають не лише допомогу у подоланні її наслідків, але й запобігання розвитку залежності як механізму уникнення емоційного страждання.

Особливості травматичного досвіду у контексті формування та перебігу залежності

Феномен травматичного досвіду у сфері наркотичної залежності є багатограним і виконує одночасно кілька важливих функцій, що визначають специфіку розвитку адиктивної поведінки. З одного боку, травматичні

переживання часто виступають первинним тригером, що підштовхує людину до пошуку способів тимчасового полегшення емоційного болю, зокрема через використання психоактивних речовин. З іншого боку, сформована залежність сама по собі здатна посилювати деструктивний вплив травматичних спогадів, утворюючи порочне коло, у якому емоційні страждання та вживання наркотиків взаємно підсилюють одне одного.

Наприклад, травматичний досвід, отриманий у дитячому віці, зокрема фізичне або психологічне насильство, нехтування базовими потребами дитини або відсутність емоційної підтримки, може залишати глибокі сліди в психіці, які впливають на особистість навіть у дорослому віці. Такі сліди часто проявляються через порушення емоційної стабільності, схильність до тривожності, депресивних станів або дисоціативних реакцій. Нездатність самостійно опрацьовувати ці переживання призводить до пошуку альтернативних способів емоційної регуляції, серед яких домінує місце займає вживання наркотичних речовин. У цьому контексті наркотики виконують роль своєрідного "психологічного буфера", що дозволяє тимчасово уникати глибоких внутрішніх конфліктів.

Особливу вразливість до формування залежності демонструють особи, які зазнали тривалого або повторюваного впливу хронічних травматичних ситуацій. До таких ситуацій можна віднести систематичне фізичне чи емоційне насильство, життя в умовах соціально-економічної нестабільності або постійного стресу, спричиненого зовнішніми обставинами. Під впливом цих факторів у людини розвивається порушення здатності до емоційної регуляції, що виражається у хронічному відчутті безпорадності, ізоляції та вразливості. У багатьох випадках ці особливості супроводжуються порушеннями когнітивних процесів, зокрема труднощами з концентрацією уваги, прийняттям рішень або раціональною оцінкою власного стану.

Травматичний досвід також впливає на здатність особистості до встановлення здорових міжособистісних стосунків, що є важливим фактором для підтримання емоційного балансу. Унаслідок постійного перебування у

стані емоційного напруження у таких осіб формується упереджене ставлення до соціальної взаємодії, що проявляється у вигляді недовіри до оточення, низької самооцінки або прагнення уникати близькості. У результаті вживання наркотиків стає не лише засобом втечі від травматичних спогадів, але й способом заміщення дефіциту позитивних емоційних переживань.

Дослідження механізмів взаємозв'язку між травматичним досвідом і залежністю свідчать, що тривалий вплив стресогенних факторів може спричиняти глибокі зміни в особистісній структурі. Це, своєю чергою, формує певний психологічний фон, який сприяє закріпленню залежності на поведінковому, емоційному та фізіологічному рівнях. Вживання психоактивних речовин у такому разі стає не лише способом подолання короткочасного стресу, а й єдиним засобом виживання в умовах постійного емоційного тиску.

Таким чином, травматичний досвід у контексті залежності виступає як пусковий, так і підтримуючий фактор, який визначає специфіку формування та перебігу адиктивної поведінки. Його вивчення є надзвичайно важливим для розробки цілісних підходів до лікування залежності, що включають не лише усунення її фізіологічних проявів, але й роботу з глибинними психологічними травмами, які лежать в її основі.

Наслідки та механізми подолання травматичних переживань:

Наслідки травматичних переживань варіюються залежно від індивідуальних особливостей людини, характеру та тривалості впливу травми, а також рівня соціальної підтримки. У деяких випадках особистість може демонструвати значний рівень психологічної стійкості, швидко адаптуючись до змін. В інших ситуаціях наслідки травми виявляються у вигляді стійких психоемоційних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність, депресія, дисоціація, або навіть формування суїцидальних тенденцій.

Гострі травматичні події зазвичай спричиняють короткочасні, але інтенсивні стресові реакції. Такі реакції можуть включати тимчасове емоційне

дистанціювання, заперечення, або уникнення певних ситуацій. У випадках, коли психологічна допомога не надається вчасно, ці реакції можуть переростати у хронічні форми страждання, значно погіршуючи якість життя.

Хронічна травма часто має більш комплексний вплив, формуючи стійке відчуття незахищеності та ізоляції. У таких осіб можуть виникати розлади сну, порушення харчової поведінки, або навіть розлади особистості. У контексті наркотичної залежності хронічна травма може ускладнювати процес лікування, оскільки механізми подолання стресу у таких людей значною мірою порушені.

Наслідки травматичних переживань та механізми їх подолання.

Травматичні переживання залишають значний відбиток на психічному стані людини, впливаючи на всі аспекти її життя — від емоційного благополуччя до соціальної інтеграції. Вплив травми варіюється залежно від ряду факторів, включаючи характер травматичної події, тривалість її впливу, ступінь соціальної підтримки, а також індивідуальні психологічні ресурси, якими володіє особистість. У певних обставинах людина здатна продемонструвати високу психологічну стійкість, адаптуючись до наслідків травми через активізацію внутрішніх резервів. Проте у багатьох випадках травматичний досвід призводить до розвитку стійких психоемоційних порушень, які вимагають системного втручання.

До найпоширеніших наслідків травми належать посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні й депресивні стани, дисоціативні розлади та ризик формування суїцидальної поведінки. Гострі травматичні події здатні викликати інтенсивні, але зазвичай короткочасні реакції, серед яких домінують стани шоку, заперечення, тимчасова емоційна амортизація або уникнення ситуацій, що нагадують травматичний досвід. Якщо своєчасна психологічна допомога не надається, ці стани можуть перерости у тривалі й стійкі форми страждань, які суттєво погіршують якість життя та здатність до соціального функціонування.

Гостра травма та її наслідки. Гострі травматичні переживання здебільшого виникають внаслідок одноразового інтенсивного впливу, такого як аварії, насильство або катастрофи. Наслідки таких подій варіюються залежно від характеру травми, однак часто включають початкові стресові реакції, які проявляються у формі шоку, страху або тривожності. У випадках, коли людина не отримує адекватної підтримки, гостра травма може залишити довготривалі наслідки, викликаючи хронічні емоційні та когнітивні порушення. Наприклад, спогади про травматичні події можуть неодноразово активуватися внаслідок тригерів, викликаючи постійне відчуття небезпеки, що значно обмежує здатність до нормального функціонування.

Хронічна травма: глибинний вплив на особистість. Травматичний досвід хронічного характеру, який виникає через тривалий або повторюваний вплив стресогенних факторів, має значно складніший вплив на психіку. До таких факторів належать систематичне фізичне або емоційне насильство, життя в умовах соціальної нестабільності чи економічної депривації. Наслідки хронічної травми включають не лише емоційні, але й фізіологічні та когнітивні порушення: порушення сну, апетиту, формування негативного образу «Я», труднощі у побудові міжособистісних стосунків. У цьому контексті особливої уваги потребує взаємозв'язок між хронічними травматичними переживаннями та наркотичною залежністю. Хронічна травма знижує здатність до саморегуляції, а наркотики стають способом уникнення постійного відчуття тривоги, болю та ізоляції.

Механізми подолання травматичних переживань. Подолання наслідків травматичного досвіду вимагає комплексного підходу, який враховує як індивідуальні особливості постраждалого, так і соціальні аспекти. Одним із ключових компонентів ефективної реабілітації є психологічна підтримка, яка може включати когнітивно-поведінкову терапію, психоедукацію, методи роботи з травматичними спогадами, а також заходи, спрямовані на покращення емоційної саморегуляції.

У випадках, коли травматичні переживання супроводжуються розвитком наркотичної залежності, терапевтичний процес повинен включати інтеграцію методів лікування залежності з роботою над травматичними спогадами. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія дозволяє формувати альтернативні стратегії подолання стресу, а методи експозиційної терапії допомагають зменшити інтенсивність емоційної реакції на травматичні тригери.

Соціальна підтримка також відіграє важливу роль у процесі подолання наслідків травматичних переживань. Наявність мережі підтримки, яка включає родину, друзів або соціальні служби, сприяє зменшенню відчуття ізоляції та створює умови для поступової реінтеграції в суспільство. Для людей із досвідом хронічної травматизації особливо важливо створити безпечне середовище, у якому вони зможуть поступово відновлювати довіру до оточення та розвивати навички адаптації до нових обставин.

### **1.3 Психологічні та соціальні наслідки травматичного досвіду у осіб із наркотичною залежністю**

Травматичний досвід справляє значний і часто незворотний вплив на психіку людини, формуючи низку психологічних та соціальних проблем, які можуть супроводжувати її протягом багатьох років або навіть залишатися на все життя. Особливості цього впливу варіюються залежно від індивідуальних особливостей постраждалого, характеру травми та наявності зовнішньої підтримки. У контексті наркотичної залежності ці наслідки набувають особливої ваги, адже травматичний досвід не лише підвищує ризик розвитку адиктивної поведінки, але й ускладнює процес реабілітації та ресоціалізації.

Одним із найпоширеніших наслідків пережитого травматичного досвіду є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей стан виникає після інтенсивних або травматичних подій, які викликають глибокий страх, безпорадність або жах. Симптоми ПТСР зазвичай включають повторювані та нав'язливі спогади про травматичну подію, яскраві нічні кошмари, емоційне

уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою, а також підвищену тривожність і дратівливість. Люди з ПТСР часто стикаються із серйозними труднощами у повсякденному житті, включаючи проблеми зі сном, концентрацією уваги та соціальними взаємодіями.

Депресія як наслідок травми. Пережитий травматичний досвід також сприяє розвитку депресивних станів, які характеризуються почуттям глибокого смутку, безнадійності та втрати інтересу до життя. Депресія може варіюватися за інтенсивністю від легких форм до тяжких, що супроводжуються фізичними симптомами, такими як хронічна втома, зміни у вазі та апетиті, а також розлади сну. У деяких випадках депресія стає настільки глибокою, що призводить до суїцидальних думок або дій, особливо за відсутності належної підтримки з боку фахівців чи близького оточення.

Тривожні розлади та емоційна нестабільність.

Переживання травматичних подій також може провокувати розвиток тривожних розладів, які проявляються у вигляді підвищеної тривожності, панічних атак або навіть фобій. У осіб із наркотичною залежністю ці стани часто супроводжуються почуттям емоційної нестабільності, що може виявлятися у вигляді агресивності, роздратування чи, навпаки, емоційної відстороненості. Такі розлади значно ускладнюють не лише особисте життя, але й процес соціальної адаптації.

**\*\*Соціальні наслідки травматичного досвіду.\*\*** Травма також має значний вплив на соціальні аспекти життя людини. Особи, які пережили травматичні події, часто стикаються із труднощами у встановленні та підтримці міжособистісних стосунків. У них може виникати почуття ізоляції, страх перед близькими контактами або втрата довіри до оточення. У поєднанні з наркотичною залежністю це може призводити до соціальної маргіналізації, втрати роботи, розриву сімейних зв'язків та інших негативних наслідків.

Механізми розвитку залежності на основі травматичного досвіду.**\*\*** Одним із ключових аспектів впливу травматичного досвіду на осіб із залежністю є формування так званого "порочного кола", коли наркотичні

речовини стають засобом короткочасного полегшення емоційного болю. Проте в довгостроковій перспективі вони лише посилюють психологічні та соціальні проблеми, створюючи додаткові стресові фактори.

Вплив травматичного досвіду на психічне здоров'я та соціальні взаємозв'язки.

Травматичний досвід, як правило, залишає тривалий і глибокий слід у психіці людини, впливаючи на її емоційний стан, поведінкові реакції та соціальну взаємодію. Одним із ключових наслідків такого досвіду є поглиблення депресивних розладів, які стають більш стійкими до лікування та складними для подолання. Депресія, що виникає на тлі травматичних подій, характеризується хронічним почуттям безнадійності, втрати інтересу до життя та нездатності отримувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість. Зазвичай, вона супроводжується фізичними симптомами, такими як порушення сну, зміна апетиту та втома.

Окрім депресії, травматичний досвід часто провокує розвиток різноманітних тривожних розладів. Особи, які зазнали травми, можуть відчувати постійний страх, емоційну напругу або безпричинну тривогу навіть за умов відсутності реальної загрози. До поширених форм тривожних розладів відносять генералізовану тривогу, панічні атаки, соціальну фобію та інші види патологічної тривожності. Ці стани супроводжуються фізіологічними реакціями, такими як пришвидшене серцебиття, пітливість, тремтіння кінцівок або утруднене дихання, що може суттєво обмежувати здатність людини до ефективного функціонування у щоденному житті, професійній діяльності та міжособистісній комунікації.

Дисоціативні та поведінкові розлади.

У людей, які пережили серйозні травми, нерідко розвиваються дисоціативні розлади, що характеризуються відчуттям відчуженості від власних думок, емоцій чи фізичного тіла. Цей стан ускладнює виконання повсякденних завдань, викликаючи труднощі з концентрацією уваги та організацією власної діяльності. Крім того, травматичний досвід часто

призводить до формування глибоких проблем із самооцінкою та особистісною ідентичністю. Особливо це стосується осіб, які зазнали тривалого або багаторазового насильства, що може викликати почуття нікчемності, сорому чи необґрунтованої провини.

Травма та соціальні взаємини.

Соціальні наслідки травматичного досвіду є надзвичайно різноманітними. Людям, які пережили травматичні події, часто складно встановлювати та підтримувати здорові міжособистісні стосунки. Вони можуть відчувати труднощі з довірою до інших, уникати близьких контактів або, навпаки, проявляти надмірну залежність від оточення. Ця поведінка сприяє формуванню відчуття ізоляції та самотності, що, у свою чергу, ускладнює адаптацію в соціальному середовищі. Відновлення соціальних зв'язків стає ще більш проблематичним через вплив травматичних переживань на здатність до емоційного реагування.

Травма здатна не лише зруйнувати існуючі стосунки, а й ускладнити формування нових. Люди, які постраждали від травматичного досвіду, часто демонструють підвищену обережність або недовіру, що перешкоджає побудові відкритих і підтримуючих взаємин. Водночас негативний вплив травматичних переживань може поширюватися і на професійну сферу, знижуючи продуктивність та здатність до ефективної співпраці з колегами.

Необхідність раннього втручання. Один із найважливіших аспектів подолання наслідків травматичних подій полягає у ранньому виявленні психоемоційних розладів та своєчасному наданні допомоги. Комплексний підхід до лікування таких станів зазвичай включає психотерапію, медикаментозну підтримку, залучення родини та друзів, а також створення безпечного середовища для відновлення.

Психотерапія є базовим елементом допомоги особам, які зазнали травматичних переживань. Використання когнітивно-поведінкових, психодинамічних або інтегративних підходів дозволяє не лише зменшити

інтенсивність симптомів, але й сприяє поступовій нормалізації емоційного стану.

Медикаментозна терапія застосовується у випадках, коли психотерапевтичні методи не дають бажаних результатів або симптоми депресії, тривожності чи інших розладів.

Вплив психотерапії та соціальних наслідків травматичного досвіду в контексті наркотичної залежності.

Ефективне лікування посттравматичних станів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), базується на використанні психотерапевтичних методів, що дозволяють полегшити симптоми, такі як тривога та депресія. Зокрема, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та терапія усвідомленості (mindfulness-based therapy) забезпечують пацієнтам інструменти для подолання нав'язливих спогадів, негативних емоційних станів та розладів сну. Завдяки структурованим підходам ці методики сприяють відновленню емоційного балансу та покращенню здатності до соціального функціонування.

Медикаментозне лікування є ще одним важливим аспектом допомоги постраждалим. Використання антидепресантів, транквілізаторів чи стабілізаторів настрою дозволяє зменшити емоційне напруження та підтримувати психоемоційний стан на стабільному рівні. Проте слід враховувати, що медикаментозна терапія є лише частиною комплексного підходу і найефективніше працює у поєднанні з психотерапією.

Травматичний досвід не обмежується лише внутрішньоособистісними змінами, але й викликає суттєві соціальні наслідки. У випадках, коли травматичні переживання ускладнюються наркотичною залежністю, ці наслідки набувають більш вираженого та багатогранного характеру, що значно ускладнює процес соціальної адаптації та реабілітації.

Соціальна дезінтеграція як наслідок травматичних переживань. Однією з ключових соціальних проблем, що виникають внаслідок травматичних подій, є порушення міжособистісних стосунків. Особи, які пережили серйозний

психологічний стрес, часто стикаються з труднощами у формуванні та підтримці здорових взаємин. Травматичний досвід може спричинити втрату довіри до людей, страх перед новими контактами та відчуття соціальної ізоляції.

Нерідко постраждалі починають уникати близьких стосунків через страх повторного емоційного болю або, навпаки, стають надмірно залежними від підтримки оточення. У контексті наркотичної залежності ці проблеми ще більше загострюються, оскільки залежність супроводжується конфліктами, деструктивною поведінкою та руйнуванням сімейних і дружніх зв'язків.

Соціальна ізоляція є типовим наслідком травматичного досвіду та залежності. Вона проявляється як фізичним, так і емоційним дистанціюванням. Фізична ізоляція полягає в уникненні безпосередніх контактів з іншими людьми, відсутності участі у соціальній активності. Емоційна ж ізоляція характеризується почуттям внутрішньої самотності навіть за наявності інших людей поруч. У залежних осіб ізоляція часто супроводжується почуттям сорому та стигматизації, що додатково ускладнює їхнє повернення до суспільства.

Складнощі у соціальній взаємодії та формуванні довіри. Травматичні події здатні не лише вплинути на поточні соціальні зв'язки, але й ускладнити їхню реконструкцію чи побудову нових. Особи, які пережили травму, зазвичай демонструють підвищену обережність у відносинах, що нерідко супроводжується труднощами у встановленні довіри. Це може призводити до емоційного відчуження або навіть до повного розриву соціальних контактів.

У контексті наркотичної залежності ці труднощі набувають подвійної інтенсивності. Постраждалі часто стикаються з неприйняттям з боку родини, стигматизацією у суспільстві та конфліктами, спричиненими їхньою залежністю. Розлад довіри між членами сім'ї, емоційна дистанція або навіть агресивна поведінка значно ускладнюють відновлення нормальних стосунків.

Ізоляція як наслідок травматичного досвіду. Психологічна ізоляція, що часто супроводжує осіб із ПТСР та наркотичною залежністю, може мати різні

форми. Фізична ізоляція проявляється у відмові від спілкування, уникненні соціальних заходів, а також прагненні до самотності. Емоційна ж ізоляція включає неможливість відкритися навіть близьким людям, відчуття емоційної пустоти та відчуженості.

Особливістю ізоляції в контексті наркотичної залежності є те, що вона часто підсилюється самостигматизацією. Особи із залежністю нерідко почуваються винними у власному становищі, що сприяє подальшому дистанціюванню від суспільства. Це створює замкнене коло, коли ізоляція підсилює симптоми ПТСР, а ті, у свою чергу, сприяють поглибленню залежності та униканню соціальних контактів.

Труднощі працевлаштування як соціальний наслідок травматичного досвіду: особливості, взаємозв'язки та наслідки. Одним із важливих соціальних наслідків, що виникають у результаті пережитого травматичного досвіду, є проблеми з працевлаштуванням. Люди, які зазнали травматичних подій, часто стикаються з численними бар'єрами на шляху до отримання чи утримання роботи. Їх здатність виконувати професійні завдання може значно знижуватися через психологічні та емоційні ускладнення, спричинені травмою. Це, своєю чергою, впливає на їхню продуктивність, зосередженість та здатність адаптуватися до робочого середовища.

У контексті залежностей ці проблеми набувають ще більшої складності. Залежність може спричиняти додаткові труднощі, як-от зниження мотивації, труднощі з концентрацією уваги, а також часті конфлікти в колективі чи з керівництвом. Нездатність підтримувати стабільний професійний статус, а також втрата роботи можуть посилювати економічні труднощі, погіршувати емоційний стан і, як наслідок, збільшувати ризик посилення залежності.

Соціальна функціональність і повсякденні труднощі. Соціальне функціонування людей, які зазнали травми, також може значно погіршуватися. Ці особи часто стикаються з труднощами у виконанні звичайних повсякденних обов'язків, взаємодії з іншими людьми та участі у соціальному житті. Для осіб із залежністю ці проблеми стають ще більш

вираженими. Залежність сприяє ізоляції, втраті соціальних навичок, появі конфліктів і розриву зв'язків з оточенням.

Почуття приниження та безнадії, які часто супроводжують залежних осіб, значно ускладнюють їхню інтеграцію в суспільство. Соціальна ізоляція може ще більше поглиблювати ці проблеми, створюючи порочне коло, у якому втрата соціальних зв'язків і труднощі з працевлаштуванням взаємно посилюють одне одного.

Травматичний досвід і залежність: взаємозв'язок та його наслідки. Тісний зв'язок між травматичними подіями і залежністю створює складний і багатоплановий механізм, який істотно впливає на психосоціальне функціонування постраждалих осіб. Травма часто виступає пусковим фактором розвитку залежності. Люди, які пережили сильні емоційні потрясіння, нерідко звертаються до психоактивних речовин як до засобу тимчасового зняття болю, тривоги чи депресії. Водночас, із розвитком залежності поглиблюються симптоми психологічних розладів, зумовлених травмою.

Однією з ключових причин посилення негативних наслідків залежності є зміни у функціонуванні мозкових нейромедіаторів, таких як дофамін і серотонін. Ці зміни порушують природні механізми емоційної регуляції, що робить людину ще більш вразливою до психологічних наслідків травматичного досвіду.

У результаті формується порочний цикл: травма посилює залежність, а залежність, своєю чергою, загострює наслідки травми. Цей цикл може тривати роками, спричиняючи прогресуюче погіршення як фізичного, так і психічного стану постраждалих.

Соціальні та екологічні чинники, що ускладнюють ситуацію. Роль соціальних і екологічних факторів у формуванні залежності та поглибленні наслідків травматичного досвіду важко переоцінити. Відсутність соціальної підтримки, економічні труднощі, дискримінація та стигматизація є лише

деякими з ключових проблем, які можуть значно ускладнити процес реабілітації.

Зазначені фактори можуть сприяти уникненню реальності через посилене вживання психоактивних речовин, що ще більше ускладнює здатність людини долати труднощі. Замкнене коло залежності, у якому нові стресові ситуації спричиняють погіршення стану, вимагає розробки комплексних підходів до терапії, які враховують усі аспекти проблеми.

Необхідність комплексного підходу до реабілітації. Для ефективного розв'язання проблем, що виникають унаслідок травматичного досвіду та залежності, потрібен інтегрований підхід. Такий підхід повинен поєднувати психологічну терапію, фармакологічне лікування, соціальну підтримку та роботу з відновленням навичок соціальної взаємодії.

Психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкові методи та терапія усвідомленості, може сприяти опрацюванню травматичних спогадів і формуванню навичок емоційної регуляції. Лікарські засоби, такі як антидепресанти, допомагають стабілізувати емоційний стан, тоді як соціальна підтримка забезпечує необхідні ресурси для вирішення фінансових проблем і відновлення соціальних зв'язків.

Зрештою, основною метою комплексного підходу є розрив порочного кола залежності та травми, покращення якості життя постраждалих і сприяння їхній соціальній інтеграції. Усвідомлення тісного зв'язку між цими двома факторами є ключовим для розробки ефективних програм реабілітації, які зможуть забезпечити тривалий позитивний результат.

Висновки до 1 розділу:

Підсумовуючи викладене у першому розділі, варто зазначити, що наркозалежність не є лише питанням вживання певних речовин, а являє собою значно складнішу проблему, пов'язану з багат шаровими особистісними, емоційними та соціальними аспектами. Це явище можна розглядати як результат складного переплетіння життєвих труднощів, з якими особа не

змогла впоратися іншими засобами, окрім звернення до психоактивних речовин.

Як було встановлено, корені наркозалежності часто сягають глибоких травматичних переживань, що сформувалися під впливом складних життєвих обставин. Зокрема, це може бути досвід насильства у дитинстві, втрата близьких людей чи інші критичні ситуації, які залишили тривалий емоційний відбиток. Однак особливо тривожним є те, що вживання наркотичних речовин не вирішує цих проблем, а, навпаки, посилює їх, провокуючи нові травматичні ситуації. Таким чином, формується так зване "замкнене коло", у якому первинна травма стає поштовхом до вживання, а вживання, своєю чергою, породжує нові травматичні переживання.

Водночас важливо враховувати, що наслідки цих травм не обмежуються лише психологічними аспектами, а також суттєво впливають на соціальне життя людини. Особам із залежністю притаманні замкнутість, ізоляція від соціального оточення, втрата зв'язків із родиною та друзями, а також хронічне відчуття сорому, тривоги та страху. Усе це значно ускладнює процес реабілітації, адже для досягнення успішного одужання необхідна не лише медикаментозна допомога, але й комплексна підтримка з боку близьких і суспільства.

### **Висновки до 1 розділу**

Теоретичний аналіз, проведений у рамках першого розділу, свідчить про те, що ефективне лікування наркозалежності потребує всебічного підходу. Неможливо досягти сталих результатів, обмежуючись виключно медикаментозною терапією чи окремими консультаціями. Необхідний цілісний підхід, який включає роботу з психологічним станом пацієнта, його травматичним досвідом, а також із соціальними аспектами, які суттєво впливають на процес одужання. Лише за умов інтегрованого підходу можливо сподіватися на ефективну реабілітацію та поступове повернення людини до повноцінного життя.

Отже, аналіз першого розділу засвідчує, що наркозалежність — це складне явище, яке потребує уваги не лише до безпосередніх симптомів, а й до глибинних причин та наслідків. Успішна боротьба з цією проблемою можлива лише через поєднання психотерапії, медичної допомоги, соціальної підтримки та формування сприятливого оточення, яке допоможе людині подолати кризу та уникнути повторного потрапляння у деструктивні моделі поведінки.

## РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Загальна характеристика вибірки.

У дослідженні взяли участь 25 респондентів які відповідали певним критеріям відбору. Основними критеріями були діагностована наркотична залежність наявність травматичного досвіду що потенційно міг вплинути на розвиток залежності а також згода на участь у дослідженні. Вибірка охоплювала представників різних соціальних і вікових груп що дало змогу вивчити широкий спектр характеристик.

#### *Група 1 (респонденти з вираженим травматичним досвідом)*

Ця група включає 12 осіб які мали серйозні травматичні події в минулому що суттєво вплинули на розвиток їхньої залежності. Серед основних типів травматичного досвіду — насильство в дитинстві тяжкі втрати або сильні емоційні потрясіння. Вік респондентів цієї групи коливався від 27 до 45 років а тривалість наркотичної залежності становила від 5 до 10 років. Співвідношення чоловіків і жінок у групі склало приблизно 70% чоловіків і 30% жінок. Більшість респондентів не мали стабільної роботи мали складний фінансовий стан та труднощі з соціальною адаптацією.

#### *Група 2 (респонденти з помірним або менш вираженим травматичним досвідом)*

Ця група охоплює 13 осіб у яких травматичні події в житті мали менший вплив або не були настільки вираженими як у першій групі. Ці респонденти мали менш тривалий досвід залежності — від 2 до 5 років. Віковий діапазон групи становив від 25 до 40 років. Співвідношення чоловіків і жінок було більш збалансованим — 50% чоловіків і 50% жінок. Соціальний статус цих респондентів був відносно стабільнішим: багато хто мав тимчасову або сезонну роботу а також кращі показники соціальної адаптації.

Середній вік респондентів в обох групах становив від 25 до 45 років що є типовим віком для людей які звертаються за допомогою при наркотичній залежності. Усі респонденти мають певний досвід залежності що варіюється

від 2 до 10 років. Загалом вибірка представлена різними соціальними групами що дозволяє отримати більш різностороннє уявлення про характерні особливості осіб із наркотичною залежністю та їхні життєві обставини.

## **2.2. Методи дослідження.**

1. Методика виміру рівня тривожності Тейлора. Затвердження цієї методики входять до складу ММРІ як додаткова шкала. Опитувальник складається із 50 тверджень. Згідно з інструкцією, обстежуваний відповідає на дані твердження за допомогою відповідей “Так” чи “Ні” залежно від того, згоден він чи не згоден із твердженнями. Тестування триває 15 – 30 хв.

Оцінка результатів дослідження з опитувальнику проводиться шляхом підрахунку відповідей випробуваного, які свідчать про тривожність. Сумарна оцінка: 40-50 балів сприймається як показник дуже високого рівня тривоги; 25-40 балів свідчить про високий рівень тривоги; 15-25 балів – про середній (з тенденцією до високого) рівень тривоги; 5-15 балів – про середній (з тенденцією до низького) рівень та 0-5 балів – про низький рівень тривоги.

2. Шкала особистісної та реактивної тривожності С.Д. Спілбергера, адаптована Ю.Л. Ханіним . складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, що характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) та ще 20 питань, що характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б).

Випробуваному пропонувалося відповісти на питання, вказавши як він почувається в даний момент (реактивна тривожність 1-20 питання) і як він почувається зазвичай (особистісна тривожність 21-40 питання).

На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) і по частоті вираженої особистісної тривожності (майже ніколи , іноді, часто, майже завжди). Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати такі ситуації станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює

з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та з психосоматичними захворюваннями.

Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність спричиняє порушення уваги, координації.

Тривога спочатку не є негативною рисою. Існує певний негативний індивідуальний рівень "корисної тривоги". Виділяють низький рівень тривожності, помірний рівень тривожності та високий рівень тривожності. Висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги в людини у ситуаціях оцінки її компетентності, що виникають почуття невпевненості у успіху. Низька тривожність свідчить про підвищене почуття відповідальності з метою показати себе у "найкращому світлі".

3. Особовий опитувальник Айзенка. Ця методика використовувалася виявлення особливостей характеру, які отримали назву «екстраверсія», «інтраверсія» і «нейротизм».

Для «екстравертів» найбільш характерними є такі риси, як товариськість, чуйність, невимушеність, життєрадісність, впевненість у собі, прагнення до лідерства. Вони мають багато друзів, оптимістично налаштовані, добродушно веселі, але іноді бувають запальні, нестримні.

«Інтраверти» здебільшого спокійні, врівноважені, розважливі, обачні, миролюбні, контролюють свої вчинки, дії їх завжди продумані, раціональні.

«Нейротики» відрізняються нестабільністю, невраціональністю нервово-психічних процесів, емоційною нестійкістю, лабільністю вегетативної нервової системи, що легко збудливі.

Опитувальник складається із 57 питань. Випробуваний у процесі заповнення опитувальника має відповісти на кожне запитання або ствердно, або негативно. 24 питання призначені для виявлення екстраверсії – інтраверсії, 24 питання – нейротизму та 9 питань – для контролю достовірності відповідей.

Після заповнення бланка, за допомогою шаблонів підраховують кількість негативних та позитивних відповідей на ті чи інші питання.

В інтерпретації Л.А.Ульянової показник екстра – інтравертованості в межах 1 – 13 балів свідчить про інтравертованість (1 – 4 значно виражену, 5 – 9 – виражену, 10 – 13 – помірно виражену), 14 – 24 бали – про екстравертованість (14 - 17 - помірно вираженої, 18 - 22 - вираженою, 23 – 24 – значно вираженою).

Рівень нейротизму до 12 балів оцінюється як низький; 12 – 15 балів – помірно виражений; 16 - 19 - виражений; понад 19 балів – значно виражений. За перевищення 5 балів за шкалою брехні результати дослідження вважаються необ'єктивними.

#### 4. Шкала Гамільтона для депресії.

Оцінка тяжкості депресивного стану та ефективності антидепресивної терапії, що проводилася, ґрунтувалася на показниках шкали Гамільтона для депресії [ Hamilton M. 1960.]. Шкала спочатку складалася із 17 пунктів. В даний час використовується стандарт із 21 пункту, нами використовувався даний варіант. Шкала враховує зниження настрою, вегетативні та когнітивні симптоми, а також тривожні прояви депресії. Клініко - психопатологічні характеристики, якими оперує шкала, загалом відповідають описам, наведеним у МКХ-10.

5. Опитувальник виявлення ранніх ознак алкоголізму К.К. Яхіна, В.Д Менделевича. Застосовується з метою виявлення ознак алкоголізму та побутового пияцтва. Випробуваному пропонується відповісти на 35 питань. Він повинен відзначити знаком "+" ті питання, на які відповідає "так", знаком "-" - ті, на які відповідає "ні". При інтерпретації вибрані відповіді аналізують на підставі діагностичних таблиць, підсумовуючи отримані бали (коефіцієнти) з усіх питань. Вирізняють три рівні алкоголізму: нижче -12,8 балів; рівень побутового пияцтва від +12,8 до -12,8; рівень здоров'я – вище за +12,8 балів.

### **Висновки до 2 розділу**

У дослідженні взяли участь 25 респондентів які відповідали певним критеріям відбору. Основними критеріями були діагностована наркотична

залежність наявності травматичного досвіду що потенційно міг вплинути на розвиток залежності а також згода на участь у дослідженні. Вибірка охоплювала представників різних соціальних і вікових груп що дало змогу вивчити широкий спектр характеристик.

У ході даного дослідження були використані наступні методики: шкала особистісної та реактивної тривожності С.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; особистісний опитувальник Айзенка; методика зміни рівня тривожності Тейлора; опитувальник виявлення ранніх ознак алкоголізму К.К. Яхіна, В.Д. Менделевича; шкала Гамільтона для депресії Для аналізу статистичної значущості емпіричних даних використовувалися U -критерій Манна-Уїтні та факторний аналіз.

## РОЗДІЛ 3 . ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ НА ФОРМУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

### 3.1. Вивчення рівня наркотизації у чоловіків із травматичним досвідом.

За підсумками проведеного опитувальника для виявлення ранніх ознак наркотизації та обробки отриманих результатів за U -критерієм Манна-Уїтні нами було виявлено різницю між досліджуваними вибірками. Отримані дані подано у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Порівняння показників рівня наркотичної залежності між вибірками

рівні	Основна група	Контрольна група
Рівень наркотизації	52%	0
Рівень ризику розвитку наркотичної залежності	48%	56%
Рівень здоров'я	0	44%

З отриманих результатів можна говорити, що у основній групі переважають чоловіки, які мають високий рівень наркотичної залежності. Це справді підтверджує необхідність такого контингенту людей отримання допомоги з боку психотерапевта і нарколога.

Залежність від наркотиків на цьому етапі несе серйозну загрозу для нормального існування людського організму, це відбивається у всіх її аспектах. Насамперед йде руйнація нормального фізіологічного стану та людини як особистості в цілому. Перше місце у житті чоловіка із цією

залежністю займає наркотик і дії, створені задля його отримання. Потяг до наркотику стає непереборним, хворий продає речі, робить борги, йде злочинні дії. На тлі цього руйнуються сімейні та виробничі відносини. Найчастіше це закінчується розлученням та звільненням з робочого місця. Щоб заробити на “похмілля”, вони згодні на будь-яку роботу, що перша потрапила під руки, а то й прагнуть взагалі не працювати, частина веде паразитичний спосіб життя. Хворий спокійно сприймає події, т.к. у його компанії товаришів вже є такі. Для таких чоловіків головне – щоб їх приймала група, а всіх інших вони просто не потребують.

Також у чоловіків з наркотичною залежністю відбуваються порушення в емоційній сфері: вони стають дуже дратівливими, злісними і навіть агресивними.

Емоційна збудженість може змінюватися сльозливістю або розчуленням, настирливою відвертістю, нетактовними зауваженнями.

На такому рівні наркотичної залежності в організмі чоловіка відбуваються незворотні процеси. Ідуть порушення травного тракту, серцево-судинної системи, нервової системи. Відбувається виснаження всіх органів та систем організму, загострюються всі наявні захворювання, часті напади депресії. Усе це може скінчитися смертю людини.

На відміну від основної групи, у контрольній переважає рівень періодичного використання наркотиків. Хоч він і не настільки серйозний, але все одно несе загрозу для людини. Це з тим, що організм поступово звикає до наркотику і з кожним разом його дози збільшуються. У решти чоловіків із контрольної групи відзначається рівень здоров'я.

### **3.2. Вивчення тривожності у хворих на наркотичну залежність**

Грунтуючись на результати, отримані в ході аналізу показників за шкалою особистісної та реактивної тривожності С.Д. Спілбергера, адаптованої Ю.Л. Ханіним, нами було виявлено значні різницю між

двома групами досліджуваної категорії чоловіків. Ці відмінності відзначалися як у показниках особистісної, і реактивної тривожності.

У досліджуваній групі чоловіків, які показали результат понад 45 балів, було встановлено 48%, що характеризувало високу особистісну тривожність. Помірна тривожність (від 31 до 45 балів) зустрілася у 40% чоловіків. Показники, які не перевищили 30 балів та характеризували низьку тривожність, зустрілися у 12% випадків. Реактивна тривожність виявлена у дещо меншій кількості випадків. У цій групі схильність до високої реактивної тривожності спостерігалася у 40% обстежуваної категорії чоловіків, помірна тривожність у 48%, а низькі показники зустрілися у 12% чоловіків.

У контрольній групі відзначалися інші показники. У цій групі переважали показники помірної тривожності, які склали 48% обстежуваних чоловіків. та 40% відповідно.

Таблиця 3.2.

Порівняння показників особистісної та реактивної тривожності між вибірками

	Група 1			Група 2		
	Низький.	Помер.	Висока.	Низький.	Помер.	Висока.
Особистісна тривога	12%	40%	48%	28%	48%	24%
Реактивна тривога	12%	48%	40%	40%	44%	16%

З отриманих даних можна говорити, що рівень тривоги у двох групах різний. Висока особистісна тривожність свідчить про наявність постійної негативної реакції на різні життєві ситуації. В даному випадку вона є однією з важливих передумов того, що не всі чоловіки цієї групи

працевлаштувалися. Як компенсацію своєї необлаштованості у житті вони обирають наркотик.

Найчастіше у поведінці у досліджуваних чоловіків домінує страх, тривога, побоювання, а чи не загальмованість, пригнічення, туга (характерних для меланхолійного типу); вони екстравертовані, всяка дрібниця їх хвилює, навколишній світ для них сповнений небезпеки. На ґрунті цього у них відразу виникають труднощі при спробах влаштуватися працювати. Вони бояться спілкування з незнайомими людьми, особливо якщо ця людина протилежної статі та старша за віком. Впевненими у собі вони бувають лише з тими людьми, з якими найчастіше бувають разом. У групі вони характеризуються залежною позицією, прислухаються лише до думки своїх "супутників". Крім невпевненості у собі, такі чоловіки схильні реагувати підвищеним почуттям провини та самобичуванням за найменші невдачі та помилки. Єдиним засобом, що допомагає подолати почуття власної неповноцінності та нікчемності виступає наркотик.

Ґрунтуючись на результати отриманих даних за методикою вимірювання рівня тривожності Тейлора та статистичної обробки за допомогою U -критерію Манна-Уїтні були виявлені відмінності між групами досліджуваних чоловіків ( $p < 0,05$ ). Так, у групі 1 переважав високий рівень тривоги, який ми виявили у 72% чоловіків, що досліджуються. Показники дуже високого рівня тривоги мали 28% чоловіків. Тривога низького та середнього рівня взагалі не виявлялася.

На відміну від групи 1 у другій групі переважав середній рівень тривоги з тенденцією до низького. Цей показник становив 40% піддослідних. Середній рівень тривоги з тенденцією до високого виявився у 24% людей. Високий рівень склали 32%, а низький 4%. Дуже високого рівня тривоги групи 2 нами виявлено. Дані показників рівня тривоги у групі 1 та групі 2 представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

## Порівняння показників рівня тривожності між вибірками

Рівні тривоги	Група 1		Група 2	
	Кільк. чол	%	Кільк. чол.	%
Дуже високий	7	28%	0	0
Високий	13	72%	8	32%
Середній з тенд. до високого	0	0	6	24%
Середній з тенд. до низького	0	0	10	40%
Низький	0	0	1	4%

На підставі отриманих показників можна говорити про те, що у чоловіків з тривожно-депресивними розладами та наркотичною залежністю відзначалися: зниження настрою, зниження енергійності, підвищена стомлюваність, знижена активність, знижена здатність до зосередження та уваги, знижена самооцінка та почуття впевненості у собі та песимістичне бачення майбутнього, порушення сну (поєднання раннього пробудження та депресивних думок). Для випробуваних характерно звичне відчуття тривожного передчуття, відчуття тривоги, виражена напруженість, занепокоєння, побоювання, пов'язані з передчуттями прийдешніх неприємностей у сфері повсякденного життя, посилене реагування на будь-які несподіванки, дратівливість, страхи, відчуття грудки в горлі; посилене або прискорене серцебиття, пітливість, сухість у роті.

### **3.3. Вивчення характерологічних особливостей у чоловіків, які страждають на наркотичну залежність**

Для вивчення характерологічних особливостей обстеженої групи чоловіків, нами використовувався особистісний опитувальник Айзенка ( NJ Eysenck ) адаптований А.Г. Шмельовим.

Опитувальник складається із 57 питань. Випробовуваний у процесі заповнення опитувальника відповідав на кожне запитання ствердно або негативно. 24 питання призначені для виявлення екстраверсії – інтраверсії, 24 питання – нейротизму та 9 питань – для контролю достовірності відповідей (шкала брехні).

Аналіз отриманих результатів можна наступним чином.

В обстеженій групі переважна кількість хворих виявили показники нейротизму (64%) та характеризувались нестабільністю, невірноваженістю нервово-психічних процесів, емоційною нестійкістю, лабільністю вегетативної нервової системи, легкою збудливістю. Для них були характерні мінливість настрою, сенситивність, а також тривожність, недовірливість, повільність, схильність до песимізму, нерішучість. У контрольній групі цей показник становив 20%.

Екстравертованість переважала у чоловіків з контрольної групи, кількість їх склала 24% випадків порівняно з 16% в експериментальній. Інтраверти переважали, навпаки, у контрольній групі (20% та 56% відповідно).

Для «екстравертів» були найбільш характерними такі риси, як товариськість, чуйність, невимушеність, впевненість у собі, прагнення лідерства. Вони були оптимістично налаштовані, але іноді в них відзначалися запальність, нестримність.

"Інтроверти" були врівноважені, розважливі, обачні, миролюбні, контролювали свої вчинки, дії їх були продумані, раціональні.

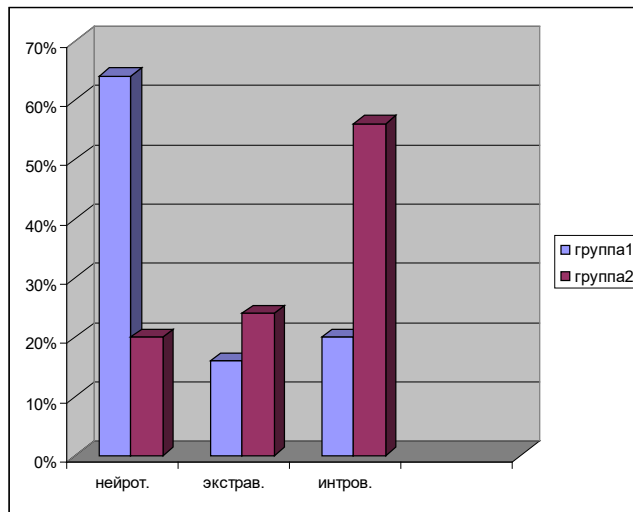


Рис.1. Порівняння показників характерологічних особливостей між вибірками.

### 3.4. Вивчення рівня депресії у чоловіків із наркотичною залежністю

На підставі отриманих результатів за шкалою Гамільтона для депресії та статистичної обробки за допомогою U -критерію Манна-Уїтні були виявлені значні відмінності за рівнем тривожності між експериментальною та контрольною групою (дані вказані в таблиці). У чоловіків із першої групи переважає виражений рівень депресії, він становить 56%. Показники помірною рівня депресії займають 32%, а важка депресія відзначена у 12% досліджуваних чоловіків.

У групі 2 навпаки, переважає помірний рівень депресії, він становив 56% досліджуваних чоловіків.

Дані дослідження за шкалою Гамільтона представлені рис.2.

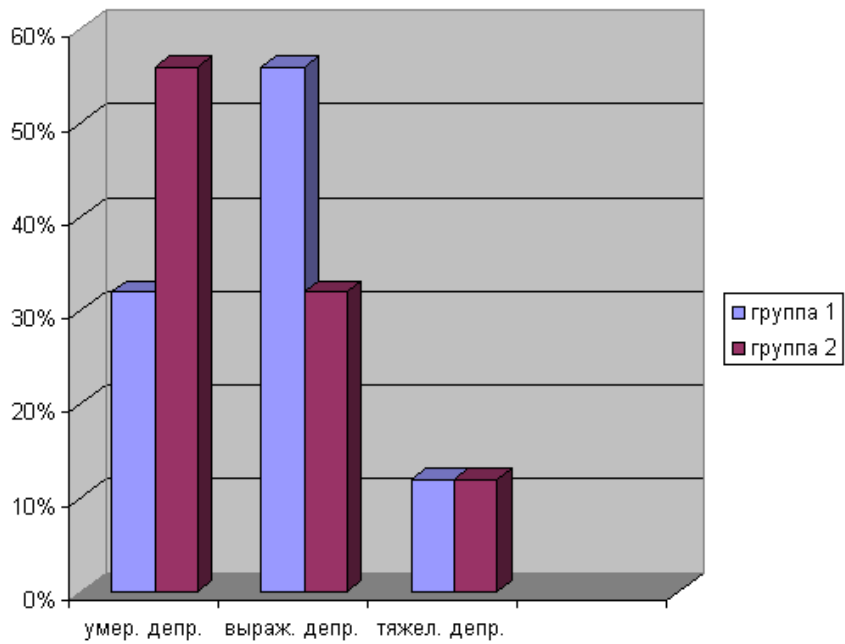


Рис.2. Порівняння показників рівня депресії у чоловіків із наркотичною залежністю.

З результатів отриманих даних можна говорити про те, що чоловікам з наркотичною залежністю властива знижена життєва активність, постійне почуття втоми, негативне ставлення до всього, що відбувається навколо. У спробі порятунку від болісних переживань чоловіки нерідко вдаються до використання психоактивних речовин. Спільну мову такі чоловіки знаходять лише з тими людьми, які їх розуміють. Найчастіше ця категорія чоловіків ховає свою нікчемність, невпевненість у собі та власних силах. Часто депресія може супроводжуватися нападами паніки чи тривоги. Вони можуть виникати через пригнічений настрій. Надалі вони намагаються уникати попадання у ситуації, що викликають тривогу. Підвищена депресія часто впливає на фізичний стан здоров'я. На тлі цього, окрім наслідків наркотичної залежності, у чоловіків можуть виникати соматичні порушення: втрата загального тону, безсоння, втрата апетиту, різноманітні болі. Порушення роботи організму – це наслідки прагнення утримати проблему в собі.

Таблиця 3.4.

Показники статистичної достовірності результатів дослідження за U - критерієм Манна-Уїтні ( $p < 0,05$ ).

Шкали	Група 1	Група 2	U- критерій Манна-Уїтні ( $p < 0,05$ )
Тривога	34,76	16,24	81,000
Депресія	27,34	23,66	266,500
Рівень наркотизації	37,04	13,96	24,000
Спрямованість особистості	29,70	21,30	207,500
Показники особистісної тривожності	28,79	21,36	209,000
Показники реактивної тривожності	28,66	22,34	233,500

### 3.5. Факторизація ознак тривожних та депресивних розладів у чоловіків з наркотичною залежністю.

В результаті обробки отриманих даних за допомогою факторного аналізу нами було виділено 3 фактори в основній групі та 5 факторів у контрольній групі. Розглянемо чинники основний вибірки.

Перший чинник - фактор невротичної тривоги. До його складу увійшли такі ознаки, як: тривога (626), нейротизм (827) і екстравертованість (-887). Питома вага цього чинника становить 28,5%. Отримані ознаки свідчать про те, що чим сильніше у чоловіка розвинена екстравертованість, тим нижчий у нього рівень

тривожності та нейротизму. Це пов'язано з тим, що екстравертована людина більш відкрита для соціуму, постійно перебуває у спілкуванні з іншими людьми. Йому легше переносити якісь негативні події, що відбуваються у його житті.

Другий фактор - "наркотична депресія", складається з ознак депресії (809) і наркотизації (851). Питома вага становить 21,5%. Депресія є однією з найважливіших причин вживання наркотиків чоловіками. Постійна емоційна напруга завдає дискомфорту, заважає нормальній життєдіяльності людини. Наркотик у разі виступає єдиним способом позбавлення негативних емоцій.

Третій чинник - "тривожно-депресивний". До його складу увійшли ознаки особистісної тривоги (935) і депресії (477). Питома вага фактора становить 13,5%. Особистісна тривога є одним із найважливіших синдромів, що супроводжують депресію. Сильну особистісну тривогу можна як прояв депресії. Виділяють також тривожно-депресивний синдром як один з видів прояву депресії. У чоловіків з тривожно - депресивним синдромом у клінічній картині домінує страх, тривога, побоювання, вони екстравертовані, всяка дрібниця їх хвилює, навколишній світ для них сповнений небезпеки, нерідко у цих хворих виникає марення переслідування та іпохондричний марення.

У контрольній вибірці в результаті факторного аналізу даних за проведеними методиками було виділено 5 факторів.

Перший фактор склали такі ознаки: тривога (-502), нейротизм (622), особистісна тривожність (576), екстравертованість (-466) інтровертованість (-568) депресія (663). Питома вага цього чинника становить 26%. Екстраверсія та інтроверсія, як особистісні риси, можуть спричинити посилення тривожності чоловіка. Якщо хворий спрямований "всередину" себе, має мало соціальних контактів, то тривожність посилюється. Це з тим, що він тримає у собі свої переживання, з обережністю ставиться до навколишнього світу. Якщо ж чоловік екстравертований, то тривожність також може посилюватися. Для такої людини дуже важливою є соціальна схвалення, ухвалення з боку інших

людей. А якщо він не отримує це достатньою для нього мірою, то рівень тривоги підвищується. Від цього залежить ступінь нейротизації людини. Чим вища тривога – тим вища нейротизація. Усе це, зрештою, призводить до виникнення депресії.

Другий чинник – “нейротичний”. До його складу увійшли ознаки тривоги (547), нейротизму (437). Питома вага чинника становила 19%. Чим вищий рівень нейротизації, тим вищий рівень тривожності досліджених. Емоційна нестабільність людини, невірноваженість психічних процесів, мінливість настрою, підвищена збудженість найчастіше супроводжується тривожністю.

Третій фактор - "фактор тривожності", складається з показників реактивної тривожності (,787) та екстраверсії (-,646). Питома вага фактора становила 15%. Екстравертована спрямованість категорії чоловіків, що вивчається, викликає посилення реактивної тривожності. Так як людина відкрита для соціуму, постійно взаємодіє з нею, вона стає більш вразливою від обставин, що відбуваються в навколишньому світі. На тлі того, що відбувається, у нього посилюється реактивна тривожність.

Четвертий фактор - "фактор інтравертованості", склали показники інтраверсії (,685) і тривоги (-,533). Питома вага фактора 13%. Тривога в цьому випадку пригнічується. Чоловік інтроверт характеризується врівноваженістю, спокійно реагує на події, що відбуваються в його житті. Він здатний контролювати свої почуття та емоції.

П'ятий фактор склали компоненти реактивної тривожності (,439) і нейротизму (-,446). Питома вага фактора 11%. в навколишньому світі подій, загострюються емоційні реакції.

Таблиця 3.5.

Експ.

Показники	Чинник 1	Фактор 2	Фактор 3
Тривога	<b>,626</b>	,208	,226
Реактивна тривожність	-,104	,064	,009
Особистісна тривожність	-,043	,054	<b>,935</b>
Нейротизм	<b>,827</b>	,089	-,141
Екстраверсія	<b>-,887</b>	,046	,005
Інтроверсія	,070	,163	,109
Депресія	,152	<b>,809</b>	<b>,477</b>
Наркотична залежність	,037	<b>,851</b>	-,185
Питома вага фактора	28,5%	21,5%	13,5%

Таблиця 3.6.

Контр. Гр.

Показники	Чинник 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Тривога	<b>-,502</b>	<b>,547</b>	,162	<b>-,533</b>	,054
Реактивна тривожність	-,200	,051	<b>,787</b>	,227	<b>,439</b>
Особистісна тривожність	<b>,576</b>	<b>-,541</b>	-,125	-,151	-,020
Нейротизм	<b>,622</b>	<b>,437</b>	,255	,083	<b>-,446</b>

Екстраверсія	<b>-,466</b>	,306	<b>-,646</b>	,110	,236
Інтроверсія	<b>-,568</b>	-,260	,020	<b>,685</b>	-,229
Депресія	<b>,663</b>	,116	-,155	,207	,623
Наркотична залежність	,317	,765	-,115	,369	-,094
Питома вага фактора	26%	19%	15%	13%	11%

### Висновки до 3 розділу

1. Залежність від наркотиків на цьому етапі несе серйозну загрозу для нормального існування людського організму, це відбивається у всіх її аспектах. Насамперед йде руйнація нормального фізіологічного стану та людини як особистості в цілому. Перше місце у житті чоловіка із цією залежністю займає наркотик і дії, створені задля його отримання. Потяг до наркотику стає непереборним, хворий продає речі, робить борги, йде злочинні дії. На тлі цього руйнуються сімейні та виробничі відносини. Найчастіше це закінчується розлученням та звільненням з робочого місця. Щоб заробити на “похмілля”, вони згодні на будь-яку роботу, що перша потрапила під руки, а то й прагнуть взагалі не працювати, частина веде паразитичний спосіб життя. Хворий спокійно сприймає події, т.к. у його компанії товаришів вже є такі. Для таких чоловіків головне – щоб їх приймала група, а всіх інших вони просто не потребують.

2. Найчастіше у поведінці у досліджуваних чоловіків домінує страх, тривога, побоювання, а чи не загальмованість, пригнічення, туга (характерних для меланхолійного типу); вони екстравертовані, всяка дрібниця їх хвилює, навколишній світ для них сповнений небезпеки. На ґрунті цього у них відразу виникають труднощі при спробах влаштуватися працювати. Вони бояться спілкування з незнайомими людьми, особливо якщо ця людина протилежної статі та старша за віком. Впевненими у собі вони бувають лише з тими людьми, з якими найчастіше бувають разом. У групі вони характеризуються

залежною позицією, прислухаються лише до думки своїх "супутників". Крім невпевненості у собі, такі чоловіки схильні реагувати підвищеним почуттям провини та самобичуванням за найменші невдачі та помилки. Єдиним засобом, що допомагає подолати почуття власної неповноцінності та нікчемності виступає наркотик.

3. З результатів отриманих даних можна говорити про те, що чоловікам з наркотичною залежністю властива знижена життєва активність, постійне почуття втоми, негативне ставлення до всього, що відбувається навколо. У спробі порятунку від болісних переживань чоловіки нерідко вдаються до використання психоативних речовин. Спільну мову такі чоловіки знаходять лише з тими людьми, які їх розуміють. Найчастіше ця категорія чоловіків ховає свою нікчемність, невпевненість у собі та власних силах. Часто депресія може супроводжуватися нападами паніки чи тривоги. Вони можуть виникати через пригнічений настрій. Надалі вони намагаються уникати попадання у ситуації, що викликають тривогу. Підвищена депресія часто впливає на фізичний стан здоров'я. На тлі цього, окрім наслідків наркотичної залежності, у чоловіків можуть виникати соматичні порушення: втрата загального тону, безсоння, втрата апетиту, різноманітні болі. Порушення роботи організму – це наслідки прагнення утримати проблему в собі.

4. В результаті обробки отриманих даних за допомогою факторного аналізу нами було виділено 3 фактори в основній групі та 5 факторів у контрольній групі.

## ВИСНОВКИ

1. Було проведено огляд літератури щодо особливостей травматичного досвіду та впливу на формування наркотичної залежності.

2. Виділені 2 групи травматичного досвіду.

*Група 1 (респонденти з вираженим травматичним досвідом)*

Ця група включає 12 осіб які мали серйозні травматичні події в минулому що суттєво вплинули на розвиток їхньої залежності. Серед основних типів травматичного досвіду — насильство в дитинстві тяжкі втрати або сильні емоційні потрясіння. Вік респондентів цієї групи коливався від 27 до 45 років а тривалість наркотичної залежності становила від 5 до 10 років. Співвідношення чоловіків і жінок у групі склало приблизно 70% чоловіків і 30% жінок. Більшість респондентів не мали стабільної роботи мали складний фінансовий стан та труднощі з соціальною адаптацією.

*Група 2 (респонденти з помірним або менш вираженим травматичним досвідом)*

Ця група охоплює 13 осіб у яких травматичні події в житті мали менший вплив або не були настільки вираженими як у першій групі. Ці респонденти мали менш тривалий досвід залежності — від 2 до 5 років. Віковий діапазон групи становив від 25 до 40 років. Співвідношення чоловіків і жінок було більш збалансованим — 50% чоловіків і 50% жінок. Соціальний статус цих респондентів був відносно стабільнішим: багато хто мав тимчасову або сезонну роботу а також кращі показники соціальної адаптації.

3. Проаналізована тривожність у досліджуваних. Помірна тривожність зустрілася у 40% чоловіків. З високою та низькою тривожністю нами було виявлено у 24% та 28% випадків відповідно.

З отриманих даних можна говорити, що рівень тривоги у двох групах різний. Висока особистісна тривожність свідчить про наявність постійної негативної реакцію різні життєві ситуації. В даному випадку

вона є однією з важливих передумов того, що не всі чоловіки цієї групи працевлаштувалися. Як компенсацію своєї необлаштованості у житті вони обирають наркотики.

3. Найчастіше у поведінці у досліджуваних чоловіків домінує страх, тривога, побоювання, а чи не загальмованість, придушення, туга (характерних для меланхолійного типу); вони екстравертовані, всяка дрібниця їх хвилює, навколишній світ для них сповнений небезпеки. На ґрунті цього у них відразу виникають труднощі при спробах влаштуватися працювати. Вони бояться спілкування з незнайомими людьми, особливо якщо ця людина протилежної статі та старша за віком. Впевненими у собі вони бувають лише з тими людьми, з якими найчастіше бувають разом. У групі вони характеризуються залежною позицією, прислухаються лише до думки своїх "супутників". Крім непевненості у собі, такі чоловіки схильні реагувати підвищеним почуттям провини та самобичуванням за найменші невдачі та помилки. Єдиним засобом, що допомагає подолати почуття власної неповноцінності та нікчемності виступає наркотик.

4. Аналізуючи характерологічні особливості виявлено, що в обстеженій групі переважна кількість хворих виявили показники нейротизму (64%) та характеризувались нестабільністю, неврівноваженістю нервово-психічних процесів, емоційною нестійкістю, лабільністю вегетативної нервової системи, легкою збудливістю. Для них були характерні мінливість настрою, сенситивність, а також тривожність, недовірливість, повільність, схильність до песимізму, нерішучість. У контрольній групі цей показник становив 20%.

Екстравертованість переважала у чоловіків із контрольної групи, кількість їх склала 24% випадків порівняно з 16% в експериментальній. Інтроверти переважали, навпаки, у контрольній групі (20% та 56% відповідно). Для «екстравертів» були найбільш характерними такі риси, як товариськість, чуйність, невимушеність, впевненість у собі, прагнення лідерства. Вони були оптимістично налаштовані, але іноді в них відзначалися запальність,

нестримність. "Інтроверти" були врівноважені, розважливі, обачні, миролюбні, контролювали свої вчинки, дії їх були продумані, раціональні.

5. У чоловіків із першої групи переважає виражений рівень депресії, він становить 56%. Показники помірного рівня депресії займають 32%, а важка депресія відзначена у 12% досліджуваних чоловіків. У групі 2 навпаки, переважає помірний рівень депресії, він становив 56% досліджуваних чоловіків. Показники вираженої та тяжкої депресії склали 32% та 12% відповідно.

6. В результаті обробки отриманих даних за допомогою факторного аналізу нами було виділено 3 фактори в основній групі та 5 факторів у контрольній групі.

Перший чинник - фактор невротичної тривоги. Питома вага цього чинника становить 28,5%. Отримані ознаки свідчать про те, що чим сильніше у чоловіка розвинена екстравертованість, тим нижчий у нього рівень тривожності та нейротизму.

Другий фактор - "наркотична депресія". Питома вага становить 21,5%. Депресія є однією з найважливіших причин вживання наркотику чоловіками з метою єдиного способу позбавлення негативних емоцій.

Третій чинник - "тривожно-депресивний". Питома вага фактора становить 13,5%. У чоловіків з тривожно - депресивним синдромом у клінічній картині домінує страх, тривога, побоювання, вони екстравертовані, всяка дрібниця їх хвилює, навколишній світ для них сповнений небезпеки, нерідко у цих хворих виникає марення переслідування та іпохондричний марення.

У контрольній вибірці в результаті факторного аналізу даних за проведеними методиками було виділено 5 факторів.

Перший фактор включає тривогу (-,502), нейротизм (,622), особистісну тривожність (,576), екстравертованість (-,466), інтровертованість (-,568), депресію (,663). Питома вага цього чинника становить 26%. Для осіб із цими компонентами дуже важливим є

соціальна схвалення, прийняття з боку інших людей. Чим вища тривога – тим вища нейротизація.

Другий чинник – “нейротичний”. Питома вага чинника становила 19%. Чим вищий рівень нейротизації, тим вищий рівень тривожності досліджених. Емоційна нестабільність людини, неврівноваженість психічних процесів, мінливість настрою, підвищена збудженість найчастіше супроводжується тривожністю.

Третій фактор - "фактор тривожності". Питома вага фактора становила 15%. Так як людина відкрита для соціуму, постійно взаємодіє з нею, вона стає більш вразливою від обставин, що відбуваються в навколишньому світі. На тлі того, що відбувається, у нього посилюється реактивна тривожність.

Четвертий фактор - "фактор інтравертованості". Питома вага фактора 13%. Тривога в цьому випадку пригнічується. Чоловік інтроверт характеризується врівноваженістю, спокійно реагує на події, що відбуваються в його житті. Він здатний контролювати свої почуття та емоції.

П'ятий фактор склали компоненти реактивної тривожності (439) і нейротизму (446). Питома вага фактора 11%. Підвищується емоційна чутливість до подій, що відбуваються в навколишньому світі, загострюються емоційні реакції.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Авербух О.С. Депресивні стани / Євген Семенович Авербух. - Л.: Вид-во Ленінгр. ун-ту, 1962. - 193 с.
2. Авруцький Г.Я. Лікування психічно хворих/Г.Я. Авруцький, А.А. Недува. - М.: Медицина, 1988. - 528 с.
3. Барчук І. Алкоголь і людина/Іван Барчук. - Львів, 1957. - 310с.
4. Бачерніков Н.Є. Клінічна психіатрія/Н.Є. Бачерніков, П.Т. Згонників. - Київ "Здоров'я", 1989, - 381с.
5. Братусь Б.С. Аномалії особистості / Борис Сергійович Братусь. - М.: Думка, 1988. - 301с.
6. Вартанян М.Є. Генетика психічних хвороб// Посібник із психіатрії/ Під ред. А.В. Сніжневського.- М.: Медицина, 1983. - Т.1.- З. 115-133.
7. Гаранян Н.Г. Інтегративна психотерапія тривожних та депресивних розладів/Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова// МПЖ.-1996.-№3.-С.112-140.
8. Гоголева А.Ю. Адиктивне поведінка та її профілактика/ Альбіна Юріївна Гоголева,- М.: Москва, 2003,- 287с.
9. Гончарова О.Ю. Клініко-терапевтичні аспекти тривожних розладів при алкогольній залежності: автореф. дис. отримання наук. ступеня канд. мед. наук: спец. "Наркологія" / А.Ю. Гончарова. – Харків, 2008. – 21с.
10. Гур'єва В.А. Психогенні розлади у дітей та підлітків/В.А. Гур'єва, - Москва, 1996. - 207 с.
11. Жмуров В.А. Емоційно-вольові розлади при алкоголізмі: автореф. дис.на отримання наук. ступеня канд. мед. наук: 6.07.07 "Наркологія". - Харків, 2007. - 21с.
12. Карвасарській Б.Д. Неврози / Б.Д.
13. Коркіна М.В. Психосоматичні розлади.// П.
14. Корнетов Н.А. Психогенні депресії (клініка, патогенез)/ Н.А.
15. Крижанівський О.В. Циклотимічні депресії/А.В.
16. Депресивні розлади/ Кутько І.І., Стефановський В.А., Букреєв В.І., Шестопалова Л.Ф.- Київ – «Здоров'я» 1992. – 160с.

17. Лакосіна Н.Д. Неврози, невротичні розвитку особистості/Н.М. Трунова. - М., 1994. - 192 с.
18. Лічко О.Є. Акцентуація характеру як концепція в психіатрії та медичній психології // Огляд психіатрії та медичної психології. - 1993. - №3. - С. - 5-17.
19. Максимова Н.Ю. Безпека життєдіяльності. Соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії / Наталія Юріївна Максимова, - М.: Москва, 2006, - 316с.
20. Марута Н.А.
21. Марута Н.А. Сучасні форми депресивних розладів (клініко-психопатологічні механізми формування) / Н.О. Марута, В.Д.
22. 16. Марута Н.А. Сучасні фактори патоморфозу депресій/Н.А.
23. Марута Н.А. Соматичні прояви при неврозах, їх діагностика та психотерапія/Наталія Олександрівна Марута // Український вісник психоневрології. - 1996. - Т. 4 - В. 5. - С. 240-241.
24. Морозова Т.М. Психопатологія ендогенних депресій: автореф. дис. отримання науков. ступеня д-ра мед.наук.- М., 1968.- С. 38.
25. Психотерапія/Б.В. Михайлов, С.І. Табачников, І.С. Вітенко, В.В. Чавунів,- Харків, - ОКО, - 2002. - 768 с.
26. Мішієв В.Д. Сучасні форми депресивних розладів: клініка, діагностика, принципи медичної та соціальної реабілітації: автореф. дис. отримання науков. ступеня д-ра мед. наук/В.Д. Мішесв. - Харків, 2001. - 36с.
27. Немчин Т.А. Особистість та алкоголізм/Т.А. Немчин, С.В. Цицарев. - М. : Прогрес, 1989. - 277с.
28. Попов Ю.В. Сучасна клінічна психіатрія/Ю.В. Попов, В.Д. Вид, - М.: Експертне бюро. - М., 1997. 136с.
29. Полтавець В.І. Спадкові та середовищні фактори у виникненні алкоголізму: автореф. отримання науков. ступеня канд. мед. наук: "Наркологія" / В.І. Полтавець. - Москва, 1987. - 21с.

30. Роналд Т. Поттер-Ефрон. Сором, вина та алкоголізм: клінічна практика / Роналд Т. Поттер-Ефрон. - М .: Інститут загальногумаєтарних досліджень, 2002, - 416с.
31. Синицький В.М. Депресивні стани / Валерій Миколайович Синицький. - Київ - Наукова думка, 1986. С. 272.
32. Толкачов В.А. Шлях до тверезості / Валентин Андрійович Толкачов. - М.: Москва, 1988. - 452с.
33. Тиганов А.С. Посібник із психіатрії/ Олексій Семенович Тиганов.- М. : Медицина, 1999.- З. 795.
34. Улич Є. М. Твереза сповідь колишнього алкоголіка / Євген Макаревич Улич. - Москва, 1988, - 125с.
35. Холмогорова О.Б. Емоції та психічне здоров'я/А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян// Вест. реабілітація. та корекц. роботи. - 1996. - № 1. - С.14-17.

## **Анотація**

Кваліфікаційна робота на тему: “Психологічні особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності”

Мета дослідження: вивчити особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності у чоловіків з різним ступенем цього досвіду.

Об'єкт: наркотична залежність.

Предмет: особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності у чоловіків з різним ступенем цього досвіду.

Завдання дослідження:

1. Розглянути літературу щодо особливостей особливості впливу травматичного досвіду на формування наркотичної залежності у чоловіків.
2. Визначити рівень наркотизації в цій категорії чоловіків за опитувальником виявлення ранніх ознак цієї патології.
3. Вивчити рівень тривожності у працюючих та безробітних чоловіків з наркотичною залежністю.
4. Визначити рівень депресії в категорії чоловіків, що обстежується.
5. Вивчити характерологічні особливості в обстеженої категорії хворих.

У дослідженні взяли участь 25 респондентів які відповідали певним критеріям відбору. Основними критеріями були діагностована наркотична залежність наявність травматичного досвіду що потенційно міг вплинути на розвиток залежності а також згода на участь у дослідженні. Вибірка охоплювала представників різних соціальних і вікових груп що дало змогу вивчити широкий спектр характеристик.

У ході даного дослідження були використані наступні методики: шкала особистісної та реактивної тривожності С.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; особистісний опитувальник Айзенка; методика зміни рівня тривожності Тейлора; опитувальник виявлення ранніх ознак алкоголізму К.К. Яхіна, В.Д. Менделевича; шкала Гамільтона для депресії Для аналізу статистичної

значущості емпіричних даних використовувалися U -критерій Манна-Уїтні та факторний аналіз.

### **Abstract**

Qualification work on the topic: “Psychological features of the influence of traumatic experience on the formation of drug addiction”

Purpose of the study: to study the features of the influence of traumatic experience on the formation of drug addiction in men with different degrees of this experience.

Object: drug addiction.

Subject: features of the influence of traumatic experience on the formation of drug addiction in men with different degrees of this experience.

Research objectives:

1. To review the literature on the features of the influence of traumatic experience on the formation of drug addiction in men.
2. To determine the level of drug addiction in this category of men using a questionnaire to identify early signs of this pathology.
3. To study the level of anxiety in working and unemployed men with drug addiction.
4. To determine the level of depression in the category of men being examined.
5. To study the characterological features of the examined category of patients.

25 respondents who met certain selection criteria took part in the study. The main criteria were diagnosed drug addiction, the presence of a traumatic experience that could potentially affect the development of addiction, as well as consent to participate in the study. The sample included representatives of different social and age groups, which made it possible to study a wide range of characteristics.

In the course of this study, the following methods were used: the scale of personality and reactive anxiety S.D. Spielberger - Y.L. Khanin; Eysenck's

personality questionnaire; Taylor's method of changing the level of anxiety; the questionnaire for identifying early signs of alcoholism K.K. Yakhin, V.D. Mendelevich; Hamilton scale for depression. To analyze the statistical significance of empirical data, the Mann-Whitney U-criterion and factor analysis were used.