

КАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЧЕРНЯВСЬКА НАТАЛЯ ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 159.923.2-055.1:613.81

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОСОБЛИВОСТІ САМОСВІДОМОСТІ ЧОЛОВІКІВ
З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

053 Психологія

05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання чужих ідей, результатів і текстів має посилання на відповідне джерело _____ Чернявська Н. В.

Науковий керівник: Міщиха Лариса Петрівна, доктор психологічних наук,
доцент

Івано-Франківськ – 2026

АНОТАЦІЯ

Чернявська Н. В. Особливості самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю – кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія, галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки. – Карпатський національний університет імені Василя Стефаника Міністерства освіти і науки України, Івано-Франківськ, 2026.

У дисертації подано результати комплексного теоретичного та емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю як цілісного, багатовимірного психологічного утворення, що визначає специфіку особистісного функціонування, регуляції поведінки та підтримання адиктивних форм реагування. Актуальність дослідження зумовлена високою поширеністю алкогольної залежності серед чоловіків працездатного віку, її негативним впливом на психічне здоров'я, соціальне функціонування та якість життя, а також зростанням психоемоційного напруження і хронічного стресу в сучасних соціальних умовах.

Алкогольна залежність у сучасній психології розглядається не лише як клінічний або поведінковий розлад, а як складний психологічний феномен, що супроводжується порушеннями особистісного розвитку, саморегуляції та функціонування самосвідомості. У чоловіків із тривалим досвідом алкогольної залежності спостерігаються нестійкість Я-образу, суперечливість самооцінки, зниження рефлексивності, домінування зовнішнього локусу контролю та труднощі усвідомлення власних почуттів і відповідальності за життєві рішення.

Попри значну кількість досліджень, присвячених окремим психологічним характеристикам осіб із залежною поведінкою, проблема самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю як інтегрованої психологічної системи залишається недостатньо розробленою. Це зумовлює необхідність системного аналізу її структурної організації та функціонування у зв'язку з підтриманням адиктивної поведінки.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати особливості самосвідомості чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю, розробити та емпірично верифікувати концептуальну модель, а також визначити засади психологічного супроводу розвитку самосвідомості цієї категорії осіб.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що самосвідомість зазнає структурно-функціональних деформацій, які проявляються у порушенні узгодженості між когнітивним, емоційно-ціннісним та регулятивним компонентами. Теоретичне і практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у психологічній діагностиці та психологічному супроводі осіб із алкогольною залежністю.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять підходи, у межах яких самосвідомість розглядається як складне, багаторівневе та інтегративне психологічне утворення, що поєднує уявлення особистості про себе, емоційно-ціннісне ставлення до власного досвіду та механізми регуляції поведінки. У сучасному психологічному дискурсі самосвідомість трактується як система, що забезпечує усвідомлення особистістю власних психічних станів, мотивів, цінностей і поведінкових стратегій та виконує провідну регулятивну функцію.

Аналіз наукових джерел засвідчив наявність кількох основних напрямів дослідження самосвідомості, у межах яких виокремлюються її когнітивний, емоційно-ціннісний і регулятивний виміри. У контексті адиктивної поведінки підкреслюється, що тривалий перебіг алкогольної залежності асоціюється зі зниженням рівня рефлексивності та порушенням цілісності Я-образу та ослабленням механізмів саморегуляції.

Особливу увагу в роботі приділено віковому аспекту розвитку самосвідомості. Ранній дорослий вік визначено як сензитивний період становлення ідентичності, життєвих смислів і суб'єктної позиції. За наявності алкогольної залежності ці процеси зазнають істотних структурно-функціональних порушень, що ускладнює інтеграцію життєвого досвіду та підтримує адиктивні форми реагування.

Теоретичний аналіз проблеми дозволив сформулювати припущення про системний взаємозв'язок між рівнем інтегрованості самосвідомості та вираженістю алкогольної залежності. Саме ці положення стали методологічним підґрунтям для побудови концептуальної моделі самосвідомості та подальшого емпіричного дослідження.

На підставі теоретичного узагальнення та результатів емпіричного дослідження у роботі представлено авторську концептуальну модель самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості, побудовану в логіці біопсихосоціального підходу. Модель відображає системну взаємодію нейробіологічного та соціального векторів. Нейробіологічний вектор репрезентовано функціонуванням ЦНС, індивідуальними особливостями нейромедіаторних механізмів, формуванням стійких нейронних зв'язків звички та нейрокогнітивними наслідками вживання. Соціальний вектор подано на мікро- та макрорівнях (сім'я, стиль виховання, найближче оточення; ширші соціокультурні та стресогенні контексти), а також через чинники особистісної травматизації та суб'єктивної задоволеності життям як ресурсу або його втрати.

У межах моделі обґрунтовано вектор зниження функціонування самосвідомості, який охоплює когнітивний, емоційно-ціннісний і регулятивний компоненти. На когнітивному рівні описано розмитість ідентичності, самовиправдання, когнітивний дисонанс і зниження рефлексії. Емоційно-ціннісний компонент пов'язаний із порушенням самоствавлення, заниженою самооцінкою, втратою самоповаги та смисловими деформаціями (зокрема станами внутрішньої порожнечі, ціннісної дезорієнтації й екзистенційної напруги), що можуть підсилювати адиктивну вразливість. Регулятивний компонент включає вивчену безпорадність, низьку адаптивність, зниження саморегуляції та втрату самоконтролю, що ускладнює утримання тверезості й підсилює ризик рецидивних форм реагування.

Запропонована модель має пояснювальний характер і слугує теоретичною основою для інтерпретації виявлених структурно-функціональних деформацій

самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю та психологічних механізмів підтримання адиктивної поведінки.

На основі теоретичного аналізу сформульовано припущення щодо взаємозв'язку рівня інтегрованості самосвідомості та вираженості алкогольної залежності. Передбачалося, що структурно-функціональні деформації самосвідомості пов'язані з рівнем алкогольної залежності, психологічного стресу, зниженням психологічного благополуччя та саморегуляції, а також із домінуванням зовнішнього локусу контролю.

З метою емпіричної перевірки висунутих припущень проведено комплексне психодіагностичне дослідження із застосуванням стандартизованих методик, спрямованих на вивчення рівня алкогольної залежності, показників самосвідомості, психологічного благополуччя, саморегуляції, локусу контролю та суб'єктивного стресу. Отримані емпіричні дані були оброблені з використанням методів математико-статистичного аналізу, зокрема факторного аналізу.

Для визначення особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю застосовано факторний аналіз методом головних компонентів із подальшим обертанням Varimax. За критерієм «каменепаду» виокремлено два фактори, які пояснюють значну частку дисперсії досліджуваних показників. Перший фактор умовно інтерпретовано як «емоційно-ціннісний та когнітивний блок самосвідомості», другий – як «регулятивно-ідентичнісний блок самосвідомості», що відображає суперечливість і неоднорідність внутрішньої структури самосвідомості у досліджуваній групі.

На основі теоретичних положень і результатів емпіричного дослідження розроблено програму психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. Програма має концептуальний характер і ґрунтується на авторській структурно-функціональній моделі самосвідомості, яка відображає взаємозв'язок когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів. Її побудова зумовлена результатами аналізу деформацій самосвідомості, виявлених у чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною

залежністю, та спрямована на підтримку процесів усвідомлення, інтеграції внутрішнього досвіду й відновлення суб'єктної позиції особистості.

Запропонована програма структурована відповідно до логіки психологічного впливу та орієнтована на поетапну роботу з основними компонентами самосвідомості без виходу за межі психологічного супроводу. Методологічну основу програми становлять принципи цілісності, ресурсної орієнтації та урахування індивідуальних особливостей особистості. Програма розглядається як модель практичного застосування отриманих наукових результатів у професійній діяльності психологів і може бути використана для проектування психокорекційних та підтримувальних заходів у роботі з чоловіками з алкогольною залежністю.

Оскільки адиктивна поведінка пов'язана з порушеннями імпульсного контролю та недостатністю саморегуляції, у програмі передбачено розвиток здатності до усвідомлення імпульсу, його відтермінування та формування альтернативних стратегій реагування. Такий підхід узгоджується з клінічною моделлю розладів імпульсного контролю, у межах якої залежність розглядається як поєднання імпульсивних і компульсивних механізмів поведінки.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання теоретичних положень, емпіричних висновків та запропонованої інтегрованої соціально-психологічної програми психологічного супроводу у діяльності практичних психологів, які працюють з особами з алкогольною залежністю. Матеріали дослідження можуть бути використані у психологічній діагностиці, консультативній та супровідній роботі, а також у процесі професійної підготовки фахівців психологічного профілю.

Обмеження дослідження пов'язані з особливостями вибірки, віковими та гендерними характеристиками досліджуваних, а також зосередженістю роботи на психологічних чинниках алкогольної залежності без урахування медико-біологічних аспектів. Перспективи подальших наукових пошуків пов'язані із вивченням динаміки змін самосвідомості особистості на різних етапах ремісії, а також із подальшою апробацією та удосконаленням програми психологічного

супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю з урахуванням тривалості, індивідуальних психологічних особливостей та умов реабілітації.

Ключові слова: особистість, самосвідомість, структура самосвідомості, адикт, адиктивна поведінка, залежність, алкогольна залежність, алкоголь, психоактивні речовини, стрес, психологічне благополуччя, рання дорослість, Я-концепція, саморегуляція, психологічний супровід.

ABSTRACT

Cherniavska N. Features of Self-Consciousness in Men with Alcohol Use Disorder – qualification scientific work as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Specialty 053 Psychology, Field of Knowledge 05 Social and Behavioral Sciences. – Vasyl Stefanyk Carpathian National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Ivano-Frankivsk, Ivano-Frankivsk, 2026.

The dissertation presents the results of a comprehensive theoretical and empirical study of the features of self-consciousness in men in early adulthood with alcohol dependence as a holistic, multidimensional psychological construct that determines the specificity of personal functioning, behavioral regulation, and the maintenance of addictive patterns of responding. The relevance of the study is determined by a high prevalence of alcohol dependence among men of working age, its negative impact on mental health, social functioning, and quality of life, as well as an increase in psycho-emotional tension and chronic stress in contemporary social conditions.

Alcohol dependence in contemporary psychology is considered not only as a clinical disorder but also as a complex psychological phenomenon accompanied by disturbances in personality development, self-regulation, and the functioning of self-consciousness. Men with alcohol use demonstrate instability of self-image, inconsistency of self-esteem, reduced reflexivity, predominance of an external locus of control, and difficulties in recognizing their emotions and taking responsibility for life decisions.

Despite a considerable number of studies devoted to the individual psychological characteristics of persons with addictive behavior, self-consciousness in men with alcohol dependence as an integrated psychological system remains insufficiently explored. This necessitates a systematic analysis of the structure and functioning of self-consciousness in relation to the development of addictive behavior.

The aim of the study is to theoretically substantiate the features of self-consciousness of men in early adulthood with alcohol dependence, to develop and empirically verify a conceptual model, as well as to determine the foundations of psychological support for the development of self-consciousness of this category of individuals. The hypothesis of the study is that self-consciousness undergoes structural and functional distortions manifested in disrupted coherence among its cognitive, emotional-value, and regulatory components. The theoretical and practical significance of the study lies in the applicability of the obtained results to psychological assessment and psychological support for individuals with alcohol dependence.

The theoretical and methodological framework is grounded in approaches that conceptualize self-consciousness as a complex, multilevel, and integrative psychological construct combining self-representations, the emotional-value attitudes toward one's own experience, and mechanisms of behavioral regulation. In contemporary psychological discourse, self-consciousness is understood as a system ensuring awareness of one's mental states, motives, values, and behavioral strategies, performing a leading regulatory function.

An analysis of scientific sources revealed several main directions in the study of self-consciousness, emphasizing its cognitive, emotional-value, and regulatory dimensions. In the context of addictive behavior, prolonged alcohol dependence is associated with reduced reflexivity, impaired integrity of self-image, and weakened self-regulatory mechanisms.

The study analyzes age-related patterns of self-consciousness development: early adulthood is a sensitive period for the formation of identity, life meanings, and subjective position. In the presence of alcohol dependence, these processes undergo significant

structural and functional disturbances, complicating the integration of life experience and maintaining addictive patterns of responding.

This analysis formulates an assumption of a systemic relationship between the level of integration of self-consciousness and the severity of alcohol dependence. These provisions form the methodological basis for constructing a conceptual model of self-consciousness and for subsequent empirical research.

Based on theoretical generalization and empirical findings, a conceptual model of self-consciousness in men with alcohol dependence in early adulthood was developed within a biopsychosocial framework. This model reflects the systemic interaction of neurobiological and social vectors: the neurobiological vector includes central nervous system functioning, individual characteristics of neurotransmitter mechanisms, formation of stable neural habit circuits, and neurocognitive consequences of alcohol consumption. The social vector is represented at both micro- and macro-levels, including family relationships, parenting styles, and the immediate social environment, as well as broader sociocultural and stress-related contexts. It is also shaped by factors such as personal traumatization and subjective life satisfaction, which may function either as psychological resources or as factors contributing to their depletion.

Within the model, a vector of decreased self-consciousness functioning is substantiated, encompassing cognitive, emotional-value, and regulatory components. At the cognitive level, blurred identity, self-justification, cognitive dissonance, and reduced reflexivity. The emotional-value component is associated with impaired self-attitude, lowered self-esteem, loss of self-respect, and meaning-related deformations (including inner emptiness, value disorientation, and existential tension), which may increase addictive vulnerability. The regulatory component includes learned helplessness, low adaptability, decreased self-regulation, and a loss of self-control, complicating sobriety maintenance and increasing relapse risk.

The proposed model serves as a theoretical basis for interpreting structural and functional deformations of self-consciousness in men with alcohol dependence and the psychological mechanisms supporting addictive behavior.

To empirically test the assumptions, a comprehensive psychodiagnostic study was conducted using standardized methods aimed at assessing alcohol dependence severity, indicators of self-consciousness, psychological well-being, self-regulation, locus of control, and perceived stress. The empirical data were processed using mathematical and statistical methods, including factor analysis.

To determine the features of self-consciousness in men with alcohol dependence, principal component analysis with Varimax rotation was applied. According to the scree test criterion, two factors explaining a significant portion of the variance were identified. The first factor was interpreted as an “emotional-value and cognitive block of self-consciousness,” and the second as a “regulatory-identity block of self-consciousness,” reflecting the inconsistency and heterogeneity of the internal structure of self-consciousness in the studied group.

Based on theoretical provisions and empirical results, an integrated socio-psychological program of psychological support aimed at the development of self-consciousness in men with alcohol dependence was designed. The program has a conceptual character and is grounded in the structural-functional model of self-consciousness, reflecting the interrelation of cognitive, emotional-value, and regulatory components. Its structure is determined by the identified deformations of self-consciousness and is oriented toward supporting processes of awareness, integration of internal experience, and restoration of the subjective position.

The practical implications of the obtained results lie in the potential application of the theoretical framework, empirical findings, and the proposed integrated socio-psychological program of psychological support in the professional practice of psychologists working with men with alcohol use disorder. The findings of the study may be applied in psychological assessment, counseling, supportive interventions, as well as in the professional training of psychology specialists.

Prospects for further research are associated with studying the dynamics of changes in self-consciousness at different stages of remission, as well as with the further testing and refinement of the psychological support program for the development of self-

consciousness in men with alcohol dependence, taking into account the duration of dependence, individual psychological characteristics, and rehabilitation conditions.

Keywords: personality; self-consciousness; psychological well-being; person with addiction; addictive behavior; men with alcohol use disorder; early adulthood; self-concept; cognitive component; emotional-evaluative component; regulatory component; self-reflection; self-regulation; self-attitude; psychological support.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

Статті у наукових виданнях, які входять до наукометричної бази

Scopus:

1. Mishchykha L., Cherniavska N., Kravchenko V., Vitiuk N., Kulesha-Liubinets, Khrushch O. Application of Mindfulness Practices in Work on Stress Reduction during the War. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*. 2023. Vol. 81. P. 25–38.

DOI: [10.33788/rcis.81.2](https://doi.org/10.33788/rcis.81.2)

URL: <https://www.scopus.com/pages/publications/85163360441?origin=resultlist>

Статті у наукових фахових виданнях України категорії Б:

2. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Концептуалізація феномену самосвідомості у контексті психологічного дискурсу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія «Психологія»*. 2024. Т. 35 (74), № 6. С. 10–14.

DOI: [10.32782/2709-3093/2024.6/02](https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.6/02)

URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/6_2024/4.pdf

3. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Психологічні передумови конструювання моделі самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2025. Вип. 25. С. 113–120.

DOI: [10.30970/PS.2025.25.13](https://doi.org/10.30970/PS.2025.25.13).

URL: https://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/25_2025/15.pdf

4. Чернявська Н. В. Концептуальна модель самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. Габітус. 2024. № 67. С. 233–237.

DOI: [10.32782/2663-5208.2024.67.38](https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.67.38)

URL: <https://habitus.od.ua/journals/2024/67-2024/40.pdf>

5. Чернявська Н. В. Самосвідомість особистості в період ранньої дорослості. Проблеми сучасної психології, 2024, вип. 61, с. 164–180.

DOI: [10.26661/2310-4368/2025-1-17](https://doi.org/10.26661/2310-4368/2025-1-17)

URL: <https://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/4506>

6. Чернявська Н. В. Емпіричне дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія. 2025. № 2 (6). С. 196–201.

DOI: [10.32782/3041-1297/2025-2-30](https://doi.org/10.32782/3041-1297/2025-2-30)

URL: <https://journal.ldubgd.edu.ua/index.php/pp/article/view/3056>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Особливості розвитку самосвідомості у ранньому дорослому віці. Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 5 грудня 2024 р.). Львів–Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 217–220.

URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/340/10130/22856-1>

8. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Нейробіологічні механізми впливу алкоголю на психічне здоров'я особистості. Матеріали звітної наукової вебконференції викладачів, докторантів, аспірантів університету за 2024 рік Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (м. Івано-Франківськ, 24–28 березня 2025 р.). Івано-Франківськ, 2025. С. 107–108.

URL:<https://pedagogical.cnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/7/2026/01/zbirnyk-tez-vykladachiv-2025.pdf#page=107>

9. Чернявська Н. В. Авторська модель психокорекційної програми для чоловіків з алкогольною залежністю. International Scientific and Practical Conference “Strategic Guidelines for the Development of Science, Education, Technologies, and Key Spheres of Public Life”: conference abstracts. 2025. С. 96–100.

URL: <https://www.economics.in.ua/2025/11/10.html>

10. Чернявська Н. В. Нейробіологічні аспекти самосвідомості осіб з алкогольною залежністю. Глобальний світ і Україна: сучасні виклики та пошук відповідей: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції (Харків, 31 січня 2025 р.). Харків: Право, 2025. С. 75–77.

URL:https://pravo-izdat.com.ua/index.php?download_id=1942&product_id=5499&route=product/product/download

11. Чернявська Н. В. Особливості терапевтичного альянсу з особами із алкогольною залежністю в період війни. Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології: матеріали науково-практичної конференції, 16–17 вересня 2023 року. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 163–166.

URL:<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/736608/2/Zbirnyk%20conf%20adyctolog2023.pdf>

12. Чернявська Н. В. Реабілітація чоловіків з алкогольною залежністю в контексті самосвідомості. Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: зимові дебати: матеріали VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (лютий 2025 р.). Дніпро, 2025. С. 340–341. ISBN 978-617-8293-41-3.

URL:<http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2025/02/Conference-Proceedings-February-6-7-2025-1.pdf?utm>

13. Чернявська Н. В. Роль самосвідомості у психологічному благополуччі чоловіків з алкогольною залежністю. У: Psychological and Pedagogical Problems of

Modern Specialist Formation: Collective Scientific Monograph. Lviv–Toruń: Liha-Pres, 2024. С. 56–59.

DOI: [10.36059/978-966-397-496-5-14](https://doi.org/10.36059/978-966-397-496-5-14)

URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/385/12174/27548-1>

14. Чернявська Н. В. Феномен самосвідомості особистості в руслі екзистенційно-суб'єктних засад сучасної персонології. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Івано-Франківськ, 23–24 вересня 2021 р.) / упоряд. О. Г. Паркулаб. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2021. С. 178–180.

URL: https://www.researchgate.net/publication/358749325_Fenomen_samosvidomosti_osobistosti_v_rusli_ekzistencijno-sub'ektnih_zasad_sucasnoi_personalogii

15. Чернявська Н. В. Феномен самосвідомості у чоловіків з алкогольною залежністю: психологічні механізми та чинники формування. International scientific conference (Riga, the Republic of Latvia, 19–20 March 2025): conference abstracts. Riga, 2025. С. 22–25.

URL: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/593/15974/33708-1>

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	17
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ САМОСВІДОМОСТІ ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ У ПЕРІОД РАННЬОЇ ДОРОСЛОСТІ	32
1.1. Концептуалізація феномену самосвідомості у контексті психологічного дискурсу.....	32
1.2. Особливості розвитку самосвідомості у ранньому дорослому віці.....	47
1.3. Криза ранньої дорослості у контексті розвитку самосвідомості особистості.....	51
1.4. Нейробіологічні механізми розвитку залежності	61
1.5. Концептуальна модель самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості.....	68
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОСВІДОМОСТІ ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ	85
2.1. Програма емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю.....	85
2.2. Методи та процедура емпіричного дослідження.....	93
2.3. Результати емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю.....	104
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОЗВИТКУ САМОСВІДОМОСТІ ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ	147
3.1. Психологічний ресурс у роботі з чоловіками з алкогольною залежністю.....	147
3.1.1. Аналіз програм психологічного супроводу та психосоціальної підтримки у подоланні алкогольної залежності.....	153

3.2. Програма психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю.....	153
3.2.1. Практичне застосування програми психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю: клінічні приклади.....	182
ВИСНОВКИ.....	191
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	198
ДОДАТКИ.....	229

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ACh – ацетилхолін
- ADH1B – алкогольдегідрогеназа 1B типу
- ALDH2 – альдегіддегідрогеназа 2-го типу
- AUD – розлад вживання алкоголю
- CEN – центральна виконавча мережа (central executive network)
- CRHR1 – рецептор кортикотропін-рилізінг-гормону 1-го типу
- DA – дофамін
- DLPFC – дорсолатеральна префронтальна кора (dorsolateral prefrontal cortex)
- DMN – мережева система «режиму за замовчуванням» (default mode network)
- FPC – фронтополярна кора (frontopolar cortex)
- GABA – гамма-аміномасляна кислота (γ -aminobutyric acid)
- Glu – глутамат
- HT – серотонін (5-HT, 5-гідрокситриптамін)
- RLPFC – ростролатеральна префронтальна кора (rostrolateral prefrontal cortex)
- SN – салієнтна мережа (salience network)
- VLPFC – вентролатеральна префронтальна кора (ventrolateral prefrontal cortex)
- DSM-5 – Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
- PAWS – постабстинентний синдром (Post-Acute Withdrawal Syndrome)
- PERMA – модель багатовимірного психологічного благополуччя: P – Positive emotions (позитивні емоції), E – Engagement (залученість), R – Relationships (стосунки), M – Meaning (сєнс життя), A – Accomplishment (досягнення)
- PERMA-Profiler – опитувальник для вимірювання компонентів моделі PERMA (PERMA-Профайлер)
- PERMA-M/A – інтегральні показники за шкалами Meaning (сєнс) та Accomplishment (досягнення) моделі PERMA

PERMA-E/R – інтегральні показники за шкалами Engagement (залученість) та Relationships (стосунки) моделі PERMA

PSS-10 – шкала суб'єктивного сприйняття стресу (Perceived Stress Scale, 10 запитань)

МКХ-11 – міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду

ПАР – психоактивна речовина

ППСРС-А – програма психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю.

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

T0 – початкова контрольна точка оцінювання (до початку програми)

T1 – проміжна контрольна точка оцінювання (середина програми)

T2 – завершальна контрольна точка оцінювання (після завершення програми)

«Матриця 10×10» – авторський інструмент структурованого планування часу, що передбачає фіксацію коротких завдань у десяти життєвих сферах

ВСТУП

Актуальність дослідження. Алкогольна залежність є одним із найпоширеніших видів адиктивної поведінки серед чоловіків ранньої та середньої дорослості, суттєво впливаючи на їх психічне здоров'я, соціальне функціонування та якість життя. Вона не лише руйнує фізичне благополуччя, але й змінює внутрішній психологічний простір людини – її уявлення про себе, образ Я, здатність до рефлексії, рівень відповідальності та емоційної регуляції. Саме ці психологічні механізми є ядром феномену самосвідомості, який у контексті алкогольної залежності зазнає суттєвих трансформацій.

Для чоловіків, які тривалий час перебувають у стані алкоголізації, характерними стають суперечливість самооцінки, нестійкість Я-образу, домінування зовнішнього локусу контролю, зниження здатності до саморефлексії, утруднення в розумінні власних почуттів, мотивів та дій. Зміни в самосвідомості торкаються когнітивної, емоційно-ціннісної та регулятивної сфер, що призводить до фрагментації внутрішнього світу, труднощів у прийнятті рішень, втрати суб'єктності та неможливості ефективно керувати власною поведінкою.

Попри наявність досліджень, що описують окремі аспекти психіки залежних осіб – самооцінку, імпульсивність, емоційну регуляцію чи стресостійкість – комплексне вивчення самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю в єдиній структурно-функціональній площині залишається недостатнім. Існуючі роботи здебільшого зосереджені на клініко-психіатричному чи нейробіологічному аналізі, тоді як особистісно-психологічні механізми формування та деформації самосвідомості у залежних чоловіків потребують подальшого уточнення.

Важливим чинником актуальності є й сучасний український контекст. Умови тривалих соціальних напружень, війна, економічна нестабільність, посилений стрес та невизначеність призводять до зростання випадків адиктивної поведінки серед чоловіків. У таких обставинах особливої ваги набуває дослідження внутрішніх психологічних компонентів особистості залежної людини, зокрема – її самосвідомості, адже саме від її цілісності, узгодженості та інтегрованості

залежить здатність людини здійснювати зміни, приймати відповідальність, долати рецидиви та повертатися до продуктивного життя.

У сучасній психології залежностей та адиктологічних дослідженнях проблема алкогольної залежності розглядається у контексті порушень особистісного розвитку, саморегуляції та функціонування самосвідомості. У працях зарубіжних і вітчизняних авторів алкогольна залежність постає не лише як клінічний чи регулятивний розлад, а як складний психологічний феномен, що супроводжується деформаціями Я-структури, зниженням рефлексивності, порушенням автономії та ослабленням суб'єктної позиції особистості (Г.Шаффер, М. Орфорд, Б. Александер, А. Марлатт, В. Джеймс, Ч. Кулі, Дж. Мід, К. Роджерс, Р. Бернс, М. Розенберг, Т. Титаренко). У межах цих підходів підкреслюється, що залежна поведінка формується на тлі поступового зниження усвідомленості власних потреб, мотивів і відповідальності за життєві рішення, що безпосередньо пов'язано з порушеннями самосвідомості та саморегуляції поведінки.

У психодинамічній і клініко-психологічній традиції адиктивна поведінка розглядається як наслідок порушень інтегрованості Я, дефіциту внутрішніх регулятивних механізмів і домінування регресивних способів психологічного захисту, що ускладнює процес усвідомлення власного стану та відповідального контролю поведінки (О. Кернберг, Д. Віннікот, Г. Кохут, В. Старков). У межах адиктологічних досліджень наголошується, що хронічна алкогольна залежність супроводжується поступовою втратою цілісності Я-образу, зростанням зовнішньої детермінації поведінки та ослабленням суб'єктної позиції, що істотно знижує можливості особистісного відновлення і підтримує рецидивний характер залежності (М. Орфорд, А. Марлатт, Б. Александер).

У сучасних міждисциплінарних дослідженнях також підкреслюється роль нейропсихологічних і тілесно-емоційних механізмів у формуванні деформацій самосвідомості залежних осіб. Зокрема показано, що порушення інтеграції афективного досвіду, зниження емоційної усвідомленості та дисоціація тілесних сигналів істотно впливають на здатність до саморефлексії та саморегуляції (А. Дамазіо, Дж. Леду, Б. ван дер Колк, П. Огден). Такі зміни обмежують можливості

інтеграції життєвого досвіду та формування стабільної ідентичності, що є важливим чинником підтримання адиктивної поведінки.

У вітчизняній психологічній науці самосвідомість розглядається як складне інтегративне багаторівневе утворення, що включає когнітивний, емоційно-ціннісний та регулятивний компоненти й забезпечує здатність особистості до саморозуміння, рефлексії та саморегуляції життєдіяльності (П. Чамата, М. Боришевський, В. Москалець, С. Максименко, Т. Титаренко, М. Савчин, Р. Павелків). У працях українських дослідників підкреслюється, що порушення узгодженості зазначених компонентів асоціюється з фрагментацією самосвідомості, нестійкістю ідентичності, зниженням відповідальності та ослабленням суб'єктної позиції особистості (Л. Міщиха, О. Гуменюк, О. Фурман, Л. Подоляк, О. Кульчицька, С. Тищенко).

У межах адиктологічних досліджень, як у вітчизняній, так і в зарубіжній психології, алкогольна залежність розглядається як складний багатовимірний феномен, що супроводжується деформаціями особистісного розвитку, порушеннями саморегуляції, відповідальності та суб'єктної позиції. У працях вітчизняних дослідників (О. Лещинська, Л. Дідковська, О. Климишин, Н. Матейко, Л. Максимова, Д. Старков, П. Козира) підкреслюється, що адиктивна поведінка пов'язана з порушенням контролю поведінки, імпульсивними формами реагування, зниженням здатності до довготривалого планування та залежністю поведінкових рішень від ситуаційних чинників, що ускладнює саморегуляцію та підтримує залежні патерни. Зарубіжні автори наголошують на ролі дефіцитів саморегуляції, порушень виконавчих функцій і зниження рефлексивності у формуванні та підтриманні алкогольної залежності (Г. Марлатт, А. Бандура, А. Бечара, Дж. Куб, Н. Волков). Узагальнення результатів цих досліджень дозволяє розглядати алкогольну залежність як стан, що супроводжується внутрішніми суперечностями між усвідомленими намірами, цінностями та реальною поведінкою, що створює передумови для деформації самосвідомості.

Разом із тим, попри наявність значної кількості теоретичних й емпіричних досліджень у вітчизняній та зарубіжній психології, проблема особливостей

самосвідомості осіб із алкогольною залежністю як цілісного психологічного утворення залишається недостатньо систематизованою. У наукових працях переважає фрагментарний аналіз окремих психологічних характеристик – самооцінки, локусу контролю, мотивації, емоційної регуляції, стресостійкості – як у працях зарубіжних авторів (М. Розенберг, Дж. Роттер, Р. Бернс), так і в дослідженнях вітчизняних науковців (П. Чамата, М. Боришевський, Т. Титаренко, В. Москалець, С. Максименко, Л. Міщиха, Л. Дідковська). Водночас цілісний підхід до самосвідомості як інтегрованої системи когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів, що визначає динаміку адиктивної поведінки та можливості особистісного відновлення, у наукових дослідженнях представлений обмежено.

Особливої актуальності ця проблема набуває у контексті дослідження чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю, оскільки саме на цьому етапі онтогенезу відбувається інтенсивне формування ідентичності, життєвих стратегій та механізмів саморегуляції, що підвищує вразливість самосвідомості до деструктивних впливів залежної поведінки.

Отже, актуальність означеної проблеми зумовлена поєднанням високої соціальної значущості алкогольної залежності, недостатньою розробленістю системного підходу до вивчення самосвідомості в адиктологічному контексті та потребою у науково обґрунтованих концептуальних моделях психологічного аналізу та супроводу осіб із залежною поведінкою. Саме це визначило вибір теми дисертаційного дослідження: «Особливості самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до планів науково-дослідної роботи кафедри загальної психології Карпатського національного університету імені Василя Стефаника та є складовою комплексної наукової теми «Екзистенційно-аналітичний підхід до психотравм війни» (номер державної реєстрації 0123U100406).

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати особливості самосвідомості чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю, розробити та

емпірично верифікувати концептуальну модель, а також визначити засади психологічного супроводу розвитку самосвідомості цієї категорії осіб.

Об'єкт дослідження – самосвідомість чоловіків з алкогольною залежністю.

Предмет дослідження – особливості самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю у період ранньої дорослості.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан теоретичної розробки проблеми самосвідомості у науковій літературі та на основі цього сформулювати вихідні теоретичні засади дослідження.

2. Розкрити змістовну та структурну організацію самосвідомості як інтегральної психічної системи.

3. Розробити та обґрунтувати концептуальну модель самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості.

4. Здійснити психодіагностичне дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю у період ранньої дорослості.

5. Сконструювати програму психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що самосвідомість чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю характеризується структурно-функціональними деформаціями, що проявляються у диспропорційності розвитку її компонентів (когнітивного, емоційно-ціннісного, регулятивного) та зниженні рівня їхньої інтегративної узгодженості. Порушення узгодженості між компонентами самосвідомості супроводжується зростанням психоемоційного напруження, зниженням відчуття життєвої реалізованості та стресостійкості, фрагментацією смислової сфери, що, у свою чергу, ускладнює процеси саморегуляції особистості.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять підходи, у межах яких самосвідомість розглядається як складне, багаторівневе та інтегративне психологічне утворення, що поєднує уявлення особистості про себе, емоційно-ціннісне ставлення до власного досвіду та механізми регуляції поведінки. У роботі

використано положення класичних концепцій Я (В. Джеймс, Ч. Кулі, Дж. Мід), гуманістично-екзистинційної психології (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл, Р. Мей), яка акцентує увагу на унікальній цінності особистості, її внутрішньому потенціалі та здатності до свідомого вибору, підкреслюючи визначальну роль сенсу життя як психологічного ресурсу життєстійкості та подолання екзистенційних викликів; інтегративно-особистісного підходу (Г. Балл), де особистість розглядається як стійка, внутрішньо узгоджена система, здатна до свідомої діяльності, саморегуляції та взаємодії з соціокультурним середовищем у мережі багаторівневих системних зв'язків; теорії самооцінки (М. Розенберг), концепції локусу контролю (Дж. Роттер), сучасних підходів до саморегуляції, а також теорій адиктивної поведінки, у яких акцентується роль порушень саморефлексії, автономії та інтегрованості Я у формуванні й підтриманні залежної поведінки.

Узагальнення цих підходів дозволяє розглядати самосвідомість чоловіків із алкогольною залежністю як систему, у якій порушення одного компонента неминуче змінює функціонування всієї структури.

Для розв'язання поставлених завдань у дисертаційному дослідженні застосовано комплекс *теоретичних, емпіричних і статистичних методів*, що забезпечили цілісне та багатовимірне вивчення самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. Теоретичне осмислення проблеми здійснювалося шляхом аналізу, синтезу, класифікації та систематизації наукових джерел, що дозволило уточнити зміст ключових понять, узагальнити сучасні підходи до вивчення самосвідомості та окреслити концептуальні засади дослідження. Використання теоретичного моделювання дало змогу побудувати концептуальну модель самосвідомості та визначити логіку її емпіричного вивчення.

Емпірична частина дослідження базувалася на застосуванні комплексу психодіагностичних методик, спрямованих на кількісне та якісне вивчення основних компонентів самосвідомості та пов'язаних із нею психологічних характеристик. Зокрема, для оцінювання ступеня алкогольної залежності використовувався Мічиганський алкогольний скринінговий тест (Michigan Alcohol Screening Test - MAST); для аналізу психологічного благополуччя – модель

PERMA-Профайлер (М. Селігман), для дослідження самоповаги було використано шкалу самоповаги Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES), для вивчення особливостей суб'єктного контролю – опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» (за Дж. Роттером); для аналізу регулятивних механізмів – опитувальник визначення саморегуляції, а для визначення рівня суб'єктивного стресу – шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10); для визначення рівня самореалізації особистості – «Опитувальник особистісної здійсненності» (О. Штепа).

З метою поглиблення інтерпретації кількісних результатів та розкриття змістових особливостей самосвідомості застосовувалися допоміжні якісні методи, зокрема проєктивна методика «Хто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд) та методика «Незакінчених речень» (Дж. Сакс, С. Леві). Поєднання стандартизованих тестових інструментів і проєктивних методик дозволило дослідити як структурні, так і смислові аспекти самосвідомості, а також виявити індивідуально-психологічні особливості її функціонування у чоловіків з алкогольною залежністю.

Обробка та аналіз емпіричних даних здійснювалися з використанням методів математичної статистики, зокрема описової статистики, кореляційного аналізу, t-критерію Стюдента, факторного та кластерного аналізів, що дало змогу виявити закономірності взаємозв'язків між досліджуваними показниками та визначити типологічні особливості інтегрованості самосвідомості. Статистичні розрахунки та графічна презентація результатів виконувалися із застосуванням програмних пакетів Excel та Statistica 12.

Організація і база дослідження. Дослідження проведено у 2021–2024 рр. на базі соціально-психологічного центру «Відновлення» у м. Львів.

У ньому взяли участь 134 чоловіки віком 20–40 років, які проходили реабілітацію та надали інформовану згоду. Вибірка була сформована з урахуванням критеріїв включення та виключення, що забезпечило її однорідність і релевантність.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечено методологічною обґрунтованістю теоретичних положень, відповідністю

використаних методів поставленій меті та завданням, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних і якісних методів аналізу, а також коректним застосуванням методів математичної статистики. Достовірність отриманих результатів підтверджується узгодженістю емпіричних даних, внутрішньою логікою їх інтерпретації та повторюваністю виявлених закономірностей.

Наукова новизна дисертаційного дослідження полягає:

– *вперше здійснено* комплексний теоретичний та емпіричний аналіз феномену самосвідомості чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю. Проблему самосвідомості розглянуто на рівні інтегрованого аналізу, що дозволяє поглибити уявлення про внутрішні психологічні механізми адиктивної поведінки;

– *уточнено та розширено* зміст низки психологічних категорій у контексті заявленої теми: «самосвідомість», «самосвідомість у ранній дорослості», «самосвідомість чоловіків з алкогольною залежністю»;

– *поглиблено* знання про змістовну та структурну організацію самосвідомості як інтегральної психічної системи з урахуванням взаємодії когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів. Показано, що алкогольна залежність супроводжується порушенням інтегрованості цих компонентів, що виявляється у фрагментарності Я-образу, зниженні рефлексивності та ослабленні механізмів саморегуляції поведінки;

– *розроблено* концептуальну модель самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю, яка відображає системну інтеграцію всіх складових самосвідомості на рівні індивідуальності, описує спрямований вектор зниження її функціонування на всіх рівнях структурної організації – когнітивному, емоційно-ціннісному та поведінковому – і водночас репрезентує специфіку деформацій самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю;

– *виявлено* особливості функціонування самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю у періоді ранньої дорослості шляхом емпіричної верифікації концептуальної моделі;

– *уведено* концепт «плекання внутрішньої дитини» як метафорично-операційний конструкт, структуроутворювальний механізм у межах програми психологічного супроводу, що забезпечує відновлення регулятивних функцій самосвідомості, розвиток автономності та формування зрілої ідентичності особистості.

– *запропоновано* програму психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю, яка репрезентує поетапну структуровану роботу, спрямовану на підтримку та оптимізацію розвитку самосвідомості, формування навичок саморегуляції й підвищення рівня психологічної стійкості та формування стійкої ремісії у чоловіків із алкогольною залежністю;

– *набули* подальшого розвитку погляди на розуміння феному «психологічного ресурсу» в контексті самосвідомості залежної особистості. Активізація ресурсного потенціалу особистості з алкогольною залежністю є умовою переходу у постабстинентний період від фази стабілізації до реінтеграції.

Теоретичне значення дослідження полягає:

– у поглибленні наукових уявлень про самосвідомість як інтегративне багатовимірне психологічне утворення, що відображає усвідомлення особистістю власного «Я», його цілісності, безперервності та суб'єктності й забезпечує регуляцію поведінки, емоційних станів і життєдіяльності в цілому;

– у розкритті змісту самосвідомості з урахуванням взаємодії когнітивного, емоційно-ціннісного і регулятивного компонентів;

– у розширенні наукових уявлень про самосвідомість чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості як багатовимірного психологічного феномену в контексті адиктивної поведінки;

– у розробці теоретичних підходів до вивчення психологічних механізмів алкогольної залежності через аналіз порушень інтегрованості самосвідомості, що дозволяє переосмислити роль внутрішніх особистісних чинників у підтриманні адиктивної поведінки;

– у теоретичному обґрунтуванні концептуальної моделі самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю, що створює підґрунтя для подальших фундаментальних теоретико-прикладних досліджень у сфері психології залежностей та особистісного розвитку;

– у розвитку міждисциплінарного підходу до аналізу адиктивної поведінки, що інтегрує положення клінічної психології, нейропсихології, загальної психології, персонології та психотерапевтичної теорії.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що матеріали дисертаційного дослідження можуть бути використані у практичній діяльності психологів і психотерапевтів під час роботи з чоловіками раннього дорослого віку, які мають досвід алкогольної залежності. Зокрема, результати дослідження можуть застосовуватися на етапах психологічної діагностики, формування терапевтичного запиту та визначення напрямів психокорекційного впливу. Запропоновані підходи можуть інтегруватися в програми реабілітаційних центрів, клінічну практику психологів і психотерапевтів, а також у підготовку фахівців, які працюють у сфері адиктивної поведінки. Крім того, емпіричні результати роботи можуть бути використані при розробленні та вдосконаленні програм психологічної підтримки і психокорекції в реабілітаційних, медико-соціальних та соціально-психологічних закладах.

Результати дисертаційного дослідження *впроваджено* у діяльність Соціально-психологічного центру «Відновлення», де вони використовувалися у практиці психологічного супроводу чоловіків із досвідом залежної поведінки у 2021–2024 рр. (довідка від 25 вересня 2025 р.), а також рекомендовані до подальшого використання у практиці психологічної допомоги та методичній роботі фахівців центру (довідка для подання до атестаційної справи).

Отримані наукові висновки та аналітичні матеріали були застосовані при:

– удосконаленні підходів до психологічного супроводу чоловіків із досвідом алкогольної залежності;

– розробленні психоосвітніх матеріалів, спрямованих на підвищення рівня саморефлексії та усвідомлення внутрішніх ресурсів особистості;

- уточненні критеріїв оцінювання емоційно-ціннісних і регулятивних особливостей самосвідомості осіб, які проходять реабілітацію;
- плануванні індивідуальних і групових консультацій з урахуванням виявлених закономірностей функціонування самосвідомості в умовах адиктивних порушень.

Матеріали та результати дисертаційного дослідження впроваджено в освітній процес Карпатського національного університету імені Василя Стефаника (довідка від 24.12.2025 № 03.04-29/24). Результати теоретичного та емпіричного аналізу, а також розроблені авторські методичні матеріали використовуються у процесі викладання професійно-орієнтованих дисциплін з освітньо-професійної програми «Психологія» за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти спеціальності 053 «Психологія», зокрема «Загальна психологія», «Вікова та педагогічна психологія», «Персонологія». Крім того, матеріали дослідження застосовуються у підготовці здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» за освітніми програмами «Психологія» та «Клінічна та реабілітаційна психологія» під час викладання навчальних дисциплін «Основи адиктології» та «Основи логотерапії».

Особистий внесок автора:

- здійснено теоретичне узагальнення та авторське уточнення поняття самосвідомості чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю, а також окреслено концептуальну організацію її когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів;
- розроблено та обґрунтовано концептуальну модель самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю, яка відображає її структурні компоненти, рівні сформованості та психологічні механізми функціонування;
- емпірично досліджено особливості самосвідомості чоловіків (з досвідом алкогольної залежності) та встановлено взаємозв'язки між її показниками і рівнем алкогольної залежності, психологічними станами, особистісними характеристиками та рівнем психологічного благополуччя;

– сконструйовано програму психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю, спрямовану на поетапне відновлення інтегрованості самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю, яка ґрунтується на результатах теоретичного аналізу та емпіричного дослідження.

Розроблені наукові положення та отримані емпіричні дані є самостійним внеском автора у розробку проблеми особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю (у період ранньої дорослості).

Апробація результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження відображені в 1 міжнародній науковій статті, індексованій у базі Scopus, 5 статтях у фахових виданнях України, а також у 9 публікаціях тез доповідей, оприлюднених на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях.

Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи були представлені та апробовані на науково-практичних конференціях різного рівня, зокрема:

на міжнародних: «Psychological and Pedagogical Problems of Modern Specialist Formation» (Львів–Торунь, 2024 р.); International Scientific and Practical Conference “Strategic Guidelines for the Development of Science, Education, Technologies, and Key Spheres of Public Life” (2025 р.); International scientific conference (Рига, Латвійська Республіка, 19–20 березня 2025 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» (Київ, 2024 р.); VI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: зимові дебати» (Дніпро, 2025 р.);

на всеукраїнських: Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології (Київ, 2023 р.); III Всеукраїнська науково-практична конференція «Глобальний світ і Україна: сучасні виклики та пошук відповідей» (Харків, 2025 р.); звітна наукова вебконференція викладачів, докторантів та аспірантів Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (Івано-Франківськ, 2025 р.); «Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості» (Івано-Франківськ, 2021 р.).

Результати дослідження також обговорювалися на розширених засіданнях кафедри соціальної психології та кафедри загальної психології Карпатського національного університету імені Василя Стефаника упродовж 2022–2025 років.

Структура роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, що містять 12 підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Список використаних джерел налічує 309 найменувань, включаючи електронні ресурси та джерела мережі Інтернет, серед яких значна частина – іноземними мовами. До роботи додано 19 додатків. Дисертація містить 25 рисунків та 5 таблиць. Основний зміст роботи викладено на 197 сторінках. Загальний обсяг дисертаційного дослідження становить 266 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ САМОСВІДОМОСТІ ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ У ПЕРІОД РАННЬОЇ ДОРОСЛОСТІ

1.1. Концептуалізація феномену самосвідомості у контексті психологічного дискурсу

Наше звернення до розгляду феномену самосвідомості розкрило ряд дискусійних аспектів щодо його трактування вченими у царині психологічної науки, насамперед пов'язаних із співвідношенням між його нейробіологічним, психологічним і філософським підґрунтям. Одним із перших кроків є визначення самосвідомості крізь призму сучасної нейробіології, яка розглядає її як результат дозрівання та інтеграції складних когнітивних мереж.

Процес самоусвідомлення має нейробіологічні основи: метакогнітивні здатності, спрямовані на себе, які виникають у віці від 2 до 3-х років у зв'язку з дозріванням лобових відділів кори [262]. На сучасному етапі розвитку нейронаук важливим є підхід А. Дамазіо, який розглядає самосвідомість як багаторівневий процес, що формується на основі тілесних сигналів, становлення «ядрового Я» та подальшої інтеграції автобіографічного досвіду [174]. Вважається, що зростання ростролатеральної ділянки префронтальної кори RLPFC пов'язане з поступовим ускладненням механізмів самореференції та контролю власних психічних актів [158; 307]. Саме тому сучасні нейробіологічні дослідження підкреслюють важливу роль ростролатеральної префронтальної кори (RLPFC) у становленні та функціонуванні самосвідомості. Зокрема, онтогенетичні моделі показують, що дозрівання цієї ділянки пов'язане з переходом від мінімальної до метакогнітивної самосвідомості, яка забезпечує здатність до рефлексії, оцінки власного досвіду та контролю когнітивних процесів [158; 307]. Водночас функціональні нейровізуалізаційні дослідження демонструють, що RLPFC активується у ситуаціях, коли людина свідомо опрацьовує внутрішньо згенеровану інформацію, утримує фокус на власних ментальних актах та здійснює цілеспрямований

когнітивний контроль [166]. Таким чином, RLPFC є ключовою нейронною основою складних форм самореференції та метасвідомості. Це дає підстави розглядати самосвідомість як процес вищого порядку, що виникає внаслідок глобальної інтеграції нейронних механізмів.

Сучасні нейрокогнітивні підходи підкреслюють, що формування рефлексивної самосвідомості ґрунтується не на функціонуванні окремих мозкових зон, а на взаємодії комплексних функціональних систем. У цьому контексті особливе значення мають три великомасштабні мережі головного мозку: мережа пасивного режиму (default mode network), центральна виконавча мережа (central executive network) та мережа значущості (salience network) [243]. Мережа пасивного режиму забезпечує обробку автобіографічної інформації, внутрішній діалог та процеси самореференції, що формують уявлення індивіда про власну ідентичність [261]. Центральна виконавча мережа підтримує свідомий контроль, утримання довготривалих цілей та регуляцію цілеспрямованої поведінки, тоді як мережа значущості виконує роль інтегратора, що визначає пріоритетність стимулів і перемикає увагу між внутрішніми та зовнішніми орієнтирами [274]. Злагоджена діяльність цих мереж розглядається як нейронне підґрунтя цілісної рефлексивної самосвідомості.

Важливу роль у формуванні компонентів самосвідомості відіграють структури префронтальної кори. Вентромедіальна префронтальна кора бере участь у побудові образу «Я», самооцінки та системи особистісних цінностей [174]. Дорсолатеральна префронтальна кора забезпечує когнітивний контроль, інгібіцію імпульсивних дій та корекцію поведінки відповідно до внутрішніх цілей, а також бере участь в оцінюванні внутрішньо згенерованої інформації та метакогнітивному контролі власних ментальних процесів [167], тоді як орбітофронтальна кора відповідає за оцінку значущості стимулів і оновлення рішень на основі зворотного зв'язку [287]. Передня поясна кора виконує функції моніторингу помилок, конфліктів і підтримує здатність особистості до самокорекції, що є невід'ємною складовою самосвідомості [160]. Порушення узгодженої роботи цих структур характерні для адиктивних розладів, призводять до зниження здатності до

саморефлексії, викривлення самооцінки та послаблення можливостей регулятивного контролю [227; 238].

У межах сучасних нейровізуалізаційних досліджень залежностей описано шість функціональних мереж, дисфункція яких чинить безпосередній вплив на саморегуляцію та механізми самосвідомості: мережу винагороди, мережу звичок, мережу значущості, виконавчу мережу, мережу пам'яті та мережу самоспрямованих процесів [309]. Порушення їхньої взаємодії пояснює підвищену імпульсивність, надмірну чутливість до стимулів, пов'язаних із психоактивними речовинами, а також тенденцію до формування нестійкого, фрагментованого образу «Я».

Додатково увага наукової спільноти зосереджена на епігенетичних механізмах, які демонструють пластичність нервової системи та її чутливість до впливу стресу, травматичного досвіду й повторюваного вживання психоактивних речовин. Зміни експресії генів, що регулюють функціонування дофамінових рецепторів та систем емоційної регуляції, здатні впливати на індивідуальні відмінності самосприйняття, мотивації та регулятивного самоконтролю [252]. Це підтверджує, що самосвідомість розвивається не лише як психологічна, а й як нейробіологічно модульована структура, яка зазнає суттєвих трансформацій за умов тривалої залежності.

Емпіричні дані підтверджують, що формування алкогольної залежності є результатом тривалої взаємодії нейробіологічних реакцій на стрес, соціальних умов та індивідуально-психологічних особливостей. Лонгітюдні дослідження ветеранів демонструють наявність стійких траєкторій ризику залежності, які визначаються поєднанням підвищеного стресового навантаження, рольових трансформацій та порушень саморегуляції [239].

Незважаючи на значний поступ нейронаук, питання нейробіологічної природи самосвідомості залишається міждисциплінарно дискусійним. У межах однієї із сучасних філософських концепцій свідомості Д. Чалмерса феноменологія самосвідомості, як елемента свідомості, аналізується через легку та важку проблеми [45]. Легку проблему можна вирішити за допомогою стандартних

методів когнітивної науки, тоді як важка, що стосується пояснення суб'єктивного досвіду (кваліа), не піддається опису через нейронні механізми [45, с. 217].

Феномен самосвідомості слід досліджувати у контексті проблеми свідомості, адже розв'язання цієї психофізіологічної проблеми зводиться до пошуку мозкових структур та фізіологічних процесів, які забезпечують суб'єктивний досвід і саморефлексію, а не лише інтеграцію усвідомлюваних процесів та станів.

У класичних психологічних теоріях, зокрема в концепції Ж. Піаже, самосвідомість розглядається як результат процесів асиміляції та акомодатії, через які індивід інтегрує власний досвід у когнітивні структури [258]. Подібну перспективу подають дослідники у межах теорії життєвого розвитку, розглядаючи онтогенез особистості як нелінійний процес із варіативними траєкторіями [142]. Узгоджено з цим Д. Шайє підкреслює стадійність когнітивного розвитку дорослої людини, що відображає поступове ускладнення способів осмислення власного досвіду [270].

Розглядаючи проблему самосвідомості, яка безпосередньо стосується процесу рефлексії – усвідомлення власних думок, переживань та станів, доцільно зосередити увагу на її нейробіологічних аспектах як змістовому наповненні свідомості. Узагальнюючи сучасні дослідження нейронних основ свідомості, К. Фріт визначає мережу ділянок мозку, пов'язаних із метасвідомістю – вищим рівнем свідомості, що дозволяє рефлексувати над суб'єктивним досвідом. До цієї мережі входять передня префронтальна кора (ФРС, поле Бродмана 10), передній острівець, серединні структури, включаючи передню та задню поясні звивини, а також прекунеус, пов'язаний із тілесним «Я» [195].

У психологічному дискурсі феномен самосвідомості окреслюється кількома поняттями: власне самосвідомість (*self-consciousness*), самоусвідомлення (*self-awareness*), рефлексивна свідомість (*reflective consciousness*), що породжує проблему їхнього розмежування [122].

Згідно зі словником Американської психологічної асоціації, *самосвідомість* (*self-consciousness*) розглядається як особистісна риса, що виявляється у схильності індивіда до рефлексії, внутрішнього аналізу та оцінювання власних думок, почуттів

і поведінки [275]. Вона має дві ключові форми: *приватну самосвідомість* (private self-consciousness), яка спрямована на внутрішні переживання, недоступні зовнішньому спостереженню, та *публічну самосвідомість* (public self-consciousness), що пов'язана з усвідомленням того, як людина сприймається іншими. Ця дихотомія узгоджується з класичною моделлю приватної та публічної самосвідомості, запропонованою А. Фенігштейном, М. Шаєром та А. Бассом, відповідно до якої приватна самосвідомість відображає внутрішню фокусованість і самореференцію, а публічна – соціальну чутливість і орієнтацію на погляд іншого [189]. Такий підхід дозволяє розглядати самосвідомість як двовимірний феномен, що об'єднує внутрішні процеси самоаналізу й зовнішні механізми соціального самовідображення.

Зазначені підходи спираються на класичні дослідження приватної та публічної самосвідомості [189]. Подальші дослідження [161] демонструють, що приватна самосвідомість пов'язана з рефлексивністю, а публічна – із соціальною чутливістю та самопрезентацією. Сучасні автори уточнюють ці положення: [188] показують, що невідповідність між реальним і нормативним «Я» підвищує психологічний дискомфорт, тоді як [302] описують імпліцитну Я-концепцію як окремий, неусвідомлюваний рівень самосвідомості, що впливає на поведінку. У роботах [140] доведено, що самосвідомість може бути виміряна як психометричний конструкт, який охоплює рефлексивність, самоспостереження та внутрішній діалог, а результати досліджень [266] демонструють взаємозв'язок компонентів самосвідомості з психопатологічними індикаторами. У підсумку ці концепції окреслюють багатовимірність і складність самосвідомості як психологічного феномену.

Терміни *self-consciousness* і *self-awareness* часто ототожнюються у психологічній літературі, що відображено у концепції З. Заборовського та С. Сласкі [306].

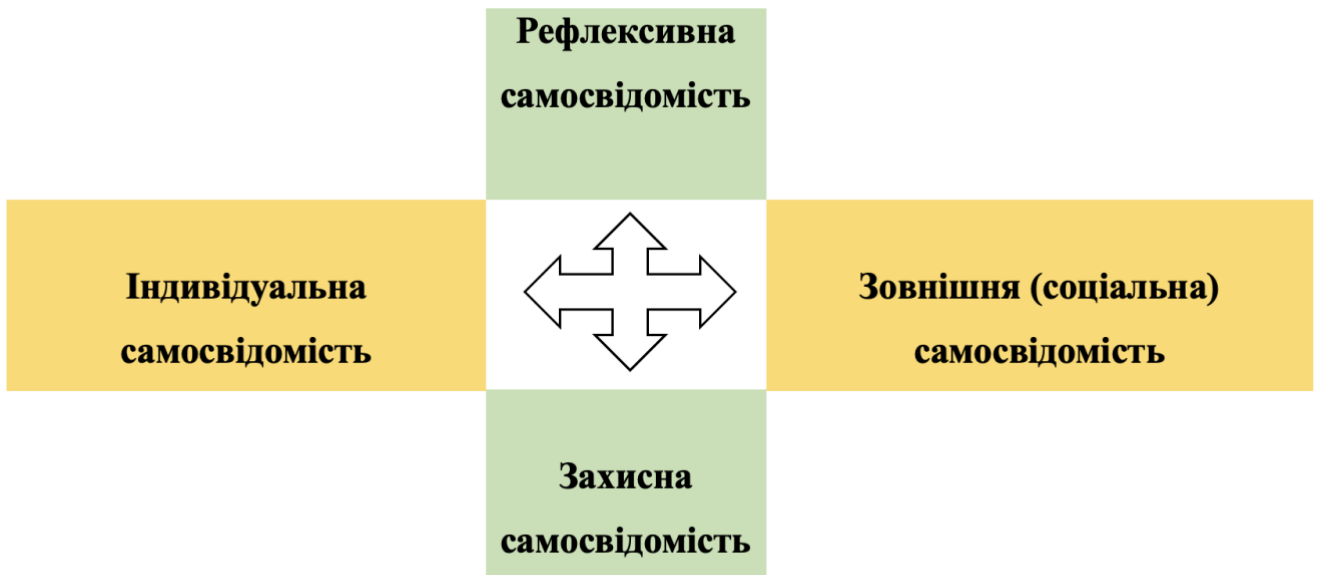


Рис.1.1. Чотирьохмодусна концепція форм самосвідомості

Концепція охоплює такі форми самосвідомості, як (Рис.1.1.):

- *індивідуальна* форма самосвідомості (*individual self-awareness*) – емоційно-особистісна, тобто суб'єктивна обробка інформації про себе, що пов'язана з самооцінкою, самоконцентрацією тощо;
- *зовнішня (соціальна) форма самосвідомості (outer self-awareness)* – відносно об'єктивна, описова обробка інформації про себе з тенденцією до соціальної адаптації та конформності;
- *рефлексивна форма самосвідомості (reflective self-awareness)* – символічна обробка інформації про себе, часто на основі прийнятних цінностей, що полегшує як розуміння власної поведінки у різних соціальних контекстах, так і врахування власних потреб і вимог оточення;
- *захисна форма самосвідомості (defensive self-awareness)* виникає на фоні страху, небезпеки та незадоволення потреб. Це пов'язано з упередженнями в думках і переконаннях, зниження самооцінки і довіри до людей [306, с. 102].

Звідси вимір особистої та публічної самосвідомості визначається нами як вектор спрямованості щодо інформації при конструюванні власного образу «Я», тоді як інший континуум стосується міри усвідомленості – від нижчої (у захисній формі) до вищої (у рефлексивній).

Схожі уявлення поділяють М. Лондон, В. Сесса та Л. Шеллі, які визначають зміст самосвідомості через внутрішній та зовнішній компоненти [233, с. 261-288].

Отже, змістовно ми визначаємо індивідуальну (інтернальну) та зовнішню (екстернальну) спрямованість самосвідомості. А. Земан виокремлює структурні компоненти самосвідомості (див. рис. 1.2.) [308, с. 377].



Рис.1. 2. Компоненти самосвідомості

- *Self-перцепція* (англ. self-perception) у вимірі перцептивних процесів та відчуттів, зокрема пропріоцептивна інформація про положення тіла, відчуття голоду;

- *самомоніторинг* (англ. self-monitoring) задіює процеси пам'яті, передбачає здатність стежити за нашим минулим і сьогоднішнім та передбачати поведінку в майбутньому і досвід;

- *самовпізнання* (англ. self-recognition) як здатність розпізнавати власне тіло як своє, зокрема у дзеркалі (від 18 місяців);

- *усвідомлене усвідомлення* (англ. awareness of awareness) визначається як усвідомлення себе самого як суб'єкта досвіду;

• *знання про Self* (англ. self-knowledge) – в найширшому сенсі як знання про себе в певній соціальній ролі, а також здатність знову пережити минуле (як форма психічної подорожі в часі) – «автоноетичне усвідомлення», яку Е. Тулвінг визначив як одну з найбільш яскраво виражених людських інтелектуальних здібностей [308].

Запропоновані структурні уявлення про самосвідомість отримали подальший розвиток і конкретизацію у працях вітчизняних дослідників, які розглядають її у контексті особистісного розвитку, суб'єктності та життєвого шляху.

У сучасному українському науковому просторі проблема *самосвідомості особистості* посідає важливе місце та розкривається у працях низки провідних дослідників. Зокрема, П. Чамата [113] розглядає самосвідомість як предмет спеціального психологічного аналізу, М. Боришевський [7] наголошує на її ролі у формуванні духовного потенціалу особистості, а О. Гульбс та І. Лантух [19] підкреслюють значення цього феномену у професійному становленні викладача. О. Гуменюк [21] визначає самосвідомість як інтегративний центр Я-концепції, що поєднує когнітивні, емоційні та ціннісні компоненти. Л. Міщиха [54; 55], Р. Шакуров [123], Л. Сапожнікова [89] та О. Ящишин [129] аналізують її структурну організацію, функціональні прояви й умови розвитку в онтогенезі.

У працях С. Тищенко [102], О. Кульчицької [43], В. Москальця [61], Л. Подоляк [73], М. Савчина [85], Т. Титаренко [100], О. Фурмана [108] та Р. Павелків [71] самосвідомість розглядається як чинник інтеграції особистісного досвіду, самоідентифікації та життєвого вибору. У більш новітніх дослідженнях Л. Бегези [4], Л. Співак [95], І. Яворської-Ветрової [126], А. Продан [82] та В. Савчука [87] увага акцентується на смислово-ціннісних, культурно-ідентичнісних і соціопсихологічних вимірах самосвідомості, що відображає тенденцію до її цілісного розуміння у взаємозв'язку з духовним і професійним розвитком людини.

Проблема самосвідомості тісно переплітається з поняттям *свідомість*. Згідно з поглядами А. Фурмана, «свідомість – найвища субстанційна форма людського буття» [107, с. 26]. Ключова особливість функціонування свідомості полягає в тому, що вона не має власного психічного змісту (психічної модальності) [62, с. 38], а черпає його «з інших психічних даностей і духовних форм, й усе ж

являє собою багатофункціональну буттєвість, яка забезпечує не лише відображення дійсності, а й породження смислів, значень і цінностей, актуалізацію й удіяльнення пізнавальних, почуттєвих, інтенційних, інтуїтивних та інших психоформ (скажімо особистісних переживань, думок чи знань), нарешті уможлиблює розвій рефлексування й відтак угледіння самої себе в актах самоусвідомлення, Я-концептуалізації» [107, с. 22].

До складових свідомості В. Москалець відносить і самосвідомість – як систему знань про себе як про активне, діюче начало, котре впливає на об'єкти, змінюючи, перетворюючи, привласнюючи їх ідеально та матеріально, і зоорганізовує на цій основі самооцінки та ставлення до себе, що інтегруються в її центральній ланці – Я-концепції [62, с. 40], що визначає не лише ставлення людини до себе, інших і світу, але при цьому «знання змісту власних ставлень» [62, с. 41]. Отже, *самосвідомість* виступає вищим рівнем розвитку свідомості.

Сучасні дослідження підтверджують, що сімейний контекст залишається одним із ключових чинників розвитку та відновлення самосвідомості дорослої людини. У дорослих із алкогольними розладами залученість родини суттєво впливає на перебіг відновлення, підсилює саморефлексію та підтримує стабільність позитивних змін [242].

У науковому *тлумачному психологічному словнику* самосвідомість подається «як вищий рівень розвитку свідомості, що є основою формування розумової активності та самостійності особистості в її судженнях і діях..., як образ себе і ставлення до себе» [124, с. 448].

Самосвідомість є особливою формою свідомості. У той час як свідомість орієнтована на зовнішній, об'єктивний світ (у всіх його проявах), самосвідомість спрямована на внутрішній, суб'єктивний світ, у якому людина пізнає себе через усвідомлення власної індивідуальності на всіх рівнях своєї унікальної біопсихосоціальної системи. Мовиться про внутрішній світ людини, її індивідні (формально-динамічні) та особистісні (предметно-змістові, духовно-світоглядні) характеристики, де вона постає як суб'єкт і водночас об'єкт пізнання.

«Самосвідомість виступає, з одного боку, як результат розвитку особистості, а з другого – як регулятор цього процесу» [51 с. 67].

Засновник наукової школи з проблеми самосвідомості – П.Чамата, який розкрив природу і сутність цього феномену, його форми прояву та шляхи самопізнання особистості. Учений зазначав: «Усвідомлюючи себе, людина пізнає свої фізичні й психічні властивості, створює уявлення про свою психофізичну особистість, про своє «Я», що відрізняється від усього, що є «не-Я» [112, с. 228]. Дослідник концептуально визначає співпадіння змісту та предмету самосвідомості, зокрема виокремлюючи такі аспекти самопізнання у наступній послідовності, як власну фізичну організацію (організм), психіку в конкретизації психічних процесів, особливостей, станів та властивостей; вчинки та дії; здібності, знання та вміння; ставлення до себе та інших; власне становлення і розвиток [111, с. 33-38].

У сучасній психології ці підходи органічно доповнюються структурними моделями самосвідомості. Зокрема, Р. Бернс, аналізуючи будову Я-концепції, виділяє три взаємопов'язані компоненти – когнітивний, емоційно-ціннісний та регулятивний, що відображають основні виміри ставлення особистості до самої себе [159].

Ідеї П. Чамати були підхоплені наступною плеядою українських вчених, яскравих представників його наукової школи. Зокрема, Л. Сапожнікова досліджувала самооцінку дітей різного віку та її зв'язок із рівнем домагань [89]. У колі наукових інтересів М. Боришевського було дослідження механізмів саморегуляції як прояву внутрішньої самоактивності особистості. Учений визначає самосвідомість як «...складне утворення у структурі особистості, завдяки якому – за умови її адекватного розвитку – відбувається процес урівноважування та конструктивної взаємодії зовнішніх обставин і внутрішніх умов...» [6, с. 120], адже завдяки «...адекватній самосвідомості людині вдається стати суб'єктом, здатним скеровувати власні потенційні можливості у русло конструктивних самозмін, самотворення» [6, с. 126]. Також він виокремлює рівні суб'єктності у контексті наративу особистісного розвитку:

- високий («реалізація моїх цілей залежить лише від мене»);

- середній («реалізація моїх цілей залежить не тільки від мене, а й від інших обставин, людей»);
- низький («реалізація моїх цілей не залежить від мене, а лише від обставин чи впливу інших людей») [6, с. 72].

Водночас сучасною методологічною проблемою у царині персонології М. Савчин відзначає проблему самосвідомості функціонування здорової особистості, де важливо визначити «...що вона знає про себе, і чи адекватні ці знання...» [86, с. 43]. Тобто важлива все ж критичність до того, ким я себе сприймаю, презентую і тим, чи воно співвідноситься з уявленнями інших.

У вимірі суб'єкт-об'єктних відносини В. Латишев наголошує про одночасність функціонування свідомості із самосвідомістю, що «... реалізуються в контурі мислення, де вони виконують функцію зворотного зв'язку внутрішнього світу із самим собою...» [44, с. 39].

Дійсно, виокремлюють модус «знання-ставлення», визначаючи «самосвідомість – система знань суб'єкта про самого себе як про активне, діюче начало, котре впливає на об'єкти, змінюючи, перетворюючи, привласнюючи тощо їх ідеально та матеріально, сукупність самооцінок сформованих на цій основі ставлень до себе» [63, с. 121; 62, с. 40]. Водночас активні зміни також можуть стосуватись процесу самовдосконалення: суб'єкт з розвиненою самосвідомістю здатен сам себе творити й змінювати [18, с. 40].

Позаяк, О. Латишев виділяє цілісний феномен самосвідомості суб'єкта – цикли когнітивної (образ репрезентації «Я» при аналізі минулого «тут і тепер») та тілесної самосвідомості [44, с. 37-38].

У дослідженні феномену рефлексії більшість науковців розглядають її як базовий механізм самосвідомості, що забезпечує здатність особистості осмислювати власний внутрішній світ. Згідно з класичним визначенням, рефлексія означає «осмислення» та самопізнання суб'єкта [72, с. 872]. А. Морін наголошує, що ключовим інструментом цього процесу є внутрішня мова, завдяки якій доросла людина аналізує власні дії та формує цілісний образ «Я» [249].

Р. Павелків виокремлює три основні вектори трактування рефлексії: *психологічний* (аналіз переживань і станів), *гносеологічний* (пізнання власного буття) та *соціально-філософський* (рефлексія як форма самосвідомості) [70, с. 93]. Узгоджено з цими підходами А. Фурман визначає рефлексію як мисленнєву активність суб'єкта, спрямовану на оцінне осмислення внутрішнього простору «Я», що забезпечує усвідомлене ставлення людини до власних переживань, мотивів і вчинків [108, с. 373].

Важливо зазначити, що Т. Кравчина визначає важливою властивістю у вимірі суб'єктності здатність до саморефлексії та самоспостереження, що дозволяє індивідові підвищувати рівень власного самоусвідомлення, відтак самосвідомості [39]. Тому доцільно визначити особливості трактування поняття рефлексії у контексті самосвідомості. Також Д. Кузьминська розглядаючи ідею креативної рефлексивності та важливості рефлексивного потенціалу особистості в умовах сучасних воєнних реалій розмежовує поняття «рефлексія» як наскрізний свідомий процес аналізу більш-менш завершеного вчинку в зовнішній перспективі, і поняття «рефлексивність» як особистісну рису, «...розвинену здатність особи усвідомлювати все те, що відбувається з нею та довкола неї...», при цьому водночас окремо виділяючи процес саморефлексії як усвідомленого аналізу власного внутрішнього світу [41, с. 167]. У феноменологічній традиції Ш. Галлахер розрізняє мінімальне (тілесно укорінене) та наративне (автобіографічне) «Я», що є важливим для розуміння структури самосвідомості дорослої людини [196].

Центральною ланкою самосвідомості виступає Я-концепція, яку дослідники визначають як стрижневе онтогенетичне утворення – відносно стабільну, але водночас динамічну й певною мірою усвідомлену систему уявлень особистості про саму себе, що забезпечує цілісний образ власного «Я» [110, с. 13; 216].

Окрім образу «Я», у структурі самосвідомості О. Гульбе та І. Лантух виділяють такі компоненти, як «цінності, ідеали, рівень вимог, уявлення про способи самооцінювання» [19, с. 3]. У професійному становленні самосвідомість виконує ключову інтегративну функцію, оскільки охоплює такі елементи, як цінності, ідеали, рівень домагань і способи самооцінювання, що задають внутрішні

критерії професійного зростання [19]. У сучасній психології дедалі більшого значення набувають нарративні підходи, які розглядають самосвідомість як інтегровану історію життя, що постійно конструюється й переосмислюється. Згідно з М. Вайтом і Д. Епстоном, особистісна ідентичність розвивається через формування смислових сюжетів, які організують досвід у цілісний нарратив [299]. М. МакАдамс підкреслює, що зміст нарративів – конструктивний або руйнівний – суттєво впливає на структуру Я-концепції та почуття суб'єктності людини [240]. У цьому контексті підходи Д. Денборо розширюють розуміння ролі нарративів, акцентуючи, що терапевтична реконструкція історії життя сприяє інтеграції досвіду, відновленню цілісності самосприйняття та відновленню почуття автономії особистості [178].

Також зустрічається поняття експліцитної та імпліцитної Я-концепції у вимірі чіткості уявлень про себе. О. Білецький наголошує, що «...головну роль в конструюванні нового стилю життя і трансформації внутрішнього світу особистості сучасна психологія справедливо відводить посиленню процесів пов'язаних з такими феноменами самосвідомості, як самопізнання, самоставлення та саморегуляція» [5, с. 12]. Тож варто визначити самосвідомість крізь призму системної взаємодії її феноменологічних проявів на трьох відповідних рівнях – когнітивному, емоційному та поведінковому. Саме ці рівні «...оптимально відбивають внутрішньо організовану комбінацію пізнання, ставлення та спрямованості на перетворення дійсності, що слугують початковим моментом суб'єктної сутності особистості» [17, с. 223].

О. Гуменюк визначає Я-концепцію як «...феноменальну цілісність сфери самосвідомості» [20, с. 56], підкреслюючи, що її змістово-динамічне наповнення зумовлене соціокультурним досвідом [110] і охоплює ту центральну частину самосвідомості, де діалектично поєднуються чотири складові: когнітивна (Я-образ), емоційно-оцінкова (Я-ставлення), поведінкова (Я-вчинок) і спонтанно-креативна (Я-духовне).

Водночас О. Фурман виокремлює тріаду процесів самосвідомості та відповідних компонентів у структурі позитивно-гармонійної Я-концепції:

- самопізнання – ментально-когнітивна складова суб'єкта («Я-образ»);
- самоставлення – емоційно-оцінкова складова особистості («Я-ставлення»);
- саморегуляція – вчинково-креативна складова індивідуальності («Я-вчинок») [109].

До цих компонентів дослідник додає самоосягання, у межах якого відбувається самотворення та самоперетворення людини, а також формування спонтанно-духовної складової універсуму («Я-духовне») [109, с. 157].

Самооцінка, як центральний компонент Я-концепції особистості, охоплює оцінку індивідом себе, своїх можливостей, якостей та місця серед інших людей [97, с. 313]. Становлення самосвідомості та Я-концепції характеризується поступовим структурно-функціональним ускладненням упродовж усього життя. Онтогенетично розвиток Я-концепції відбувається поетапно: Я-образ людини, пройшовши первинний цикл становлення, збагачується і взаємодоповнюється Я-ставленням і Я-вчинками, унаслідок чого формується Я-концепція як інтегральна цілісність сфери самосвідомості.

У сучасному психологічному дискурсі Я-концепція розглядається як центральне утворення самосвідомості, що інтегрує уявлення людини про себе, ставлення до себе та способи регуляції власної поведінки. Дослідники наголошують, що цей феномен охоплює не лише когнітивні уявлення про власні якості, а й емоційно-ціннісні реакції та поведінкові прояви, через які здійснюється самовираження особистості [26; 29]. У структурному вимірі Я-концепція описується як багатокomпонентна система. Так, Г. Католик виділяє чотири її взаємопов'язані складові – когнітивну (образ «Я»), емоційно-оцінкову (ставлення до себе), поведінкову або вчинкову (способи дії та самореалізації) та спонтанно-духовну, що відображає внутрішні цінності та життєві смисли особистості [28]. У свою чергу, О.Гуменюк підкреслює її інтегративний характер, визначаючи Я-концепцію як феноменальну цілісність сфери самосвідомості, у межах якої поєднуються когнітивні, емоційні та креативно-духовні елементи, зумовлені соціокультурним досвідом [20]. Подібної позиції дотримується й О. Фурман, який описує тріаду базових процесів самосвідомості – самопізнання, самоставлення та

саморегуляцію – як фундаментальні механізми формування позитивно-гармонійної Я-концепції, доповненої компонентом самоосягання та самотворення [109]. За таких умов, *Я-концепція* постає як динамічна внутрішня система, що забезпечує цілісність, узгодженість і розвиток самосвідомості особистості.

Гене́за розуміння самоствавлення та самооцінки проходить через усвідомлення того, як формувалося сприймання власного «Я» – від фізичного (зовнішній вигляд), результатів власної діяльності (успішність / неуспішність), сприймання себе іншими (родина, значущі люди), порівняння себе з іншими, що закладається з дитинства, до саморефлексії, аналізу власних вчинків і рівня домагань [53, с. 123].

Механізми саморегуляції поведінки в структурі самосвідомості особистості передбачають залучення вольової складової психічного «Я», яка включає свідоме регулювання власних дій, вчинків і ставлення до інших та до себе – стриманість, самовладання, самодисципліну, самоконтроль [53, с. 122].

Етнографічні дані свідчать, що чоловіки часто приховують внутрішній біль під соціальною «маскою сили», що ускладнює доступ до емоцій та рефлексії [187].

Відтак, охоплюючи полем зору основні підходи до розуміння та постулювання феномену самосвідомості, визначаємо самосвідомість крізь призму системної взаємодії її феноменологічних проявів на трьох відповідних рівнях (Рис.1.3), зокрема: когнітивному (образ Я, саморефлексія, самопізнання, ідентичність), емоційно-мотиваційному (самооцінка, самоствавлення, мотивація), поведінковому (саморегуляція, самоуправління, самоконтроль).

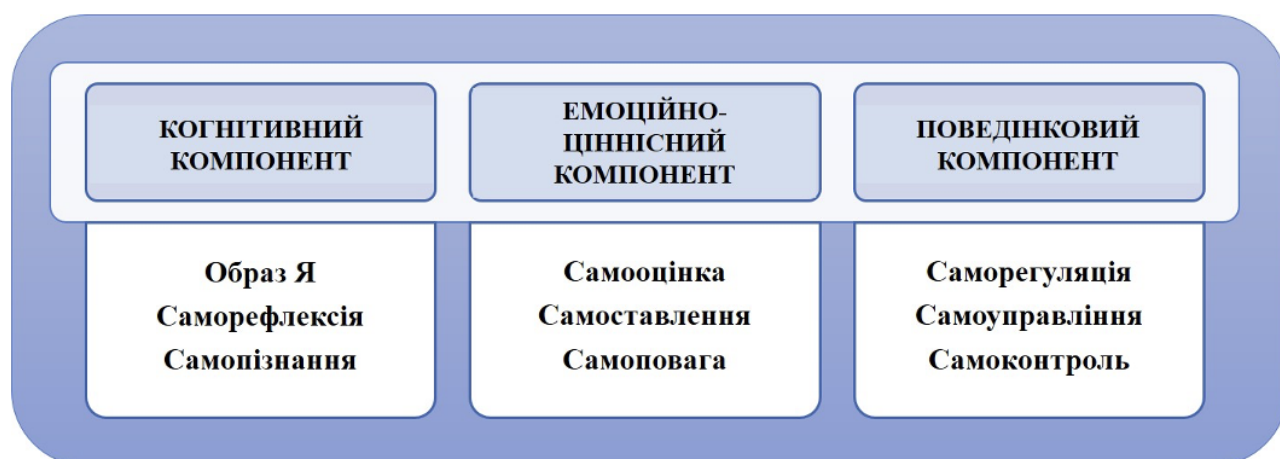


Рис.1.3. Структура самосвідомості

Виходячи з вищеподаного матеріалу, розширимо наше авторське бачення об'єкту нашого дослідження. *Самосвідомість* – це інтегративне багатовимірне психологічне утворення, що відображає усвідомлення особистістю власного «Я», його цілісності, безперервності та суб'єктності й забезпечує регуляцію поведінки, емоційних станів і життєдіяльності в цілому.

Це і буде в подальшому нашим орієнтиром – вектором руху до формування концептуальної моделі у відповідності до нашої мети дослідження та його завдань.

Відтак, визначивши самосвідомість як інтегративне багатовимірне психологічне утворення, доцільно перейти до аналізу особливостей її розвитку на конкретному віковому етапі. Саме період ранньої дорослості є сенситивним щодо формування ідентичності, саморегуляції та життєвих стратегій, а отже має принципове значення для розуміння подальших деформацій самосвідомості у контексті предмету дослідження.

1.2. Особливості розвитку самосвідомості у ранньому дорослому віці

У психологічній науці існують різні підходи до періодизації стадій психічного розвитку дорослості, зокрема її початкового етапу – ранньої дорослості. Так, Д. Бромлей визначає цей період у межах 21–25 років [155], Д. Біррен – 17–25 років [150], Е. Еріксон – 20–25 років [186], а Г. Крайг – 20–40 років [40]. У нашій

роботі спираємось на класифікацію Г. Крайга, якої дотримується більшість дослідників, для визначення вікового діапазону ранньої дорослості [139; 272].

На думку Д. Арнетта, період ранньої дорослості супроводжується підвищенням експериментування з ризикованими формами поведінки, зокрема вживанням психоактивних речовин, що робить цю вікову групу особливо вразливою до формування адиктивних патернів [139].

Аналіз психологічних особливостей розвитку самосвідомості у ранній дорослості засвідчує, що цей період характеризується інтенсивним формуванням життєвих орієнтирів, стабілізацією Я-концепції та посиленням рефлексивності [57].

Рання дорослість – це вік після юності та кризи входження у дорослість; вона характеризується психофізіологічною, психологічною та соціальною стабільністю, активною реалізацією особистісного потенціалу, досягненням громадянської зрілості й накопиченням ключових компетентностей [78, с. 53]. У цей період провідним видом діяльності стає професійна праця, а основними віковими завданнями – професійне самовизначення, формування суб'єктності, соціальної зрілості та створення сім'ї.

Крізь призму філософсько-психологічного підходу Л. Лук'янова зазначає, що «усвідомлення дорослості відбувається у двох напрямках:

1) як результат сприйняття дорослості іншими людьми у контексті комунікації, тобто у феноменологічному сенсі дорослий стає дорослим тоді, коли інші сприймають його як дорослого;

2) як результат самосприйняття дорослості особистістю – «почуття дорослості» [49, с. 27].

У психологічному дискурсі самосвідомість розглядається як здатність індивіда до усвідомлення та рефлексії, що формується в онтогенезі та соціалізації [121]. Вона постає центром внутрішнього світу людини, забезпечуючи пізнання власної біопсихосоціальної природи, індивідуальних потенціалів, особливостей перебігу психічних процесів і станів, характерологічних рис та системи моральних цінностей. Такий підхід узгоджується з нейропсихологічними моделями, у яких

самосвідомість описується як результат взаємодії мозкових механізмів, що забезпечують суб'єктивний досвід і переживання власного «Я» [253; 286].

Г. Маркус і П. Нуріус зазначають, що система можливих «Я» є важливим регулятором поведінки в період ранньої дорослості, оскільки уявлення про бажані та небажані майбутні стани визначають напрями цілепокладання та вибір стратегій подолання життєвих труднощів. Звужені або негативно орієнтовані образи можливих «Я» підвищують імовірність застосування дезадаптивних та адиктивних копінг-стратегій, тоді як розширені та позитивні сценарії майбутнього сприяють адаптивній саморегуляції й мотивації особистісного розвитку [236].

У цей період особистість активно інтегрує різні соціальні ролі, що формують почуття суб'єктності у сфері сімейних, професійних та міжособистісних взаємин. За Б. Окуном, молодий дорослий водночас вибудовує ідентичність як окремий індивід, член родини та працівник, що вимагає узгодження особистісних цінностей і соціальних очікувань [255].

Психосоціальна концепція Е. Еріксона підкреслює, що після проходження юнацького етапу формування ідентичності ключовим завданням ранньої дорослості є розвиток здатності до близькості та партнерства. Інтимність, у розумінні дослідника, включає емоційну відкритість, вміння брати відповідальність, підтримувати взаємність та водночас зберігати власну автономію. Нездатність до встановлення таких стосунків призводить до ізоляції, уникання емоційної близькості та надмірного занурення у професійну діяльність як форму психологічного захисту [186].

Важливим нейропсихологічним чинником ранньої дорослості є дозрівання префронтальної кори. У віці приблизно 20–25 років її медіальні та латеральні відділи досягають більшої функціональної зрілості, що забезпечує розвиток самоконтролю, здатності до планування та відповідального прийняття рішень. Водночас завершення розвитку цих структур є поступовим, і у поєднанні з підвищеною реактивністю лімбічної системи рання дорослість залишається періодом імпульсивності та ризикованості. Така нейророзвиткова диспропорція

підвищує ймовірність імпульсивних рішень, ризикової поведінки та експериментування з психоактивними речовинами [165; 288].

Відчуття цілісної ідентичності в цьому віковому періоді тісно пов'язане з реалізацією покликання, здатністю до близькості та побудовою стабільних стосунків. Любов у цьому віці виступає вищим показником психологічної зрілості, оскільки включає відповідальність, вірність, прийняття та повагу до іншого. Досягнення цього рівня розвитку забезпечує перехід до генеративності – прагнення створювати цінності, виховувати дітей або робити суспільно значущий внесок у майбутнє [186, с. 336].

Когнітивна зрілість у дорослому віці передбачає відповідальність і автономність, здатність долати труднощі та самостійно ухвалювати рішення, що є показником психологічної дорослості [229].

Емпіричні дослідження свідчать, що психологічна зрілість пов'язана з високим рівнем благополуччя, стійкості та здатності до самоконтролю, тоді як її дефіцит часто супроводжується імпульсивністю та схильністю до адиктивної поведінки [193].

Система самоприйняття на різних рівнях образу «Я» («Я-працівник», «Я-батько/мати», «Я-друг» тощо) набуває різних форм оцінювання власних можливостей і досягнень. Із віком самооцінка стає більш диференційованою, що пов'язано зі співвідношенням між *Я-реальним* і *Я-ідеальним*. Якщо вони не збігаються, може виникати внутрішньоособистісний конфлікт, який зумовлює емоційні або поведінкові порушення, а також актуалізацію захисних механізмів (агресії, заперечення, раціоналізації). Для зрілої особистості така розбіжність може стати стимулом до саморозвитку й самовдосконалення [211; 263].

Гуманістичні підходи наголошують, що порушення автентичності веде до втрати контакту з власними потребами та регресу до незрілих форм самозахисту [254; 269]. У концепції Д. Віннікотта залежність розглядається як спроба компенсувати функціонування «несправжнього Я», сформованого у відповідь на травматичний досвід або нестачу підтримки в дитинстві [301].

Згідно з М. Савчиним, «Я» особистості об'єднує всі її життєві вияви, забезпечує усвідомлення, регуляцію життєдіяльності та вихід за межі внутрішнього світу для пізнання власної сутності [84, с. 272]. «Я є найвищою концентрацією суб'єктивності (індивідуальності, неповторності) та суб'єктності (зовнішньої й внутрішньої активності, духовного споглядання)» [84]. Відтак Я-концепція, як цілісне уявлення про себе, «дає змогу утвердити у самосвідомості особистості відчуття визначеності у соціальному й матеріальному світі, сфері моралі та духовності, ідентифікуватися з конкретним оточенням і досягнути прийнятого самоототожнення» [84, с. 275].

Узгодження Я-реального та Я-ідеального є важливою умовою формування зрілої саморегуляції, що інтенсивно розвивається в ранній дорослості. У період ранньої дорослості продовжується розвиток саморегуляції особистості як складової самооцінки. Людина вчиться стримувати емоційні реакції, встановлювати для себе стандарти поведінки та відповідати їм. Рівень зрілості особистості визначається усвідомленням власних фізичних, психологічних і соціальних характеристик, здатністю приймати життєві завдання та відповідально реалізовувати їх.

Разом із нормативними завданнями розвитку рання дорослість супроводжується підвищеною ймовірністю кризових переживань, які можуть суттєво впливати на цілісність самосвідомості, здатність до саморегуляції та вибір способів подолання труднощів. У зв'язку з цим доцільно окремо розглянути кризу ранньої дорослості як чинника трансформації самосвідомості особистості, або як дезінтеграції Я-структури та зниження рівня суб'єктності.

1.3. Криза ранньої дорослості у контексті розвитку самосвідомості особистості

У періоді ранньої дорослості особистість переживає як нормативні, так і ненормативні кризи, які суттєво впливають на розвиток її самосвідомості. У цьому контексті ми спираємося на вагомий доробок Е. Еріксона, який розробив

концепцію стадій психосоціального розвитку особистості [185]. Учений виходив із епігенетичного принципу, згідно з яким кожна наступна стадія розвитку є результатом і продовженням попередньої. На кожному етапі людина покликана розв'язати певний конфлікт – психосоціальну кризу, що виступає поворотним моментом її розвитку.

У межах конструктивно-розвивальної теорії Р. Кегена самосвідомість дорослої людини розглядається як процес поступового переходу до складніших рівнів особистісної організації. На кожному наступному етапі те, що раніше сприймалося як «дане» і несвідомо визначало поведінку, стає об'єктом усвідомлення, рефлексії та регуляції. Така здатність «винесення суб'єктного в об'єкт» забезпечує розширення автономності, розвиток відповідальності, саморегуляції та більш зрілі форми взаємодії зі світом і власним досвідом [184].

У разі позитивного вирішення цієї кризи особистість просувається до подальшого особистісного зростання, а за умови її невирішення не формуються ключові навички, необхідні для становлення сильного Его, основна функція якого полягає у зв'язку з реальністю, здатністю приймати рішення та задовольняти власні потреби соціально прийнятним способом.

Так, у перший рік життя формуються основи довіри або недовіри до світу (надія); до трьох років – почуття самостійності (воля) або сорому і сумніву; до шести років – ініціативність або почуття провини; до одинадцяти – працьовитість, компетентність або відчуття неповноцінності; до вісімнадцяти – становлення ідентичності й самовизначення або рольова плутанина.

Спираючись на базу здобутків попередніх етапів психосоціального розвитку, людина входить у стадію ранньої дорослості, де постає нове завдання – розвиток близьких, інтимних стосунків і здатність до любові, або, навпаки, ізоляція й відчуження. При цьому, особистісний розвиток або відбувається поступально, спираючись на попередні надбання, або ж особистість переходить у нову фазу життя з «боргом» невирішених завдань, що зумовлює потребу у їх подальшому опрацюванні.

Серед *нормативних криз* віку ранньої дорослості виокремлюється криза 23-х років – криза «зустрічі з дорослістю» або самостановлення, яку В. Поліщук визначає як значущу вікову кризу, що охоплює період 20–27 років. Найбільшої інтенсивності вона досягає у 22–24 роки та характеризується специфічним симптомокомплексом, у якому негативні прояви переважають над позитивними як за частотністю, так і за силою, тоді як позитивні супутні симптоми мають менш виражений характер [76, с. 84; 259].

У подальших роботах В. Поліщук деталізує структуру симптомів цієї кризи. До позитивних належать прагнення до самостійності, оптимізм, гордість за досягнення, вміння співпрацювати та здатність до самооцінювання. Негативні симптоми охоплюють дратівливість, негативізм, індивідуалізм, зарозумілість, упертість, лінощі, а також супутні прояви на кшталт хитрості чи пізнавальної обмеженості [75, с. 48–49].

При досягненні 23-х років у чоловіків «...встановлюється остаточна структура кризи 23 років:

Позитивні симптоми:

- 1) типові: прагнення до самостійності, оптимізм, гордість за власні досягнення, вміння співпрацювати, переживання власних успіхів чи невдач;
- 2) супутні (домінування частоти над силою виявів): вміння самооцінювати, домагання ролі дорослого, вміння самоконтролю.

Негативні симптоми:

- 1) типові: блок АС (лихослів'я, корисливість, дратівливість, індивідуалізм, пристосовництво); блок ПС (упертість як неслухняність, негативізм, зарозумілість); блок НС (лінощі);
- 2) супутні (домінування сили над частотою виявів): хитрість, пізнавальна обмеженість» [74, с. 49].

Криза 23-х років пов'язана з прагненням молодої людини реалізувати плани юності й «зробити крок» назустріч новій стратегії дорослого життя, узгоджуючи амбіційні проекти з реальними можливостями. Гостро постає проблема вибору між кар'єрними пріоритетами та створенням сім'ї. Виникає дилема між «Я-ідеальним»

і «Я-реальним» – переважно на користь останнього. Відсікаються юнацькі фантазії, людина рефлексує правильність професійного вибору, прагне здобути нові компетентності (через навчальні та професійні проєкти), щоб досягти гармонії між очікуваннями й потребами за формулою «хочу – можу». Від цього значною мірою залежить рівень самоповаги та самооцінки особистості, на які впливає і соціальне оточення (оцінювання, прийняття / неприйняття, підтримка або її відсутність). Поступово відбувається переосмислення ставлення до самотності, яка починає розглядатися як можливість саморефлексії, внутрішньої інтеграції та усвідомленого перебування наодинці з собою [230].

Криза 28–32 років зумовлює необхідність корекції життєвих планів і їх критичного переосмислення – від романтизованих очікувань юності до реалістичних потреб і можливостей. Вона часто супроводжується відчуттям втрати молодості, домінуванням розуму над почуттями, зниженням пристрасті у шлюбі, емоційною «прохолодою» у стосунках. Може виникати розчарування у професійних чи сімейних пріоритетах, прагнення до ізоляції та усамітнення, знецінення дружби й кохання. Людина відчуває потребу «почати з нуля», кардинально змінюючи життєві цілі в різних сферах (робота, сім'я, побут). На цьому тлі ускладнюється емоційна саморегуляція та встановлення довірливих міжособистісних стосунків [281]. У межах теорії self-discrepancy Е. Гігінс підкреслює, що невідповідність між «реальним», «ідеальним» та «належним» Я є чинником підвищеної емоційної вразливості, тривоги та самокритики, що може посилювати ризик адиктивних стратегій поведінки [211].

Такі процеси можуть активізувати егоцентризм, прагнення задовольняти лише потреби власного «Я», що свідчить про недостатній рівень психологічної зрілості й дисгармонію у взаєминах з оточенням. Вихід із кризи пов'язаний із відновленням міжособистісних стосунків через розвиток емоційно-почуттєвої складової «Я» – здатності любити, довіряти, приймати цінність іншої людини. Продуктивною стає творча діяльність, яка сприяє самореалізації, розкриттю неповторної індивідуальності та виробленню власної життєвої стратегії через

конструктивну взаємодію, прийняття рішень, формування стійких переконань і системи цінностей.

Період ранньої дорослості завершується кризою середини життя (приблизно 37–40 років). Сучасні дослідження відзначають тенденцію до її відтермінування у зв'язку зі збільшенням тривалості життя, однак характер переживань залишається подібним [218; 230].

Криза середини життя – одна з найскладніших у розвитку людини. Вона виникає тоді, коли усвідомлюється розбіжність між життєвими цілями та реальними досягненнями. Людина оцінює ступінь реалізованості власних очікувань у професійній, сімейній та соціальній сферах, критично аналізує минуле, переживає відчуття рутини й потребу змін.

Сучасні лонгітюдні дослідження підтверджують, що здатність долати такі фазові переходи пов'язана з вищою емоційною та поведінковою стабільністю у дорослих чоловіків [235]. На перший план виходить прагнення «оновлення» життя – у стосунках, діяльності, способі мислення. У розумінні К.Юнга, криза середини життя пов'язана з глибинними внутрішніми трансформаціями психіки: переходом від зовнішніх соціальних ролей до індивідуального розвитку, інтеграцією тіньових аспектів, зміною домінування між анімою та анімусом і активізацією архетипних структур, що веде до пошуку внутрішньої цілісності [218].

У цей період особистість часто переживає переоцінку життєвих цілей, сенсів та ідентичності. Сучасні дослідження доповнюють цю концепцію, наголошуючи, що кризові переживання середини життя можуть посилюватися зовнішніми життєвими подіями – зокрема змінами у сімейних стосунках, віддаленням у подружжі чи «синдромом порожнього гнізда», коли діти залишають батьківський дім, що потребує значної перебудови емоційної та рольової системи дорослого [230; 281].

Коли попередні досягнення сприймаються як незначущі, виникає невідповідність ідентичності, відсутність перспективи, емоційне вигорання й відчуття безсенсовності. Людина прагне «ковтка свіжого повітря», намагаючись перемогти страх старості, що, своєю чергою, підсилює тривогу. Для цього періоду

типові підвищена тривожність, драгівливість, перепади настрою, конфліктність, самотність і песимізм.

Ненормативні кризи – це раптові, несподівані події, які порушують значний хід життя й вимагають адаптації до нових умов. Це можуть бути стихійні лиха, смерть близької людини, втрата дому, війна тощо. Ймовірність гострого переживання кризи середини життя людиною різко зростає в умовах економічних та соціальних негараздів країни. Сучасні реалії життя в Україні характеризуються значними викликами, найбільшим з яких є російсько-українська війна, що впливає на всі сфери життєдіяльності особистості та знижує рівень її успішного функціонування і психологічного благополуччя.

Важливо зазначити, що за результатами соціологічного опитування населення України віком від 18 років за останні 12 місяців у 2023 р. визначені певні особливості у споживанні алкоголю з початку повномасштабного вторгнення: 5,5% почали пити більше; 2,9% знову почали вживати після періоду утримання; також респонденти відзначили збільшення вживання у 22,4% випадків серед інших людей [304]. Тобто наявні воєнні умови в Україні дещо підсилюють можливість звернення до вживання алкоголю як швидкого способу справитись із кризовою ситуацією.

Дані соціологічних і міжкультурних досліджень підтверджують, що частота вживання алкоголю в умовах соціальної напруги суттєво зростає, особливо у молодих дорослих [94; 215], а також що ранні моделі поведінки – зокрема поєднання вживання психоактивних речовин і батьківських впливів – можуть формувати підґрунтя для ризикових рішень у подальшому житті [283].

М. Слюсаревський визначає серед ключових викликів ментальному здоров'ю особистості в умовах повномасштабного російського вторгнення конвергенцію травмивного впливу попередньої коронакризи (про що зазначається у дослідженнях [59]) та наявної реальної війни. Це зумовлює глибокі трансформації особистісної картини світу, поширення емоційних деструктивних станів, посттравматичного стресового розладу, розладів соціальної адаптації та появу їх деструктивних способів [92, с. 5-7]. У зв'язку з цим учений відмічає різке зростання рівня тривоги,

невизначеності та психоемоційного виснаження, що також погіршує адаптаційні можливості особистості [93].

Як зазначає Т. Титаренко «...тривала воєнна травматизація може призводити як до негативних (ПТСР, зниження рівня психологічного здоров'я особистості), так і до позитивних (посттравматичне зростання, активізація життєтворення) наслідків...» [99, с. 3].

Водночас акцентуючи на деструктивних наслідках Т. Титаренко відмічає, що «... отримавши воєнну травму, приблизно третина людей переживає певну розщепленість, порушення цілісності, деструктивні зміни я-ідентичності... Здатність до саморегуляції, корекції власних емоційних станів, особливо негативних, теж погіршується... На ціннісно-смысловому рівні тимчасово втрачається здатність до пошуку нових сенсів, осмислення досвіду; стає важче, ніж раніше, діставати задоволення від повсякденного життя. На соціально-психологічному рівні ... різко падає довіра до світу ...» [101, с. 71].

Важливо, що О. Гуменюк визначає зміст зовнішніх чинників можливої зміни Я-концепції чотирма соціальними стимулами: сім'я та родинна атмосфера; вулиця та суб'єктне довкілля; школа, заклад вищої освіти, трудовий колектив; ситуативне і поведінкове свідчення щодо сприйняття іншими [20, с. 59-60].

З позицій психології особистості самосвідомість чоловіків характеризується підвищеною орієнтацією на зовнішні критерії оцінювання, досягнення та контроль, що пов'язано зі специфікою соціалізації маскулінності. Як показують міжкультурні дослідження, для чоловіків більш характерною є залежність самооцінки від соціального схвалення, статусу та відповідності нормативним очікуванням, тоді як внутрішня рефлексія та емоційна самопідтримка залишаються менш розвиненими [271; 285]. У періоди життєвих криз або втрати зовнішніх опор така структура самосвідомості зумовлює підвищену психологічну вразливість.

З клініко-психологічної точки зору для чоловіків більш типовими є унікальні та інструментальні стратегії подолання емоційного напруження, що пов'язано з обмеженою здатністю до усвідомлення й вербалізації власних афективних станів. Відповідно до моделі саморегуляції емоцій, недостатня сформованість навичок

емоційної ідентифікації та регуляції підвищує ймовірність використання зовнішніх регуляторів афекту, зокрема психоактивних речовин [204]. У цьому контексті алкоголь починає виконувати функцію швидкого зниження внутрішньої напруги та заміщення психологічної підтримки.

Психодинамічні підходи розглядають алкогольну залежність у чоловіків як форму саморегуляції дефіцитного або перевантаженого Я. Згідно з концепцією самотерапії, алкоголь використовується для модулювання афектів, зниження тривоги та компенсації порушень самоствалення [222]. За таких умов формується імпліцитна алкогольна ідентичність, у межах якої вживання алкоголю інтегрується у структуру самосвідомості як засіб підтримання психологічної рівноваги та цілісності Я [232].

Важливу роль відіграють також особливості чоловічої ідентичності, пов'язані з нормативним униканням уразливості та залежності від інших. Як підкреслює В. Кортні, традиційні маскулінні установки сприяють запереченню психологічних труднощів і знижують готовність чоловіків звертатися по допомогу, що підвищує ризик формування адиктивних форм поведінки [173]. У результаті алкоголь стає не лише поведінковим патерном, а й психологічним механізмом підтримання самооцінки та відповідності соціально очікуваному образу чоловічості.

У дослідженні особистісних чинників зміни Я-концепції у жінок Т. Клімаш визначає такі категорії зовнішніх предикторів, як соціально-демографічні (родинна атмосфера, вік, наявність дітей, сімейний стан), освітньо-кваліфікаційні (освіта, робота за спеціальністю та задоволеність нею), комфорт середовища у реальних життєвих умовах та декретна відпустка (її наявність та терміни) [33, с. 60-61]. Наведені результати засвідчують, що трансформація Я-концепції жінок у дорослому віці значною мірою зумовлюється поєднанням соціальних, рольових і життєвих чинників. Водночас такі дані отримано на жіночих вибірках і вони не можуть бути безпосередньо екстрапольовані на чоловіків, що обґрунтовує необхідність окремого аналізу особливостей самосвідомості чоловіків у контексті алкогольної залежності.

Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII «Про соціальні послуги» визначає, що «...складні життєві обставини – обставини, що негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, функціонування сім'ї, які особа / сім'я не може подолати самотійно.

Чинники, що можуть зумовити складні життєві обставини:

- а) похилий вік;
- б) часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті;
- в) невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування;
- г) психічні та поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин;
- г) інвалідність;
- д) бездомність;
- е) безробіття;
- є) малозабезпеченість особи;
- ж) поведінкові розлади у дітей через розлучення батьків;
- з) ухилення батьками або особами, які їх замінюють, від виконання своїх обов'язків із виховання дитини;
- и) втрата соціальних зв'язків, у тому числі під час перебування в місцях позбавлення волі;
- і) жорстоке поводження з дитиною;
- ї) насильство за ознакою статі;
- й) домашнє насильство;
- к) потрапляння в ситуацію торгівлі людьми;
- л) шкода, завдана пожежею, стихійним лихом, катастрофою, бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією...» [81].

У психологічному вимірі О. Односталко визначає складну життєву ситуацію як те, що «... є родовим для усіх видів ситуацій, в яких вимоги до особистості виходять за звичні норми. Показано, що складна життєва ситуація характеризується рядом феноменологічних показників (невизначеністю,

стресогенністю, психологічним виснаженням, оцінкою ресурсів, валентністю, контрольованістю, обізнаністю)» [67, с. 39].

Отож до категорії ненормативного впливу можна віднести складні життєві обставини, які виникають у контексті певних соціальних стимулів. Ненормативні кризи – це суб'єктивні потенційно можливі комбіновані негативні симптоми впливу актуальної соціальної ситуації [77, с. 84].

Зокрема, як зазначає А. Супріган вплив складної життєвої ситуації для індивіда може нести наслідки розбалансування «Я-образу» у зв'язку з відсутністю адекватних поведінкових патернів у здатності справитись із труднощами; на підставі зовнішніх факторів зміни життєдіяльності особистості дослідник виділяє чотири основні групи:

1. розпад родини (розлучення);
2. порушення індивідуального функціонування (інвалідність, хвороби);
3. руйнування джерела життєзабезпечення (безробіття);
4. зміна загальної соціальної ситуації життя (внутрішні переміщення, переїзди в інші країни) [98].

У контексті російсько-української війни мають місце й еміграційні процеси. Дослідники психології еміграцій Л. Дідковська та А. Дідковський визначають ситуацію еміграції як «... лише потенційно важкою, екстремальною та критичною міжкультурною соціальною ситуацією» [23, с. 20]. Важливим є те, що еміграція «... перериває звичний перебіг життя людини, переживається нею в індивідуально-суб'єктивний спосіб, характеризується неможливістю реалізації внутрішніх потреб..., полягає у тотальній трансформації людини на когнітивному, афективному та поведінкових рівнях, створює реальну загрозу для її соціально-психологічної цілісності...» [24, с. 93]. Отже спостерігаємо, ненормативні життєві події ранньої дорослості (війна, еміграція, втрата роботи, розпад сім'ї тощо) порушують цілісність Я-концепції чоловіків, ускладнюють саморегуляцію та осмислення власного життєвого досвіду, що підвищує їх адиктивну вразливість.

Загалом серед гострих стресових життєвих подій виділяють ймовірні причини зловживання алкоголю серед дорослих у таких сферах: *міжособистісній*

(розставання, розлучення або розрив романтичних стосунків; серйозні міжособистісні проблеми з другом, сусідом або родичем; смерть або серйозна хвороба члена сім'ї та/або близького друга); *професійній* (звільнення з роботи, проблеми з начальником або колегою); *фінансовій* (зміна місця проживання; велика фінансова криза, банкрутство або проблеми з оплатою рахунків) та *юридичній* (проблеми з поліцією, арешт або ув'язнення; жертва жорстокого злочину) [221].

У пошуках виходу зі складної життєвої ситуації особистість може реагувати розвитком невротичних та психосоматичних проявів, зокрема соматизацією, що свідчить про неадаптивні способи подолання стресу. Наслідком нереалізованості людини, невміння долати кризу ранньої дорослості у цей період життя може стати початок формування хімічних та нехімічних залежностей, зокрема алкогольної, які виконують функцію псевдорегуляції емоційних станів і тимчасового «знеболення» порушеної самосвідомості.

Переживання нормативних і ненормативних криз ранньої дорослості супроводжується не лише психологічними, а й нейробіологічними змінами, що впливають на механізми саморегуляції, контролю поведінки та емоційної стабільності. Це зумовлює необхідність звернення до аналізу нейробіологічних механізмів розвитку залежності.

1.4. Нейробіологічні механізми розвитку залежності

У сучасній адиктології дедалі більшого поширення набуває синдромний підхід до розуміння залежності. Відповідно до концепції Г. Шаффера та співавторів [279], різні форми адиктивної поведінки доцільно розглядати не як ізольовані нозологічні утворення, а як множинні прояви єдиного базового синдрому зі спільною етіологією. У межах цієї моделі залежність постає як системне порушення, зумовлене взаємодією нейробіологічних, психологічних і соціальних чинників, тоді як конкретний об'єкт адикції (алкоголь, інші психоактивні речовини, поведінкові форми) є формою реалізації загальної вразливості. Такий підхід забезпечує інтеграцію різних теоретичних пояснень залежності та створює методологічне підґрунтя для подальшого аналізу її нейробіологічних механізмів.

Залежність – це динамічна дисрегуляція мотиваційних контурів мозку, спричинена перебільшеною значущістю стимулів та формуванням звичок, дефіцитами у функціонуванні системи винагороди, що веде до підвищення рівня стресу та порушення виконавчих функцій [305]. Розлад вживання алкоголю (AUD) визначають як хронічно рецидивуючий розлад, що характеризується нав'язливим потягом до алкоголю, втратою контролю попри негативні наслідки для здоров'я, соціального та професійного життя, а також формуванням негативного емоційного стану при обмеженні доступу до алкоголю, що відображає стан мотиваційної абстиненції [226]. Гостре вживання алкоголю спричиняє короточасні зміни неврологічної функції, переважно через вплив на гальмівну нейротрансмітерну передачу, тоді як повторне вживання з часом призводить до довготривалих змін у функціонуванні кількох ключових нейронних контурів, що зумовлює примусове споживання попри негативні наслідки та розвиток негативного емоційного стану при обмеженні доступу до алкоголю [226]. Зважаючи на це, важливо розуміти нейробіологічні механізми розвитку залежності. Розлад вживання алкоголю суттєво вражає нейромережі, задіяні у виконавчому контролі, що призводить до їх дисрегуляції й негативно позначається на фізичному, психічному та соціальному здоров'ї [56; 117]. Відбуваються зміни і в нейротрансмітерних системах – серотонінергічній, дофамінергічній, γ -аміномасляній, глутаматергічній, холінергічній та опіодній – які забезпечують винагороду, мотивацію, прийняття рішень, емоції та стресову реакцію [56; 294; 305].

Узагальнення результатів нейровізуалізаційних, лонгітюдних та клінічних досліджень свідчить, що алкогольна залежність супроводжується структурними й функціональними змінами у мозку та порушеннями регуляторних механізмів, що зумовлює емоційну нестабільність і зниження самоконтролю [205; 213; 216; 224; 238; 282; 250].

У нейробіологічних аспектах хімічних залежностей, зокрема алкогольної, повторюваний цикл «запій – відміна – потяг» особливо негативно впливає на такі ділянки мозку:

- базальні ганглії (відчуття задоволення, мотивація, «ланцюг винагорода») – ускладнюється переживання задоволення від природних винагород;
- розширене мигдалеподібне тіло (неспокій, тривога, дратівливість) – особливо у фазі відміни, коли потреба полегшити дисфорію зростає;
- передлобова кора (планування, вирішення проблем, контроль) – знижується здатність до саморегуляції та самоконтролю [66, с. 264-265].

У сучасному науковому дискурсі щодо мозкових дисфункцій в осіб з алкогольною залежністю виокремлюють три гіпотетичні моделі: гіпотезу «лобової частки» або «переважного ураження передніх відділів головного мозку» (*the frontal lobe hypothesis*); гіпотезу «латералізації» чи «правопівкульну» (*the lateralisation hypothesis*); та гіпотезу «дифузної дисфункції мозку», або «дифузного церебрального дефекту» (*the diffuse brain hypothesis*) [10].

У межах першої – гіпотези «лобової частки» – В. Вовк і О. Страшок зазначають, що «...при алкогольній залежності більшою мірою схильні до пошкодження лобні частки мозкових півкуль, що проявляється порушенням виконавчих функцій (здатності до абстрагування та планування, інгібування персеверативних процесів, перемикання між різними когнітивними процесами, швидкості когнітивних операцій тощо)...» [10, с. 6].

Гіпотеза «латералізації» передбачає, що більш вразливою до нейротоксичного впливу алкоголю є права півкуля мозку, яка відповідає за вибірковість уваги та орієнтацію у просторі, що узгоджується з моделлю когнітивних порушень в осіб з алкогольною залежністю, пов'язаних із дисфункціями цієї півкулі [284, с. 126].

Згідно з гіпотезою «дифузного церебрального дефекту», хронічне вживання алкоголю спричиняє легку генералізовану дисфункцію мозку, що підтверджується результатами лонгітюдних досліджень, які виявили дефіцити у вербальному й невербальному мисленні, пам'яті, візуально-просторовій перцепції та перцептивно-моторних навичках [284, с. 127].

Залежність можна умовно поділити на три основні стадії:

1. стадію пияцтва та сп'яніння, контрольовану базальними гангліями;

2. стадію абстинентного синдрому та негативних емоцій, у якій провідну роль відіграє мигдалеподібне тіло;

3. стадію очікування залежності, пов'язану з активацією префронтальної кори, що відповідає за нав'язливі думки та очікування.

Ці стадії відображають нейробіологічні процеси, характерні для розвитку залежності. Зміни у нейронних контурах, включно з молекулярними та нейрохімічними перебудовами, виникають під час переходу від контрольованого вживання алкоголю до залежності та визначають рівень вразливості до рецидивів. Окрім того, генетична модуляція та епігенетичні зміни в нейронних структурах системи винагороди, таких як мезолімбічний дофамінергічний шлях, також вважаються чинниками, що впливають на схильність до розвитку залежності [294].

У процесі прогресування залежності індивід переходить від імпульсивного (схильність до спонтанних реакцій без урахування наслідків) до компульсивного типу вживання, що проявляється у повторюваних діях, спрямованих на зменшення тривоги чи напруги від нав'язливих думок, та супроводжується переходом від позитивного до негативного підкріплення [226].

Активация стресової реакції під час гострого вживання психоактивних речовин, сенсibiliзація під час повторної відміни та стійкість під час тривалого утримання сприяють компульсивним поведінкам, характерним для залежності.

Г. Куб і М. Ле Моаль запропонували модель, яка пояснює сталі зміни мотиваційних процесів, що відбуваються в ході розвитку залежності [226]. Згідно з цією моделлю, залежність можна концептуалізувати як цикл прогресуючої дисрегуляції систем мозкової винагороди та антивинагороди, що призводить до формування негативного емоційного стану й підтримує компульсивне вживання речовини [226].

Контрадаптивні процеси, які обмежують функцію винагороди, не повертаються до нормального гомеостатичного рівня, що викликає тривалу дисрегуляцію, впливає на мотивацію та сприяє поведінці, спрямованій на пошук психоактивної речовини [294].

Стадія пияцтва – сп'яніння зумовлює порушення контурів, відповідальних за регуляцію значущості стимулів, і формування надмірних звичок вживання алкоголю через посилення дофамінергічної нейротрансмісії [226]. Пролонговане вживання речовини спричиняє нейроадаптації у контурах базальних гангліїв, що беруть участь у розвитку компульсивних звичок і підвищують вразливість до рецидивів [294]. Одночасно виникає глутамінергічний дисбаланс у кортико-стріатальних шляхах, який додатково впливає на поведінку пошуку винагороди.

На цьому етапі активуються опонентні процеси, що знижують функцію системи винагороди й підвищують мозковий стрес. До них залучено кілька нейромедіаторних систем і модулюючих речовин: серотонін (5-НТ), дофамін (DA), різні опіодні пептиди, ацетилхолін (ACh), γ -аміномасляну кислоту (GABA) та глутамат (Glu) [226].

Стадія відміни – негативних емоцій характеризується підвищенням рівня стресу й тривожності після припинення вживання, що супроводжується емоційними розладами, дисфорією та втратою мотивації до природних джерел задоволення. У цей період відбуваються процеси нейтралізації залишкових ефектів алкоголю, які зберігаються після відміни, а зниження активності дофамінергічної та серотонінергічної систем зумовлює формування негативного афекту й підтримує пошукову поведінку [294].

Стадія очікування – потягу (craving stage) включає повернення до пошукової поведінки після періоду утримання. Надмірна чутливість до наркотичних сигналів поєднується зі зниженою функцією винагороди та підвищеною активністю стресових систем, що спричиняє патологічне прагнення до відновлення вживання [226]. Дисрегуляція префронтальної кори, відповідальної за виконавчий контроль і цілеспрямовану поведінку, знижує здатність інгібувати імпульсивні реакції на наркотичні стимули, що ще більше підвищує вразливість до залежності [147; 294].

Зміни у багатьох нейромедіаторних системах асоціюються зі втратою здатності контролювати та пригнічувати наркотичну пошукову поведінку, формуючи стійкі нейробіологічні патерни компульсивності [226; 294].

У сучасній адиктології алкогольна залежність розглядається як багатовимірне явище, що формується внаслідок взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Хімічна залежність охоплює зміни у системі винагороди, порушення саморегуляції, трансформацію ціннісно-сислової сфери та поступове звуження поведінкових стратегій до компульсивного вживання речовини [179].

Багатофакторна природа залежності від алкоголю передбачає вплив фізіологічних, генетичних і середовищних чинників. За результатами молекулярно-генетичних досліджень, *спадковість розладу вживання алкоголю (AUD)* оцінюється приблизно у 40–60 %, що вказує на значну роль генетичної схильності [182]. Генетичні варіації впливають не лише на рівень толерантності до алкоголю, але й на його метаболізм, інтенсивність уживання та реакцію на фармакотерапію. Найбільш вивченими є поліморфізми генів, що кодують *алкогольдегідрогеназу (ADH1B)* та *альдегіддегідрогеназу (ALDH2)*, які регулюють швидкість окиснення алкоголю в організмі. Варіанти цих генів можуть або знижувати ризик формування залежності, або, навпаки, підвищувати його, залежно від етнічних і середовищних чинників [223]. Крім того, важливу роль відіграють *генетичні варіації в системі стрес-регуляції*, зокрема у гені рецептора 1 гормону, що вивільняє кортикотропін (*CRHR1*). Доведено, що взаємодія поліморфізмів *CRHR1* із впливом стресових життєвих подій підвищує ризик формування алкоголізму у підлітків та молодих дорослих [151; 293]. Відповідно, *залежність формується як результат взаємодії генетичних схильностей і соціально-екологічних впливів*, де кожен фактор може модифікувати інший. Сучасні дослідження також пов'язують генетичну вразливість із підвищеною негативною емоційністю та дисфункцією дофамінергічної системи винагороди, що концептуалізується у межах моделі Genetic Addiction Risk Severity (GARS) [152].

Вік початку вживання алкоголю також є критично важливим чинником ризику. Ранні експерименти з алкоголем у підлітковому віці відбуваються в період активного дозрівання мозку, коли триває розвиток префронтальної кори та формування систем самоконтролю. Це підвищує ймовірність подальшої

залежності, особливо за умови повторюваного вживання або поєднання з емоційними стресами [294]. Дослідження із застосуванням нейровізуалізації показують, що у підлітків, які почали споживати алкоголь до завершення юнацького віку, спостерігається *зменшення об'єму сірої речовини* у скроневих і префронтальних зонах мозку та *уповільнення мієлінізації білої речовини*, що негативно впливає на когнітивні процеси – увагу, пам'ять і виконавчі функції [294]. Отже, генетична схильність і раннє вживання алкоголю створюють взаємно підсилювальні ризики розвитку залежності, формуючи нейробіологічну вразливість ще до появи поведінкових симптомів.

З огляду на це, нейробіологічні зміни при алкогольній залежності охоплюють системи винагороди, стрес-реакції та виконавчого контролю, формуючи стійку дисрегуляцію мотиваційних і регуляторних контурів мозку. Унаслідок цього знижується здатність до інгібування імпульсивних реакцій, порушується оцінювання наслідків поведінки та звужується спектр альтернативних способів емоційної регуляції. Дисфункція префронтальних і лімбічних структур, описана у клінічній нейропсихіатрії [66], не лише обмежує виконавчий контроль, але й змінює баланс між афективними та когнітивними компонентами регуляції поведінки.

За таких умов послаблюється узгодженість між емоційним переживанням, когнітивною оцінкою та поведінковими рішеннями, що поступово відображається на інтегративних механізмах самосвідомості. Саме тому нейробіологічна вразливість при алкогольній залежності може розглядатися як один із базових чинників деформації цілісної структури Я та порушення внутрішньої регуляції особистості.

1.5. Концептуальна модель самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості

Адикція є комплексним феноменом, що включає в себе системну взаємодію між біологічними факторами, генетикою, соціальним впливом, індивідуальним

життєвим досвідом, включаючи досвід дитинства, та вільним вибором людини [69, с. 33]. Основними психопатологічними ознаками адикцій є явні негативні наслідки вживання (у біологічній, соціальній та психологічній сферах), потяг до вживання та/або втрата контролю над вживанням, (постабстинентні стани/гіперкатіфея, включаючи гострий та протрагований абстинентний синдром, адиктивну депресію та ангедонію). Основними патопсихологічними ознаками адикцій є прагнення до стану зміненої свідомості, суб'єктивна надцінність адиктивної поведінки, особистісна десоціалізація [69, с. 34]. Вибір адиктивної стратегії поведінки зумовлений передусім труднощами адаптації до проблемних життєвих ситуацій (описаними вище; див. п. 1.3.2).

Сучасні підходи науковців до проблеми залежностей від психоактивних речовин розглядаються з позиції нейробіології через таку тріаду [225]:

- продовження вживання, незважаючи на негативні наслідки;
- втрата контролю над кількістю вжитої психоактивної речовини (ПАР) або часом її вживання;
- абстинентний синдром, постабстинентні феномени та інші негативні емоційні й мотиваційні прояви під час ремісії (гіперкатіфея).

Доцільно простежити особливості визначення алкогольної залежності крізь призму сучасних діагностичних критеріїв.

У контексті сучасних теоретичних підходів заслуговують на уваги дослідження П. Козири, спрямовані на аналіз психопатологічних проявів у осіб із розладами вживання психоактивних речовин. У відповідній праці автор підкреслює високий рівень коморбідності адиктивної поведінки з тривожними, афективними та особистісними порушеннями, а також наголошує на необхідності використання стандартизованих психодіагностичних інструментів у роботі з цією категорією пацієнтів [36]. Представлені наукові положення доповнюють сучасні уявлення про психологічну складність алкогольної залежності та створюють теоретичні передумови для аналізу порушень саморегуляції й інтегрованості самосвідомості в осіб із адиктивною поведінкою.

На рисунку 1.5. представлено узагальнення існуючих в діагностичному дискурсі МКХ-11 та DSM-5 розладів пов'язаних із зловживанням алкоголю.

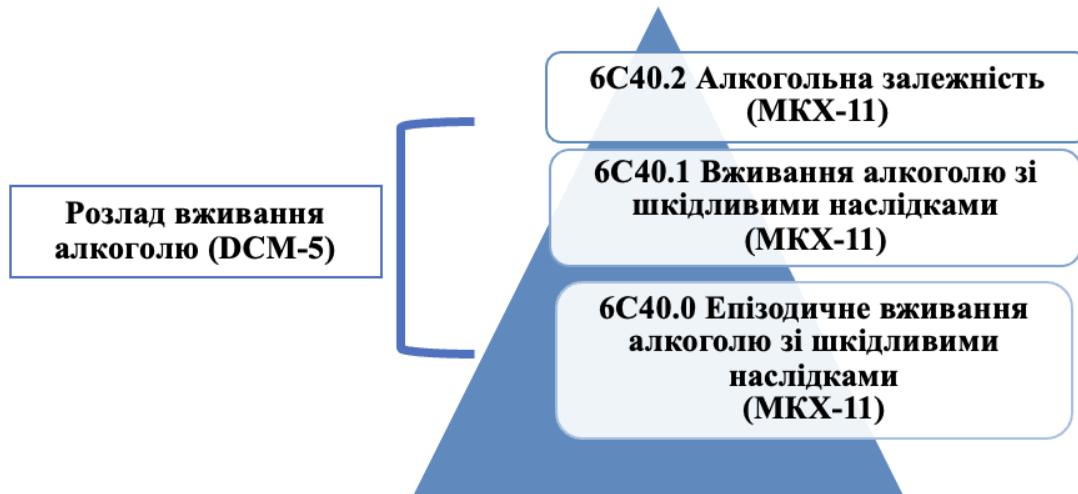


Рис. 1.5. Розлади пов'язані із зловживанням алкоголю у МКХ-11 та DSM-5

Діагностичними критеріями вживання алкоголю за *DSM-5*, що виникають упродовж 12-місячного періоду, є [136]:

- часте вживання у більших кількостях або впродовж тривалішого періоду, ніж було у намірах;
- стійке бажання або невдалі спроби зменшити чи контролювати вживання алкоголю;
- значна частина часу витрачається на дії, необхідні для того, щоб отримати алкоголь, вживати алкоголь або відновитись після його впливу;
- непереборний потяг або сильне бажання чи внутрішнє спонукання до вживання;
- повторне вживання, що призводить до невиконання основних ролевих зобов'язань у роботі, навчанні чи вдома;
- продовження вживання, попри постійні чи періодичні соціальні або міжособистісні проблеми, спричинені або загострені впливом алкоголю;

- вживання продовжується, попри усвідомлення постійної або періодичної фізичної чи психологічної проблеми, яка, імовірно, була спричинена або загострена алкоголем;
- зростання толерантності (потреба у помітно більшій кількості споживання речовини для досягнення бажаного ефекту);
- симптоми, які виникають при відміні вживання психоактивної речовини.

У науковій літературі виділяють різні моделі споживання алкоголю, що відрізняються частотою, кількістю та ризиком наслідків [180].

Задля оцінки поширеності вживання алкоголю з високим ризиком у всьому світі Всесвітня організація охорони здоров'я використовує показник, який називається *надмірне епізодичне вживання алкоголю* (пияцтво, англ. *binge drinking*), що визначається як споживання 60 грамів або більше чистого спирту принаймні один раз за останні 30 днів [14; 132]. Зокрема, в Україні за 2023 рік серед 49,2 % теперішніх споживачів алкоголю 64 % чоловіків зазначили про надмірне епізодичне вживання [304].

Результати опитувань, проведених до повномасштабного вторгнення (25–27 квітня 2021 р.) соціологічною групою «Рейтинг» серед 1500 респондентів, засвідчили достатню поширеність споживання алкоголю в Україні: 66 % опитаних підтвердили вживання алкогольних напоїв, серед яких переважали чоловіки, тоді як 54 % респондентів були переконані в існуванні «безпечних доз» алкоголю [94].

Відповідно до чотирьохмодусної концепції форм самосвідомості В.Заборовського (індивідуальна форма самосвідомості (*individual self-awareness*) – зовнішня (соціальна) форма самосвідомості (*outer self-awareness*) рефлексивна форма самосвідомості (*reflective self-awareness*) захисна форма самосвідомості (*defensive self-awareness*) [306, с. 102] та подальших досліджень його колег, встановлено, що особи із захисною формою самосвідомості (*defensive self-awareness*), що виникає на фоні страху, небезпеки та не задоволення потреб, часто вживають алкоголь або наркотики [306].

Сучасні емпіричні дані уточнюють ці положення, показуючи, що ясність самоконцепції, рівень саморегуляції та орієнтація на майбутнє є важливими

предикторами психологічної стійкості й адаптивної поведінки у дорослих [291; 135; 128; 217].

Розглядаючи механізми виникнення залежностей, О. Фільц, К. Седих та С. Михайлів пропонують гіпотезу фіксованої уяви у такій її послідовності: «... фіксована уява → апробація в реальній дії → надцінна ідея як планування поведінки → регулятивний ритуал як фіксована поведінка для реалізації фіксованої уяви ...» [105, с. 20]. Важливо, що психологічний феномен фіксованої уяви крізь вправи з цілеспрямованою візуалізацією у програмі 12 кроків дозволяє особистостям із залежністю успішно пройти реабілітацію: «У формуванні нової тверезої ідентичності у залежних важливу роль відіграє феномен фіксованої уяви через механізм утворення кататимно-імагінативного образу «тверезої успішності»...утворюється новий сталий конструкт «Я – тверезий», який бере на себе регулятивну функцію поведінки, замість конструкту «Я – залежний»» [90 с. 477].

Алкоголь деструктивно впливає на діяльність ЦНС, що супроводжується порушенням когнітивних функцій. Зокрема в осіб з алкогольною залежністю спостерігається схильність до пошкодження в лобних частках головного мозку (втрата нейронів та їхнє зменшення у розмірах, зменшення білої речовини), що «...проявляється порушенням виконавчих функцій (здатність до абстрагування та планування, інгібування персеверативних процесів, перемикання між різними когнітивними процесами, швидкість когнітивних процесів, тощо)» [10, с. 8]. Також емпірично визначено наслідки вживання алкоголю у чоловіків з алкогольною адикцією – «... зниження здатності до концентрації та розподілу уваги, виснажливості психічної діяльності та недостатності репродукційного та фіксаційного компонентів пам'яті...» [11].

За результатами дослідження психоемоційного стану чоловіків з алкогольною залежністю Д. Возний встановив, що основними характеристиками залежних, зокрема і до зловживань алкоголем є « ...високий рівень особистісної тривожності, схильність до невротизації, ригідність та алекситимія» [12, с. 101]. Науковець вбачає у втечі від реальності в алкоголь компенсацію попередньо

дезадаптивних аспектів емоційної сфери. Згідно з гіпотезою «самолікування» Е. Ханціяна, вживання психоактивних речовин часто виступає способом тимчасово зменшити внутрішній емоційний біль, компенсувати нестачу стабільної саморегуляції та заповнити дефіцит внутрішньої опори [222].

Щодо самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості, де під самосвідомістю розуміємо становлення здатності індивіда до усвідомлення та рефлексії в онтогенезі, інтеріоризацією/екстеріоризацією в процесі соціалізації та загалом функціонуванням його як активного соціального суб'єкта у взаємовідносинах з іншими [58; 120; 122; 143; 177], то у призмі предикторів вживання алкоголю К. Ліндгрєн, С. Нейборз, М. Гассер, Дж. Рамірес, Д. Цвенцек визначають особливості імпліцитної та експліцитної субстанційної Я-концепцій узалежнених, де:

- імпліцитна, «Я як об'єкт» (модус «Me») – асоціативні уявлення про себе (ким я є), зазвичай рефлексивні, більш швидкі, імпульсивні, особливо активуються при порушенні саморегуляції, когнітивного контролю та при афекті;

- експліцитна, «Я як суб'єкт» (модус «I») – пропозиційне твердження ким я є, де уявлення про себе більш сповільнені, рефлексивні та інтроспективні із свідомою обробкою інформації [232].

Цінною для нашого дослідження є «3+2» векторна модель адикцій Д. Старкова, де три з векторів є психологічними (вектор внутрішніх конфліктів, вектор адиктивного розщеплення особистості, вектор зниження функціонування свідомості), а також біологічний та соціальний вектор [69; 220], де особливу увагу привертає вектор зниження рівня функціонування свідомості та особистості. Тут автор виокремлює три субособистості (для нас це співзвучно з психосинтезом Р. Ассаджолі [141]), а саме: «Тілесне Я», «Соціальне Я» та «Трансцендентне Я» [69, с. 102]. Індивід у своєму розвитку рухається від нижчого рівня, де має місце «дефрагментоване Я», як несформованого уявлення образу Я, інших, світу, до цілісного (уява про себе інтегрована в цілісний образ), керуючись «Трансцендентним Я», яке й інтегрує діяльності всіх особистостей, що характеризує зрілу особистість. На думку Д. Старкова (а ми поділяємо думку

автора), на цьому етапі «руху» особистості від нижчого рівня розвитку до вищого можна виокремити «дефрагментоване Тілесне Я», «цілісне тілесне Я», «дефрагментоване Соціальне Я», «цілісне Соціальне Я», «дефрагментоване Трансцендентне Я», «цілісне Трансцендентне Я», «Цілісна особистість» [69, с. 102; 240].

Сучасні дослідження адиктивної поведінки підкреслюють її багатовимірність та взаємозв'язок між особистісними, емоційними та соціальними чинниками, що узгоджується з напрацюваннями дослідників, які аналізують різні форми адиктивної поведінки та механізми дезадаптації [13; 127].

Відтак, розуміння процесу становлення – розвитку самосвідомості особистості стає очевидним, що одна категорія чоловіків можуть не проходити деякі стадії розвитку та «застрягати» на одній із них, як і те, що є категорія осіб, які, за певних обставин (з якими не справились), можуть регресувати з більш високих стадій розвитку до низьких. Стає зрозумілим, чому в адикта тоді відбувається зниження рівня самосвідомості, тим паче, що мовиться і про руйнацію фізичного «Я» з пошкодженням функціоналу й самого мозку (нейробіологічний рівень).

На рівень зниження самосвідомості впливають також такі механізми, як:

- механізм когнітивного дисонансу (Л. Фестінгер), де замість переосмислення причин адиктивної поведінки (вирішення внутрішньоособистісного конфлікту між вживанням ПАР і альтернативними цінностями) людина його вирішує за допомогою механізмів когнітивного дисонансу [190; 145];

- механізм ілюзорно-компенсаторної діяльності, де замість розбудови гармонійних стосунків з іншими на основі взаєморозуміння, «адикт удається до спрощення відносин за допомогою сумісної адиктивної діяльності» [69, с. 105], де свої стосунки бачить крізь призму ілюзорних уявлень про них. Відбувається «розмиття» соціальних ролей, образу власного Я, Я-іншого, де сприйняття себе справжнього, «живого» адикт бачить тільки у стані алкогольного сп'яніння;

- механізм формування комплексу вивченого безсилля (М. Селігман), де адикт нівелює такий компонент самосвідомості, як саморегуляція [277]. У тверезому стані вирішення будь-яких проблем, пов'язаних із самоконтролем чи самоуправлінням над своїм вживанням, зазнає фіаско, що формує надалі комплекс вивченого безсилля і спонукає адикта повертатись до «звичного» стану сп'яніння, де «зникає» дана проблема, звільняючи його від «почуття провини та сорому», яке, проте, не зникає у векторі внутрішньоособистісного конфлікту «Я не хочу вживати, але вже не можу».

У контексті соціально-емоційних чинників варто врахувати результати дослідження В. Гаврилькевич та В. Петринюк, які показали, що якість міжособистісних стосунків значною мірою визначається рівнем емоційного інтелекту, а окремі його компоненти можуть бути пов'язані із залежними моделями взаємодії [15]. Це підсилює розуміння ролі емоційно-ціннісної сфери у формуванні вразливості до адиктивної поведінки.

У межах цього підходу описано теоретичну модель рівнів організації особистості (психотичний, межовий, невротичний, зрілий), яка широко використовується у психологічних і психотерапевтичних підходах [69, с. 102]. Вагомими для конструювання авторської моделі самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості стали також напрацювання науковців-практиків [47; 46; 69].

Зокрема, О. Лещинська в адиктивному потенціалі особистості вбачає результат фрустрації провідних, найбільш значущих потреб певного вікового періоду, а передумовою формування адиктивного потенціалу зазвичай є емоційна травма – як дитяча, так і доросла [46, с. 65].

Звідси дослідниця виводить таку класифікацію адиктивної поведінки:

1. Порушення, пов'язані з неналежним задоволенням базових людських потреб у безпеці (психофізіологічний рівень особистості) можуть проявлятися як адикція до їжі і до сексу, відомо, що переїдання – поширена проблема дитячого віку.

2. Порушення, пов'язані з неналежним задоволенням соціальних потреб особистості (соціально-культурний рівень особистості, або Его), можуть

проявлятися як труднощі із самооцінкою і соціальною самореалізацією, а наслідками можуть бути алкоголізм, наркоманія, інтернет-залежність – типові підліткові проблеми.

3. Порушення, пов'язані з неналежним задоволенням духовних потреб людини (ціннісно-смысловий рівень), в юнацькому віці можуть бути найбільш травматичними з погляду формування особистості, її деформації, а наслідками можуть стати культова залежність, душевне рабство, трудоголізм – соціально-психологічні проблеми дорослої людини [46, с. 66].

Отже, під адиктивним потенціалом О. Лещинська вбачає специфічні індивідуальні передумови адактивної самореалізації, які найчастіше розвиваються на основі деформації особистісного досвіду, психофізіологічних дефектів, невирішених адаптаційних, емоційних та характерологічних проблем. І далі дослідниця поточнює: «Зазвичай адиктивний потенціал особистості формується в результаті фрустрації провідних, найбільш значущих потреб певного вікового періоду (потреба у безпеці для дитячого віку, у соціальній взаємодії особистості – для підліткового, у самовизначенні – для юнацького)» [46, с. 67].

Відтак, виходячи з вищеподаного матеріалу, пропонуємо авторську концептуальну модель самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості [116]. Ми дотримуємося біопсихосоціального підходу на рівні індивідуальності, де інтегровано представлені: людина – організм – індивід – особистість [143; 177]. Відтак мовиться про біологічний рівень, фізіологічний, психічний, психосоціальний (Рис. 1.6.).

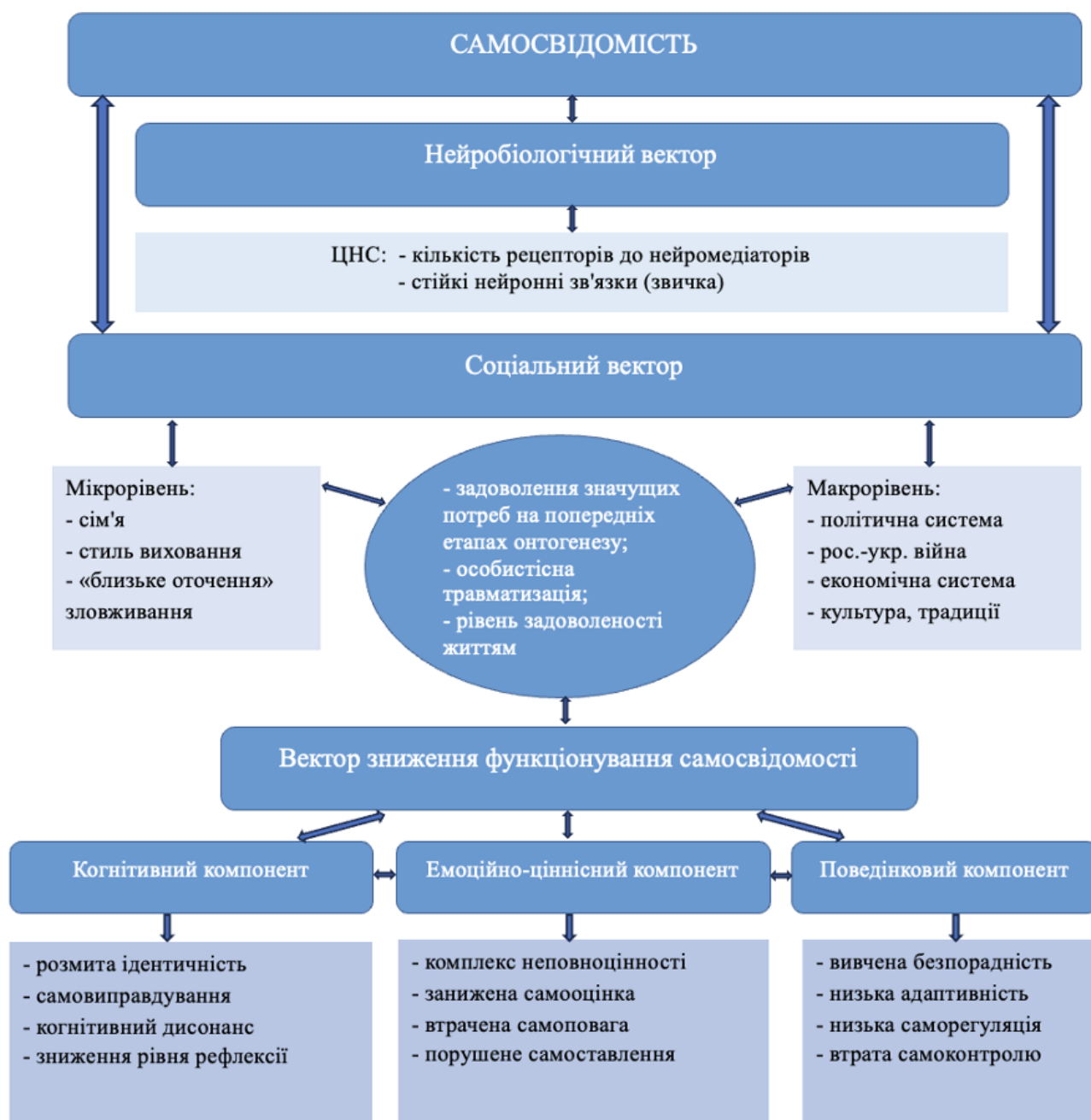


Рис. 1.6. Концептуальна модель самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості

Нейробиологічний вектор представлений функціонуванням центральної нервової системи, а також кількістю й чутливістю рецепторів до нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, норадреналіну, γ -аміномасляної кислоти (ГАМК)), що визначають індивідуальні особливості реакції на стрес. Недостатня кількість або

знижена чутливість таких рецепторів зменшує стресостійкість у несприятливих умовах життя, що поглиблює вразливість до формування залежності [226; 227; 305]. Важливим чинником є також *генетична обумовленість*: наявність зловживання алкоголем у членів родини істотно підвищує ймовірність розвитку розладу вживання алкоголю в нащадків, що пов'язано з поліморфізмами генів, залучених до метаболізму алкоголю та стрес-регуляції [151; 182; 183; 223]. Крім того, внаслідок уживання алкоголю формуються стійкі нейронні зв'язки, що сприяють закріпленню шкідливої звички та зумовлюють повторюваність адиктивної поведінки, що пов'язано з дисфункцією префронтальних механізмів контролю та порушенням процесів прийняття рішень [199].

Соціальний вектор самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю представлений на мікро- та макрорівнях. На *мікрорівні* провідну роль відіграють сім'я та найближче соціальне оточення (партнер, батьківська сім'я, значущі дорослі), які задають первинні сценарії ставлення до алкоголю та до власного «Я». Показано, що серед ключових факторів ризику підліткового вживання алкоголю є батьківський приклад і толерантне ставлення до спільного вживання слабоалкогольних напоїв із дітьми, що надалі може формувати модель «нормальності» регулярного споживання та підґрунтя для розвитку залежності у дорослому віці [280, с. 74]. Це дає підстави стверджувати, батьківські сценарії, стиль виховання та якість емоційних стосунків у родині значною мірою детермінують як образ «Я», так і подальшу адиктивну вразливість чоловіків у ранній дорослості. Саме тому алкогольна залежність у дорослому віці може формуватися як наслідок дисфункційних батьківських сценаріїв, порушень у становленні базової довіри та недорозвиненості меж між «Я» та «Іншим».

Українські дослідження також підкреслюють значущість сімейних і соціальних чинників у формуванні патернів уживання алкоголю в підлітковому й молодіжному віці, що згодом впливає на ризики розвитку залежності в дорослості [1].

Водночас зловживання алкоголем одним із членів сім'ї призводить до порушення адекватного функціонування сімейної системи загалом та визначає

«...незадовільні дисгармонійні та конфліктні взаємини в сім'ї, що не забезпечують потреби партнера або дитини та призводять надалі до внутрішньоособистісного конфлікту та психічної дезадаптації...» з астено-невротичими та тривожно-депресивними симптомокомплексами [42, с. 73]. У рідних і близьких чоловіків з алкогольною залежністю формується співзалежність з активацією ролі «рятувальника» у залежного у поєднанні «...з почуттям провини, жалю, претензіями, страхами, невдоволенням, відчуттям відсутності щастя, порожнеч...» [16, с. 26].

Безумовно, на формування адиктивного потенціалу впливає особистісна травматизація – травми дитинства, травмівні події на різних етапах вікового розвитку, посттравматичний стресовий розлад як наслідок військових дій (російсько-українська війна) [37; 208; 227]. Як зазначає лікар-психотерапевт І. Каніфольський, залежність є «компенсованим неврозом» унаслідок психотравм, коли людина знаходить спосіб тимчасово зменшити внутрішній дискомфорт через вживання об'єкта залежності» [27, с. 141].

Рівень задоволеності життям є тією опорою або її втратою, на яку спираються особи із залежністю. Звернення до об'єкта адикції стає компенсацією відсутності задоволення, яке сприймається як спасіння, кризь «рожеві окуляри» [277]. Звернення до змінених станів свідомості нерідко виступає способом компенсації та може набувати патологічних форм [48].

Виходячи з поданої у параграфі 1.1 структури самосвідомості, можна стверджувати, що при алкогольній залежності спостерігаються порушення у її функціонуванні. Вектор зниження самосвідомості охоплює когнітивний, емоційно-ціннісний і регулятивний компоненти.

Порушення соціального функціонування при алкогольній залежності особливо виразно проявляються у період припинення вживання, коли особистість змушена повертатися до повсякденного життя без звичного способу емоційної регуляції. Для цього етапу характерними є дезорієнтованість, зростання внутрішньої напруги, труднощі виконання звичних соціальних ролей та ускладнення адаптації до тверезого способу життя. Вітчизняні дослідники також підкреслюють, що перехід до тверезості супроводжується підвищеною

уразливістю щодо соціальної дезадаптації та потребує перебудови способів взаємодії з оточенням і власними переживаннями [31]. Узгоджено з цим, клініко-психологічний дискурс акцентує на важливості стандартизованого оцінювання стану та коморбідних порушень (тривожних, афективних, особистісних), які можуть посилювати труднощі соціальної адаптації осіб із розладами вживання психоактивних речовин [38; 222; 296].

На когнітивному рівні в осіб із алкогольною залежністю відзначаються розмита ідентичність, самовиправдання, когнітивний дисонанс і зниження рефлексії [144]. Розмита ідентичність означає втрату ясного уявлення про власне «Я» – цінності, життєві цілі та соціальні ролі. Індивід втрачає цілісність самосприйняття, «розчиняється» між зовнішніми очікуваннями та внутрішньою невизначеністю, а адиктивна поведінка поступово витісняє інші компоненти самосвідомості. Подібні прояви фрагментації та деформації Я-концепції у осіб із адиктивною поведінкою описані у дослідженнях Л. Дідковської [22].

Механізм когнітивного дисонансу виникає, коли в індивіда одночасно існують суперечливі переконання чи цінності, або коли поведінка суперечить власним поглядам. Це викликає внутрішній дискомфорт, який людина намагається зменшити, змінюючи переконання або виправдовуючи поведінку. Замість реалізації творчого потенціалу вона вдається до механізмів когнітивного дисонансу, що знижує рівень функціонування свідомості за рахунок девальвації її творчої функції [69, с. 105].

Емоційно-ціннісний компонент вектору зниження самосвідомості представлений комплексом неповноцінності, заниженою самооцінкою, втратою самоповаги й порушеним самостваленням [131]. Пережите в дитинстві психологічне насильство та досвід емоційної депривації істотно впливають на формування самооцінки й базового ставлення до себе [61].

Якщо в дитинстві дитина систематично зазнавала принижень, постійних порівнянь або їй нав'язували почуття провини, у дорослому віці це може призводити до втрати віри у власні можливості та цінність. Такий досвід формує схильність до самоприниження, підвищену тривожність щодо власної

«недостатності», а також потребу в постійному зовнішньому підтвердженні значущості.

Водночас можливою реакцією на ранній травматичний досвід стає гіперкомпенсаторна поведінка, спрямована на надмірне доведення власної спроможності та значущості. Обидві стратегії – як самознецінення, так і гіперкомпенсація – свідчать про внутрішню нестабільність «Я»-концепції та дефіцит базового почуття самоприйняття.

Система цінностей людини, яку вона репрезентує собі й світу, безпосередньо пов'язана з її особистісним сенсом життя. Втрата цього сенсу призводить до стану, який В. Франкл означив як екзистенційний вакуум – внутрішню порожнечу, що позбавляє людину відчуття спрямованості та значущості власного існування. В екзистенційній психології сенс життя розглядається як фундаментальна внутрішня структура, яка забезпечує цілісність особистості, здатність витримувати життєві труднощі та усвідомлення цінності власного життя. Втрата сенсу означає стан, у якому попередні цінності та життєві цілі перестають виконувати мотиваційну й підтримувальну функцію, не надихають і не надають відчуття значущості, водночас нові смисли не формуються. У такому стані людина часто діє автоматично, не усвідомлюючи, заради чого здійснює ті чи інші дії, що супроводжується переживанням внутрішньої порожнечі та екзистенційної безпорадності [61].

В. Франкл підкреслював, що екзистенційний вакуум виявляється апатією, депресивними станами та схильністю до адиктивної або компульсивної поведінки [106, с. 159]. За відсутності відчуття сенсу життєві страждання переживаються як безглузді та непосильні. У цьому контексті екзистенційна тривога постає як глибоке внутрішнє занепокоєння, пов'язане з усвідомленням власної смертності, обмеженості часу та відповідальності за здійснюваний вибір.

Адиктивна поведінка нерідко виконує функцію втечі від екзистенційної тривоги та внутрішньої порожнечі, слугуючи своєрідною «псевдо-опорою», що тимчасово замінює втрачений контакт із власним «Я». Втрата сенсу життя часто супроводжується духовною кризою, яка виявляється у формі ціннісної

дезорієнтації та розриву з глибинними екзистенційними потребами особистості. У такому випадку залежність постає як сурогатний механізм заповнення внутрішньої порожнечі. У межах духовно орієнтованого підходу першопричини адиктивної поведінки пов'язують із порушенням ціннісно-сислової сфери та втратою внутрішньої опори. Н. Матейко зазначає, що залежність може формуватися на тлі духовної дезорієнтації, переживання внутрішньої порожнечі й зниження відповідальності за власний життєвий вибір, а вживання виступає способом тимчасово «заглушити» ці переживання та уникнути їх осмислення [50]. До ознак духовної кризи, за О. Климишин, належать: руйнування свободи як онтичної властивості людини; нівелювання власної суб'єктності; моральний релятивізм; почуттєва «атрофія»; десакраменталізація [30, с. 9].

До регулятивного компоненту належать вивчена безпорадність, низька адаптивність, зниження саморегуляції та втрати самоконтролю [277]. Людина з комплексом неповноцінності може потрапити у стан вивченої безпорадності, коли переконання у власній неспроможності підкріплюється досвідом невдач. За М. Селігманом, предикторами цього є відсутність самостійності в дитинстві, досвід несприятливих подій і спостереження за безпорадними людьми.

Між феноменами комплексу неповноцінності та вивченої безпорадності існує тісний зв'язок, оскільки вони взаємно підсилюють один одного. У першому випадку безсилля формує стале відчуття неспроможності, у другому – відсутність віри у власні сили перекриває орієнтацію на успіх. Навіть за наявності позитивних змін людина не здатна їх усвідомити чи адекватно оцінити, формуючи фіксований образ себе як «неспроможного».

Важливим чинником є низька адаптивність і недостатня емоційна регуляція, що ускладнюють здатність реагувати на життєві зміни. Низька адаптивність ускладнює соціальне функціонування, підвищує рівень стресу й розгубленості, створює труднощі у прийнятті рішень. Люди з низьким рівнем емоційної саморегуляції мають труднощі в усвідомленні, контролі та вираженні емоцій. Це виявляється у надмірних реакціях, імпульсивності, емоційному вигоранні та складнощах у відновленні після стресу [204]. Невміння розуміти власні емоції

породжує непорозуміння в міжособистісних стосунках, що посилює схильність до уникання й втечі в алкоголь.

Отже, можна зробити висновок, що, у межах даного дослідження самосвідомість розглядається як інтегративне багатовимірне психологічне утворення, що відображає усвідомлення особистістю власного «Я», його цілісності, безперервності та суб'єктності й забезпечує регуляцію поведінки, емоційних станів і життєдіяльності загалом. Вона формується у процесі взаємодії нейробіологічних механізмів центральної нервової системи, індивідуального досвіду та соціального середовища та функціонує як динамічна система когнітивного, емоційно-ціннісного й регулятивного компонентів, узгоджена робота яких забезпечує здатність особистості до рефлексії, саморегуляції, побудови ідентичності та адаптивної взаємодії з соціальною реальністю.

У чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості самосвідомість зазнає системних деформацій, зумовлених поєднанням нейробіологічної вразливості, травматичного досвіду та дисфункційних соціальних впливів, що проявляється у зниженні інтегрованості її компонентів, розмитості ідентичності, порушенні саморегуляції та звуженні суб'єктної позиції особистості.

Вище подана авторська концептуальна модель самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості дає змогу окреслити подальші вектори дослідження, зокрема емпіричну складову, спрямовану на виявлення психологічних особливостей функціонування самосвідомості та обґрунтування ефективних методів психологічної інтервенції для цієї категорії осіб.

Виходячи з теоретичного аналізу, здійсненого у розділі першому, можна зробити такі висновки.

У розділі I розкрито зміст і структуру феномену самосвідомості у сучасному психологічному дискурсі, проаналізовано основні підходи до її розуміння та визначено місце самосвідомості у системі особистісного розвитку чоловіків раннього дорослого віку. Показано, що самосвідомість є складним інтегративним утворенням, яке формується у процесі онтогенезу та забезпечує цілісність Я-

образу, здатність до рефлексії, саморегуляції та усвідомленого вибору життєвих стратегій.

Узагальнення психологічних концепцій дозволило встановити, що у структурі самосвідомості виокремлюються когнітивний, емоційно-ціннісний та регулятивний компоненти, узгодженість яких визначає рівень інтегрованості Я-концепції. Підкреслено, що самосвідомість не зводиться до окремих актів самоусвідомлення, а функціонує як динамічна система, що опосередковує переживання суб'єктності, відповідальності та автономії особистості.

Аналіз особливостей розвитку самосвідомості у ранньому дорослому віці показав, що цей період є сенситивним для формування стабільних уявлень про себе, життєвих цілей і ціннісних орієнтацій. Разом із тим рання дорослість супроводжується нормативними кризами, підвищеним рівнем психологічного навантаження та необхідністю адаптації до соціальних і професійних вимог, що за несприятливих умов може призводити до зниження рефлексивності та порушення саморегуляції.

Розгляд нейробіологічних механізмів розвитку алкогольної залежності дозволив встановити, що адиктивна поведінка пов'язана з дисфункцією систем винагороди, порушенням виконавчого контролю та емоційної регуляції, що безпосередньо впливає на процеси самореференції та цілісність самосвідомості. Хронічна алкогольна залежність супроводжується поступовою деформацією Я-структури, зниженням здатності до усвідомленого контролю поведінки та формуванням імпліцитної адиктивної ідентичності.

У межах розділу обґрунтовано доцільність біопсихосоціального підходу до аналізу самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю, який дозволяє інтегрувати нейробіологічні, психологічні та соціальні чинники її порушення. Це дало змогу сформулювати теоретичні передумови для побудови авторської концептуальної моделі самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю та визначити логіку подальшого емпіричного дослідження.

Таким чином, результати теоретичного аналізу, представлені у розділі першому, створили концептуальне підґрунтя для вивчення структурно-

функціональних деформацій самосвідомості у чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю та зумовили вибір методичного інструментарію і напрямів емпіричної перевірки, що розкриваються у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОСВІДОМОСТІ ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

2.1. Програма емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю

Для вивчення особливостей самосвідомості чоловіків, які мають досвід залежності від алкоголю, було організовано емпіричне дослідження, що реалізовувалося у кілька послідовних етапів. Кожен із цих етапів мав власну логіку, завдання та результати, що разом створили цілісну картину досліджуваного феномена.

Етап 1. Теоретико-методологічне обґрунтування. Першим кроком стало здійснення системного аналізу наукових джерел, присвячених проблемі самосвідомості особистості та її особливостям в умовах адиктивної поведінки.

Ми виходили з інтегративно-особистісного підходу, за яким, як відмічав Г.Балл «досягти якісних проривів у пізнанні надскладних об'єктів психологічних досліджень можна лише через діалогічну взаємодію різних концепцій, підходів, парадигм» [3, с.3]. Попри існування різних особистісних підходів, дослідник підкреслює, що набагато перспективнішою за будь-який з однобічних варіантів була б його синтетична (інтегративна) версія...., – , інтегративно- особистісний підхід, який би згадану однобічність долав» [2; с. 26]

Відтак нами опрацьовано сучасні концепції структури самосвідомості, зокрема її когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів, а також наукові праці, що описують зміни цих характеристик під впливом адиктивної поведінки. Додатковою підставою для інтегративної логіки дослідження є інтерпретація залежності не лише як симптомокомплексу, а як специфічного способу регуляції внутрішньої напруги, що реалізується через звуження усвідомлення, уникнення афективного переживання та порушення механізмів саморегуляції. На основі узагальнення літературних джерел було

сформовано понятійно-категоріальний апарат і визначено операціональні показники, необхідні для емпіричного дослідження.

У межах теоретичного аналізу, представленого у розділі першому, було уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження та обґрунтовано структурні компоненти самосвідомості як інтегративного психологічного утворення. Це дало змогу визначити операціональні показники, необхідні для емпіричного вивчення особливостей самосвідомості чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю, а також окреслити логіку добору психодіагностичного інструментарію та послідовність проведення емпіричного дослідження.

Виходячи з положень теоретичного аналізу, сформульовано робочу гіпотезу дослідження, яка полягає у припущенні, що самосвідомість чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю зазнає структурно-функціональних деформацій, що проявляються у порушенні узгодженості між когнітивним, емоційно-ціннісним та регулятивним компонентами. Передбачається, що ці деформації пов'язані з рівнем алкогольної залежності, психологічними станами особистості, її особистісними характеристиками та рівнем психологічного благополуччя. Порушення узгодженості між компонентами самосвідомості супроводжується зростанням психоемоційного напруження, зниженням відчуття життєвої реалізованості та стресостійкості, фрагментацією смислової сфери, що ускладнює процеси саморегуляції особистості.

Етап 2. Вибір та обґрунтування інструментарію. Другим важливим кроком стало формування комплексу методик, здатних найбільш повно охопити поставлену проблему. Для цього було підібрано стандартизовані опитувальники, які дозволяють кількісно виміряти рівень самоповаги, локус контролю, суб'єктивне відчуття стресу, параметри саморегуляції та психологічного благополуччя.

Поряд із цим застосовано проєктивні методики, що забезпечують якісне вивчення образів, ідентичностей та внутрішніх конфліктів респондентів. До цього блоку увійшли методика «Хто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд, модифікація Т. Рум'янцевої), яка дозволила виявити провідні ідентифікаційні характеристики та

уявлення про власне «Я», та методика незакінчених речення (модифікований варіант), що дала змогу виявити приховані установки, цінності та амбівалентні ставлення до значущих сфер життя.

Додатково використано авторську анкету, яка містила як блок соціально-демографічних запитань (вік, освіта, сімейний стан, місце проживання), так і спеціально розроблені дослідницькі питання, спрямовані на уточнення індивідуального досвіду залежності та перебігу реабілітаційного процесу.

Важливо, що до обраного інструментарію було висунуто критерії валідності, надійності та відповідності етичним нормам, а також забезпечено зрозумілість формулювань для респондентів. На цьому етапі прописано інструкції для учасників, правила кодування й підрахунку результатів, у тому числі реверсне кодування там, де воно необхідне.

Етап 3. Побудова вибірки та організація дослідження. Вибірка дослідження була сформована за принципом доступної вибірки серед осіб, які проходили програми відновлення в реабілітаційному центрі. До неї увійшли 134 чоловіки віком від 20 до 40 років, які на момент обстеження перебували на різних етапах реабілітаційного процесу. Дослідження проводилося у період з 2021 по 2024 роки на базі центру «Крок за кроком», який згодом було перейменовано на «Відновлення» (м. Львів). Усі учасники брали участь на добровільних засадах і надавали інформовану згоду. Для забезпечення конфіденційності кожному респонденту було присвоєно унікальний код, що дозволило відокремити результати дослідження від персональних даних.

Етап 4. Збір емпіричних даних. Збір даних відбувався за єдиним протоколом. Спочатку учасники заповнювали анкету первинних даних, далі виконували стандартизовані методики й проєктивне завдання. В окремих випадках, коли відповідь потребувала уточнення, проводилися індивідуальні бесіди або короткі напівструктуровані інтерв'ю, що дозволяли краще зрозуміти зміст висловлювань респондентів. Відповідно, дані були зібрані у двох форматах: кількісному (результати стандартизованих тестів) та якісному (проєктивні висловлювання та інтерв'ю).

Етап 5. Первинна обробка результатів. На етапі первинної обробки було здійснено перевірку повноти й коректності заповнення протоколів. Анкети з суттєвими пропусками або неправильним виконанням були вилучені з подальшого аналізу. Всі результати були закодовані, занесені у базу даних і згруповані за напрямками: когнітивний компонент самосвідомості, емоційно-ціннісний компонент, регулятивний компонент. На цьому ж етапі обчислено субшкальні та інтегральні індекси, підготовлено масив для подальшої статистичної обробки.

Етап 6. Статистичний аналіз. З метою виявлення закономірностей у структурі самосвідомості та зв'язків між її складовими було застосовано різні статистичні методи. Спочатку проведено описову статистику (середні значення, стандартні відхилення, розподіли показників). Далі виконано кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона, що дозволило визначити взаємозв'язки між окремими характеристиками самосвідомості, а також між ними та додатковими змінними (наприклад, рівнем стресу чи інтернальності). Наступним кроком став факторний аналіз, який дав змогу виявити латентні структури, що об'єднують окремі показники у більш узагальнені компоненти. Для цього перевірено придатність даних (КМО та критерій Бартлетта), проведено обертання Varimax та здійснено інтерпретацію факторних навантажень. У результаті було виокремлено змістовні фактори, які описують внутрішню організацію самосвідомості чоловіків із залежністю.

Етап 7. Інтерпретація та формування висновків. Завершальний етап включав інтеграцію кількісних і якісних результатів. Отримані дані дозволили описати специфіку когнітивного самовизначення, ставлення до себе, образів минулого та майбутнього, міжособистісних відносин. Кореляційний аналіз показав ключові взаємозв'язки між низкою характеристик (наприклад, рівнем самоповаги та почуттям безпорадності), тоді як факторний аналіз окреслив узагальнену модель структурних компонентів самосвідомості. Інтерпретація результатів дала змогу визначити провідні зони деформацій та потенційні ресурси, що можуть бути задіяні в психологічного супроводу.

Отже, емпіричне дослідження було організовано як послідовний, методологічно узгоджений процес, що включав: (1) теоретико-методологічне обґрунтування та операціоналізацію конструктів; (2) добір психодіагностичного інструментарію; (3) формування вибірки й організацію процедури; (4) збір емпіричних даних; (5) первинну обробку та кодування; (6) застосування методів математико-статистичного аналізу; (7) інтеграцію кількісних і якісних результатів та формування висновків. Така логіка забезпечила відтворюваність дослідницької процедури, зіставність показників і можливість перевірки висунутої робочої гіпотези. Узагальнену схему організації емпіричного дослідження подано в додатку Б.

У такому разі, подана у додатку структура етапів емпіричного дослідження відображає послідовний рух від теоретичного обґрунтування проблеми до збору та багаторівневої обробки емпіричних даних. Використання цілісного комплексу методик дало змогу дослідити самосвідомість чоловіків з алкогольною залежністю як багатовимірне психологічне утворення, у якому поєднуються когнітивні, емоційно-ціннісні та поведінкові компоненти. Застосування як стандартизованих, так і проєктивних інструментів дозволило отримати як кількісні, так і якісні характеристики, що суттєво підвищило достовірність та надійність результатів.

Розподіл збору емпіричних даних у межах кількох часових періодів (2021–2024 рр.) дав можливість сформувати сукупну вибірку та простежити сталі закономірності проявів самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю в умовах різних соціально-психологічних контекстів. Первинна та статистична обробка даних, виконана у 2025 році, забезпечила виявлення ключових взаємозв'язків між досліджуваними показниками та виокремлення латентних структур, що визначають специфіку деформацій і потенційних ресурсів самосвідомості. Отриманий емпіричний матеріал створює наукове підґрунтя для подальшої інтерпретації результатів і формування узагальнених висновків щодо психологічних особливостей чоловіків з алкогольною залежністю.

Вибірку емпіричного дослідження становили 134 чоловіки віком від 20 до 40 років, які мали досвід систематичного зловживання алкоголем. Формування

вибірки здійснювалося з урахуванням визначених критеріїв включення, що забезпечило можливість отримання достовірних і порівнянних результатів. Емпіричне дослідження проводилося на базі соціально-психологічного центру «Відновлення» м. Львів у період 2021–2024 років, що підтверджується відповідною довідкою про проходження практики (додаток Ф).

Критерії включення: чоловіча стать; вік 20–40 років; наявність анамнестичних даних або діагностичних ознак проблемного вживання алкоголю; участь у програмі психологічно-соціальної реабілітації; збережена здатність до розуміння інструкцій та надання інформованої згоди.

Критерії виключення: перебування у стані гострої алкогольної інтоксикації або вираженого абстинентного синдрому на момент обстеження; наявність когнітивних порушень, що істотно ускладнюють виконання дослідницьких методик; гострі психотичні симптоми; відмова від участі у дослідженні або неповне виконання дослідницьких процедур.

Середній вік учасників становив близько 30 років, що дозволяє розглядати вибірку як відносно однорідну за віковим критерієм. Соціально-демографічний аналіз охоплював рівень освіти, місце проживання, сімейний стан, матеріальне забезпечення, а також тривалість уживання алкоголю й періоди утримання.

За рівнем освіти більшість учасників мали професійно-технічну освіту – 45 респондентів (33,5%). Повну загальну середню освіту мали 17 респондентів (12,7%), базову середню – 10 респондентів (7,5%), неповну вищу – 28 респондентів (20,9%), а повну вищу – 34 респондента (25,4%).

Щодо місця проживання, переважали мешканці міст – 101 респондент (75,4%). У районних центрах проживали 15 учасників (11,2%), у сільській місцевості – 18 респондентів (13,4%).

За сімейним станом 47 респондентів (35,1%) перебували у шлюбі, 63 (47,0%) були неодруженими, 22 (16,4%) – розлученими, а 2 (1,5%) – вдівцями. Аналіз соціального статусу (зайнятості) показав, що найбільшу групу становили непрацевлаштовані – 56 респондентів (41,8%). Частково працевлаштованими

виявилися 24 учасників (17,9%), стабільну повну зайнятість мали 44 респонденти (32,8%), тоді як 10 респондентів (7,5%) – військові.

Аналіз тривалості зловживання алкоголем показав, що 26 осіб (19,4%) мали досвід уживання протягом року, 34 (25,4%) – у межах двох років, 46 (34,3%) – близько трьох років, тоді як 28 учасників (20,9%) повідомили про досвід уживання понад чотири роки.

За таких умов, сформована вибірка характеризується достатньою варіативністю соціально-демографічних і життєвих показників, що створює підґрунтя для аналізу особливостей самосвідомості чоловіків із досвідом алкогольної залежності.

Соціально-демографічні та життєві показники учасників подано узагальнено в таблиці 2.1. Вона дає змогу побачити як загальну структуру вибірки, так і специфіку окремих груп респондентів, що важливо для подальшого аналізу психологічних характеристик.

Отримані результати соціально-демографічного опису вибірки свідчать про її структурну варіативність та достатність для розв'язання поставлених завдань дослідження. Представлені показники дають змогу простежити специфіку респондентів за ключовими параметрами (освіта, місце проживання, сімейний стан, тривалість зловживання алкоголем), що створює необхідні умови для подальшого аналізу психологічних характеристик. Водночас умови проведення дослідження дозволили мінімізувати вплив гострих станів, пов'язаних із уживанням алкоголю, та забезпечити відносну стабільність психоемоційного стану учасників на момент обстеження. Сукупність зазначених чинників підвищує достовірність отриманих емпіричних даних і створює методологічні передумови для поглибленого аналізу особливостей самосвідомості чоловіків із досвідом алкогольної залежності.

Таблиця 2.1.

Характеристика вибірки (N=134)

Категорія	Кількість	Відсоток
Освіта: повна загальна середня	17	12,7 %
Освіта: базова загальна середня	10	7,5 %
Освіта: неповна вища	28	20,9 %
Освіта: повна вища	34	25,4 %
Освіта: професійно-технічна	45	33,5 %
Місце проживання: місто	101	75,4 %
Місце проживання: районний центр	15	11,2 %
Місце проживання: село	18	13,4 %
Сімейний стан: одружені	47	35,1 %
Сімейний стан: неодружені	63	47 %
Сімейний стан: розлучені	22	16,4 %
Сімейний стан: вдівці	2	1,5 %
Соціальний статус: непрацевлаштований	56	41,8%
Соціальний статус: Частково працевлаштований	24	17,9%
Соціальний статус: Повна зайнятість	44	32,8%
Соціальний статус: військовий	10	7,5%
Тривалість зловживання: 1 рік	26	19,4 %
Тривалість зловживання: 2 роки	34	25,4 %
Тривалість зловживання: 3 роки	46	34,3 %
Тривалість зловживання: понад 4 роки	28	20,9 %

Основні результати емпіричного дослідження апробовано у науковій публікації автора: Чернявська Н. В. [115], у якій представлено узагальнення емпіричних даних та їх інтерпретацію відповідно до поставлених завдань дослідження.

2.2. Методи та процедура емпіричного дослідження

У рамках дослідження було поєднано метод анкетування та стандартизовані психодіагностичні інструменти, що забезпечило отримання як соціально-демографічних характеристик вибірки, так і комплексної інформації про психологічні особливості респондентів. Далі подано опис використаних методик:

1) *Соціально-демографічна анкета*. Використовувалась авторська анкета для збирання основних характеристик респондентів: вік, освіта, сімейний стан, місце проживання (місто/село), зайнятість, тривалість зловживання алкоголем, тривалість ремісії, а також інші соціальні змінні, необхідні для аналізу (Додаток Д).

2) *Мічиганський алкогольний скринінговий тест (MAST)* [278]. Застосовувався для кількісної оцінки ступеня вираженості алкогольної залежності та її впливу на функціонування особистості (Додаток Е).

Мічиганський алкогольний скринінговий тест (Michigan Alcohol Screening Test - MAST) був розроблений американським психологом М. Сельзером у 1971 р. і став одним із перших стандартизованих інструментів для виявлення проблем, пов'язаних з уживанням алкоголю [278]. Методика є формою диференціального самозвіту, що дозволяє оцінювати не тільки частоту та кількість уживання спиртних напоїв, а й широкий спектр соціальних, поведінкових та психологічних наслідків, які супроводжують адиктивну поведінку.

Оригінальна версія MAST включає 24 питання, які охоплюють ключові аспекти: вживання алкоголю, стан здоров'я, проблеми в сім'ї та професійній сфері, юридичні труднощі, а також індивідуальне усвідомлення респондентом власного вживання. Ця структура робить тест інформативним та дозволяє виявити як явні, так і приховані ознаки залежності.

В українському науковому контексті адаптацію методики здійснила О.Сердюк (2019), яка запропонувала її використання для скринінгу вживання алкоголю та короткострокового втручання у підлітковій і молодіжній популяції. Це підтвердило універсальність і можливість застосування тесту в умовах вітчизняної практики [91].

Система інтерпретації результатів MAST:

0-3 бали – відсутність клінічно значущих проблем;

4 бали – зона ризику, що вказує на початкові труднощі, пов'язані з уживанням алкоголю;

5-6 балів – середній рівень ризику, що потребує подальшої діагностики;

7 і більше балів – високий рівень імовірності сформованої алкогольної залежності, що вимагає спеціалізованої допомоги.

Відтак, MAST підтверджений оглядовими та метааналітичними дослідженнями, а також адаптований для українських умов, є валідним і надійним інструментом, придатним для використання як у клінічній, так і в дослідницькій практиці.

3) *Методика О. Штени «Особистісної здійсненності»* [125]. Допомагає дослідити ступінь реалізації внутрішнього потенціалу особистості та визначити ціннісно-екзистенційні орієнтири (Додаток М).

Методика базується на уявленні про особистість як суб'єкта життєтворчості та дозволяє дослідити ступінь реалізації внутрішнього потенціалу й узгодженості цілей і цінностей. Вона охоплює такі структурні компоненти: чіткість постановки цілей, прийняття іншого, зовнішня форма особистісного здійснення, продуктивне усамітнення, життєва мудрість і відповідальність. Окрім того, методика містить інтегральний показник загального рівня особистісної здійсненності.

Апробація інструменту показала високі психометричні характеристики: внутрішня узгодженість шкал за α Кронбаха варіюється від 0,72 до 0,86, а ретестова надійність перебуває у межах $r = 0,78-0,84$ [125]. Надійність і валідність опитувальника підтвержені подальшими емпіричними дослідженнями, де він використовувався для аналізу психологічних чинників ресурсності особистості та особливостей її самореалізації [125; 79]. Це дозволяє вважати його ефективним інструментом у вивченні самосвідомості та її трансформацій у контексті адиктивної поведінки.

Шкали опитувальника «Опитувальник особистісної здійсненності» (О. С. Штени):

- **чіткість постановки цілей.** Ця шкала відображає здатність індивіда формулювати значущі життєві цілі, усвідомлювати їхню важливість та послідовно реалізовувати. Високі показники свідчать про наявність чіткої життєвої перспективи, що забезпечує відчуття спрямованості та смислу. Низькі бали, навпаки, можуть вказувати на невизначеність, труднощі в самовизначенні та домінування ситуативних мотивів;

- **прийняття іншого.** Шкала відображає рівень емпатійності, відкритості до соціальних контактів та толерантності до відмінностей. Високі показники характеризують особу як здатну до продуктивної взаємодії, емоційного відгуку та партнерства. Низькі значення можуть свідчити про відчуженість, труднощі у побудові міжособистісних стосунків і переважання егоцентричної позиції;

- **зовнішня форма особистісного здійснення.** Відображає ступінь самореалізації у соціальній, професійній та рольовій сферах. Високі показники демонструють гармонійне включення у соціум, досягнення у професійній діяльності та адекватне виконання соціальних ролей. Низькі бали можуть сигналізувати про дефіцит активності, соціальну дезадаптацію або незадоволеність досягнутими результатами;

- **продуктивне усамітнення.** Шкала вимірює здатність особистості до саморефлексії, внутрішнього діалогу та конструктивного перебування наодинці з собою. Високі результати вказують на розвинену рефлексивність і внутрішню гармонію, тоді як низькі можуть відображати страх самотності, уникнення внутрішніх переживань або недостатню здатність до інтроспекції;

- **життєва мудрість.** Цей компонент відображає інтеграцію життєвого досвіду, сформованість системи цінностей та здатність робити виважені рішення. Високі показники свідчать про зрілість особистості, наявність стратегічного бачення життя та гармонізацію минулого, теперішнього і майбутнього. Низькі значення можуть відображати імпульсивність, поверховість або брак узагальнених ціннісних орієнтирів;

- **відповідальність.** Шкала характеризує усвідомлення особистістю власної ролі у здійсненні життєвих завдань і готовність брати на себе зобов'язання. Високі

показники означають високий рівень самоконтролю, відповідальне ставлення до вибору та наслідків дій. Низькі свідчать про уникнення відповідальності, інфантильність або зовнішній локус контролю;

• **інтегральний показник особистісної здійсненності.** Обчислюється як сукупний індекс усіх шести шкал і відображає загальний рівень гармонійності самореалізації особистості. Високі значення інтегрального показника характеризують збалансовану структуру самосвідомості, тоді як зниження свідчить про наявність фрагментацій чи деформацій у системі життєвих цінностей і цілей.

3) *Шкала сприйнятого стресу* (PSS [173]; укр. адаптація О. О. Вельдбрехт, Н. І. Тавровецька [9]).

Для оцінювання суб'єктивного рівня психологічного напруження у респондентів була застосована шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS), розроблена Ш. Коеном, Т. Камарком та Р. Мермелштейном (1983). Дана методика є одним із найбільш поширених інструментів у світовій психологічній практиці для вивчення того, наскільки особистість сприймає власне життя як перевантажене, непередбачуване та неконтрольоване [173] (Додаток К).

Вона включає 10 тверджень, що оцінюють ступінь напруження, переживання безсилля та здатність контролювати ситуації протягом останнього місяця. Відповіді подаються за п'ятибальною шкалою Лайкерта («ніколи» – «дуже часто»). Загальний бал дозволяє визначити рівень сприйнятого стресу: низький (менше 20 балів), середній (20-26 балів), високий (27 і більше балів).

В українському контексті адаптація та апробація шкали PSS-10 проведена у дослідженні О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької та І. Орлової (2022), що підтвердило її валідність і надійність навіть в умовах воєнного стану. Це дозволило ефективно застосовувати інструмент для виявлення рівнів психологічного напруження та аналізу індивідуальних відмінностей у вибірці респондентів із різним рівнем залежної поведінки [8].

Використання шкали сприйнятого стресу (PSS-10) у дослідженні забезпечило об'єктивну кількісну оцінку суб'єктивного досвіду стресу та дало змогу простежити його взаємозв'язок із характеристиками самосвідомості респондентів.

5). *Шкала самоповаги (М. Розенберг)* [264]. Для вимірювання рівня глобальної самоповаги у дослідженні використано шкалу самоповаги Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES), створену М.Розенберга (1965). Вона є одним із найбільш відомих та поширених у світі інструментів для оцінювання загального позитивного чи негативного ставлення особистості до себе [264] (Додаток Л).

Опитувальник складається з 10 тверджень, половина з яких має позитивне формулювання, а половина – негативне. Респонденти оцінюють свою згоду з кожним твердженням за 4-бальною шкалою Лайкерта («цілком згоден» - «категорично не згоден»). Для отримання підсумкового балу негативні пункти реверсуються, після чого підраховується загальний індекс самоповаги. Вищі показники свідчать про стійке позитивне ставлення до себе, нижчі – про схильність до заниженої самооцінки та невпевненості у собі.

Під час формування комплексу психодіагностичних методик використовувалася поширена українська версія шкали, яка застосовувалася у вітчизняних наукових дослідженнях. У подальшому здійснена валідація та оприлюднена українська адаптація методики [9] підтвердила коректність її використання в українському соціокультурному контексті.

б) *Методика «Стиль саморегуляції поведінки»* (Цит.: за *Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки», КПІ, 2018, с. 3–7*) [68]. Дає можливість оцінити планування, моделювання, програмування дій, оцінку результатів, гнучкість та самостійність, а також інтегральний показник саморегуляції як регулятивний компонент самосвідомості (Додаток Н).

Цей інструмент спрямований на оцінювання рівня розвитку саморегуляції як цілісної системи внутрішніх механізмів, що забезпечують усвідомлене планування, організацію та контроль власних дій у процесі досягнення цілей.

Методика включає шість базових шкал: планування (здатність формулювати завдання та визначати послідовність їх виконання), моделювання (уміння передбачати умови та результати діяльності), програмування (побудова внутрішнього плану реалізації намічених дій), оцінка результатів (співвіднесення досягнутого результату з початковими намірами), гнучкість (здатність змінювати

плани залежно від ситуації) та самостійність (незалежність у прийнятті рішень і виконанні завдань). Окрім того, розраховується інтегральний показник загального рівня саморегуляції, що відображає узгодженість функціонування всієї системи [128].

У вітчизняних публікаціях та освітніх програмах підкреслюється, що методика має належні психометричні характеристики, забезпечує можливість комплексної оцінки індивідуальних відмінностей і широко використовується у дослідженнях, присвячених вивченню регуляторних механізмів поведінки [64]. Це робить її доцільним і науково обґрунтованим інструментом для включення в дисертаційне дослідження.

7) *Опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» (за Дж. Роттером)* [265]. Використана для визначення уявлень про контроль над життєвими подіями (інтернальність-екстернальність) як когнітивної складової самосвідомості (Додаток Ж).

Локус контролю визначається як генералізована очікуваність того, що життєві події залежать від власних дій (інтернальність) або від зовнішніх факторів – випадку, інших людей чи обставин (екстернальність). Первинна концепція локусу контролю була запропонована у класичній роботі Дж. Роттера (1966), де він окреслив базові відмінності між інтерналами та екстерналами [265].

Методика дозволяє оцінити рівень інтернальності у таких сферах: загальна інтернальність, досягнення, невдачі, сімейні відносини, професійні відносини, міжособистісні стосунки, здоров'я та хвороби. Високий рівень інтернальності свідчить про готовність брати відповідальність за власне життя, тоді як екстернальність означає схильність покладати результати на зовнішні чинники.

В українських умовах питання локусу контролю у взаємозв'язку із соціальною відповідальністю аналізував Ковальчук (2014), що підкреслює значущість цього конструкта для досліджень особистісного функціонування в соціальному контексті [34].

8) *PERMA-Профайлер (М. Селігман; адапт. О. Савченко, Д. Лавриненко)* [83]. Інструмент для вимірювання багатовимірного психологічного благополуччя

(позитивні емоції, залученість, стосунки, сенс, досягнення) з додатковими шкалами (загальне благополуччя, негативні емоції, суб'єктивне здоров'я) (Додаток И).

Інструмент дозволяє оцінити п'ять базових компонентів добробуту: позитивні емоції, залученість, стосунки, сенс життя та досягнення. Додатково включені шкали загального благополуччя, негативних емоцій та суб'єктивного здоров'я, що забезпечує комплексну картину функціонування індивіда [162].

Опитувальник складається з 23 тверджень, що оцінюються за 11-бальною шкалою (0 – «зовсім ні», 10 – «дуже сильно»). Показники нижче 4 свідчать про низький рівень розвитку компонента, 4-6 – про середній рівень, понад 6 – про високий рівень благополуччя. Інтегральний профіль дозволяє визначити сильні та проблемні зони у структурі психологічного добробуту.

В українських умовах адаптація та апробація PERMA-Profilier була здійснена О. Савченко та Д. Лавриненком (2023), що підтвердило його валідність, надійність та придатність для використання у вітчизняних дослідженнях [83].

9) *Методика «Хто Я?»* (М. Кун, Т. Макпартленд) [228; 80, с.95-98]. Використовується для аналізу Я-ідентичностей і способів самовизначення. Відповіді можуть піддаватися контент-аналізу з виділенням категорій (Додаток З).

Її основою є вільне самовизначення особистості через відповіді на відкриті запитання типу «Хто я?», що дає змогу виявити індивідуальні уявлення про себе, провідні ролі та ціннісні орієнтації. Методика дає можливість аналізувати структуру самосприйняття, виявляти домінування соціальних чи індивідуальних характеристик, а також співвідношення особистісних і міжособистісних ідентичностей.

Зміст методики полягає у тому, що досліджуваному пропонується двадцять разів відповісти на запитання «Хто я?». Формулювання відповідей є вільними та можуть стосуватися різних сфер: соціальних ролей, особистісних рис, емоційних станів, цінностей або життєвих орієнтирів. Отримані висловлювання відображають індивідуальні уявлення про себе, дозволяють простежити структуру самосприйняття та співвідношення між соціальними й особистісними ідентичностями.

10) *Методика «Незакінчені речення»* [80, с. 55-60]. Доповнена авторськими позиціями, що відображають специфіку адиктивної поведінки (ставлення до минулого і майбутнього, родини, почуття провини, нереалізованих можливостей, сексуальної сфери тощо) (Додаток П).

Методика «Незакінчені речення» належить до числа найбільш поширених проєктивних технік досліджень особистості. Вона була розроблена Дж. Саксом і С. Леві з метою виявлення латентних установок, цінностей та внутрішніх конфліктів, що проявляються у спонтанних відповідях респондента на спеціально запропоновані початки речення [267]. Важливою особливістю методу є те, що відповіді не обмежуються жорсткими рамками і формуються під впливом актуальних емоційно-когнітивних процесів, завдяки чому дослідник отримує доступ до глибинних рівнів самосвідомості, зокрема тих, які важко виявити за допомогою стандартизованих опитувальників. Це дозволило поглибити аналіз когнітивних і емоційно-ціннісних компонентів самосприйняття та зробило методику чутливою до соціокультурного контексту.

Методика «Незакінчені речення», поєднуючи класичне підґрунтя й сучасні адаптації, є доцільним інструментом для вивчення особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю.

Модифікований варіант методики, використаний у даному дослідженні, охоплює п'ятнадцять основних тематичних блоків, які відображають ключові складові самосвідомості:

- **Ставлення до батька** – уявлення про батьківську фігуру, її значення та вплив.
- **Ставлення до себе** – образ «Я», самооцінка, самоприйняття.
- **Нереалізовані можливості** – втрачені життєві шанси, нереалізовані плани.
- **Ставлення до підлеглих** – уявлення про соціальну ієрархію, взаємини у структурі влади.
- **Ставлення до майбутнього** – очікування, рівень оптимізму чи песимізму.
- **Ставлення до начальника** – сприйняття керівництва та авторитетних фігур.

- **Страхи і побоювання** – провідні тривоги, внутрішні конфлікти, витіснені переживання.
- **Ставлення до друзів** – рівень довіри, відкритості, потреба у підтримці.
- **Ставлення до свого минулого** – характер оцінки власного життєвого досвіду.
- **Ставлення до осіб протилежної статі** – емоційно-ціннісні установки у міжстатевих стосунках.
- **Сексуальні взаємини** – відкритість, довіра, проблеми у сфері інтимного життя.
- **Ставлення до родини** – установки щодо сімейних цінностей, рівень близькості чи відчуження.
- **Ставлення до співробітників** – особливості взаємин у професійній діяльності.
- **Ставлення до матері** – образ матері, його вплив на формування особистості.
- **Почуття провини** – схильність до самообвинувачення, рівень внутрішнього контролю.

Окрім основних блоків, у цьому дослідженні було введено **спеціальну адиктивну шкалу**, що складалася з трьох запитань:

- «Я п'ю тому, що...»
- «Я п'ю для того щоб...»
- «Я живу для того, щоб...»

Ця шкала дозволила простежити особливості алкогольної мотивації та смисложиттєвих орієнтацій респондентів.

Система обробки результатів. Відповіді учасників кодувалися за трьохбальною шкалою:

3 бали – позитивна, конструктивна відповідь (оптимізм, прийняття, зрілість, довіра);

2 бали – нейтральна або унікальна відповідь (невизначеність, формальність, прочерк);

1 бал – негативна, конфліктна або деструктивна відповідь (агресивність, песимізм, тривога, самозвинувачення, залежні мотиви).

Для кожної шкали підраховувався середній бал за формулою:

$$M = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

де M – середнє значення шкали, x_i – бали за окремі відповіді, n – кількість відповідей у межах блоку.

Далі формувався інтегральний профіль самосвідомості респондента як середнє арифметичне всіх шкал.

Інтерпретація результатів. Низькі бали свідчать про негативне чи конфліктне ставлення, середні – про амбівалентність або уникнення, високі – про гармонійність і конструктивність. Аналіз індивідуальних профілів дозволяє виявити, які сфери самосвідомості найбільш уражені або деформовані залежністю. Окремий інтерес становить аналіз спеціальної адиктивної шкали, яка розкрила приховані мотиви вживання алкоголю та особливості смисложиттєвих орієнтацій чоловіків із залежністю.

Методика «Незакінчені речення» у модифікованому варіанті є ефективним інструментом вивчення структури самосвідомості, що поєднує якісний і кількісний аналіз. Вона дозволяє дослідити як традиційні сфери життя особистості (ставлення до себе, родини, батьків, друзів, минулого й майбутнього), так і специфічні прояви, пов'язані з адиктивною поведінкою. Використання цієї методики в комплексі з іншими інструментами (MAST, PERMA-Профайлер, шкала Розенберга, шкала сприйнятого стресу тощо) забезпечує багатовимірний аналіз самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю та створює можливість побудови інтегрального профілю, що відображає ключові особливості їхньої психологічної структури.

Для обробки даних, отриманих за психодіагностичними методиками та соціально-демографічною анкетною, було використано такі методи математико-статистичної обробки:

1. *Первинний описовий аналіз.* Для кожної шкали та показника обчислювалися середні значення, стандартні відхилення, мінімальні та

максимальні показники. Це дозволило визначити загальний рівень вираженості характеристик у вибірці та зробити попередні висновки щодо їх варіативності [32].

2. *Кореляційний аналіз.* Для визначення взаємозв'язків між змінними застосовувався коефіцієнт кореляції r Пірсона. Значення коефіцієнта інтерпретувалися за загальноприйнятою шкалою: слабкий (0,3-0,5), середній (0,5-0,7), сильний (понад 0,7). Додатні значення r відображали прямий зв'язок, від'ємні – зворотний. Значущими вважалися коефіцієнти при $p < 0,05$ та $p < 0,01$ [172; 203].

3. *Факторний аналіз.* Для виявлення латентних структур та інтегральних показників застосовано факторний аналіз. Перед початком розрахунків змінні були стандартизовані (переведені у Z-оцінки), що дало змогу порівнювати показники різних шкал. Подальша процедура включала: визначення вихідних змінних, попередній вибір кількості факторів, побудову матриці факторних навантажень, обертання та інтерпретацію факторів. Кінцевим етапом було обчислення факторних коефіцієнтів і оцінок. Аналіз виконувався у програмному середовищі Statistica [191; 214].

4. *Програмне забезпечення.* Для статистичної обробки застосовувалися Statistica та Microsoft Excel, що забезпечило як базову описову статистику, так і реалізацію багатовимірних методів [191; 214].

Водночас, з метою ґрунтовного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю було застосовано сукупність психодіагностичних інструментів: шкалу психологічного благополуччя (PERMA-профайлер), шкалу сприйнятого стресу (PSS-10), шкалу самоповаги (RSES), опитувальник локусу контролю Дж. Роттера, Мічиганський алкогольний скринінговий тест (MAST), Методика «Хто Я?», Методика «Незакінчені речення», опитувальник саморегуляції поведінки, методику «Опитувальник особистісної здійсненності» О. Штепи, а також авторську соціально-демографічну анкету. Для математичної обробки результатів дослідження використано методи математичної статистики, зокрема описову статистику, аналіз частотних розподілів, кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції r Пірсона (Pearson r) та факторний аналіз, проведений у програмному середовищі Statistica.

2.3. Результати емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю

Цей параграф містить опис використаних методик та особливості застосування. Підібрані інструменти дозволяють дослідити взаємозв'язки між самосвідомістю, поведінковими патернами, рівнем стресу, відповідальності та іншими психологічними характеристиками чоловіків із алкогольною залежністю, що є важливим для досягнення цілей цього дослідження.

З метою попередньої оцінки вираженості проблем, пов'язаних з уживанням алкоголю, було використано Мічиганський скринінговий тест на алкоголь (MAST). Аналіз результатів показав, що у більшості респондентів виявлено високі показники, які свідчать про значні проблеми, пов'язані з уживанням алкоголю. Зокрема, 122 особи (91%) отримали результати, які відносять їх до групи, де рекомендоване комплексне оцінювання розладів, пов'язаних з уживанням алкоголю. Це вказує на необхідність подальшої глибинної діагностики та обґрунтування доцільності індивідуалізованого психологічного або медичного супроводу. У 7 осіб (5%) зафіксовано межові показники, що свідчать про наявність ризику розвитку алкогольної залежності або про початкові прояви адиктивної поведінки та потребують подальшого клініко-психологічного уточнення.

Лише у 5 респондентів (4%) виявлено низькі показники за шкалою MAST, що свідчить про мінімальну актуальну вираженість адиктивної симптоматики та відсутність клінічно значущих алкогольних проблем за результатами скринінгу на момент дослідження.

Водночас слід зазначити, що перебування зазначених респондентів у реабілітаційному центрі було зумовлене не лише поточним рівнем адиктивної симптоматики, зафіксованим під час дослідження, а й анамнестичними даними, попередніми епізодами залежної поведінки, соціальними наслідками вживання алкоголю або рекомендаціями фахівців. У результаті, низькі показники за тестом MAST у частини вибірки можуть відображати стан стабілізації або ремісії, досягнутий у процесі реабілітації, а не відсутність проблеми в цілому.

Для наочності розподіл результатів представлено на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Розподіл результатів за шкалою MAST у досліджуваній вибірці

Рівень самореалізації та втілення особистісного потенціалу досліджувалися за допомогою опитувальника особистісної здійсненності О.Штепи, що дало змогу виявити індивідуальні відмінності у сформованості життєвих орієнтирів та гармонізації внутрішніх смислових структур. Отримані результати засвідчили, що більшість респондентів характеризуються низьким рівнем розвитку цих параметрів, тоді як випадки високого рівня зустрічаються поодинокі, відображаючи різний ступінь орієнтації на цілісність життєвого шляху та узгодженість внутрішнього досвіду.

Так, за шкалою «чітко поставлені цілі» низький рівень продемонстрували 96 осіб (72%), тоді як 38 учасників (28%) досягли середніх значень, і жоден респондент не потрапив до групи з високим рівнем. Подібна тенденція спостерігається й за показником «прийняття іншого»: переважна більшість – 114 осіб (85%) має низькі результати, тоді як 20 респондентів (15%) – середні, а високі відсутні.

За шкалою «зовнішня форма особистісної здійсненності» 100 учасників (75%) мають низький рівень, 24 осіб (18%) – середній і лише 10 респондентів (7%) – високий. Шкала «продуктивне усамітнення» виявила домінування низьких показників: усі 134 респондента (100%) продемонстрували низький рівень, середні та високі значення відсутні.

Надзвичайно подібна ситуація спостерігається й у вимірі «відповідальність за власний вибір»: майже всі опитані – 132 осіб (99%) показали низькі значення, тоді як лише 2 респондента (1%) потрапили до групи середнього рівня. За шкалою «внутрішня форма особистісної здійсненності» низький рівень зафіксовано у 92 учасників (69%), тоді як 42 респондента (31%) має середній, поза як високих значень немає. Щодо показника «загальний рівень особистісної здійсненності» у всіх респондентів – 134 осіб (100%) – він низький.

З огляду на це, результати вказують на загальну тенденцію низької реалізованості особистісного потенціалу серед респондентів. Водночас спостерігається певна варіативність за окремими шкалами: якщо «чітко поставлені цілі» та «прийняття іншого» мають частку середніх значень, то такі параметри, як «продуктивне усамітнення» та «загальний рівень особистісної здійсненності», виявляють абсолютну домінацію низьких показників. Це свідчить про недостатню сформованість стратегій особистісної самореалізації, що може бути пов'язано з впливом адиктивного способу життя, труднощами у сфері самоорганізації та зниженим рівнем внутрішніх ресурсів.

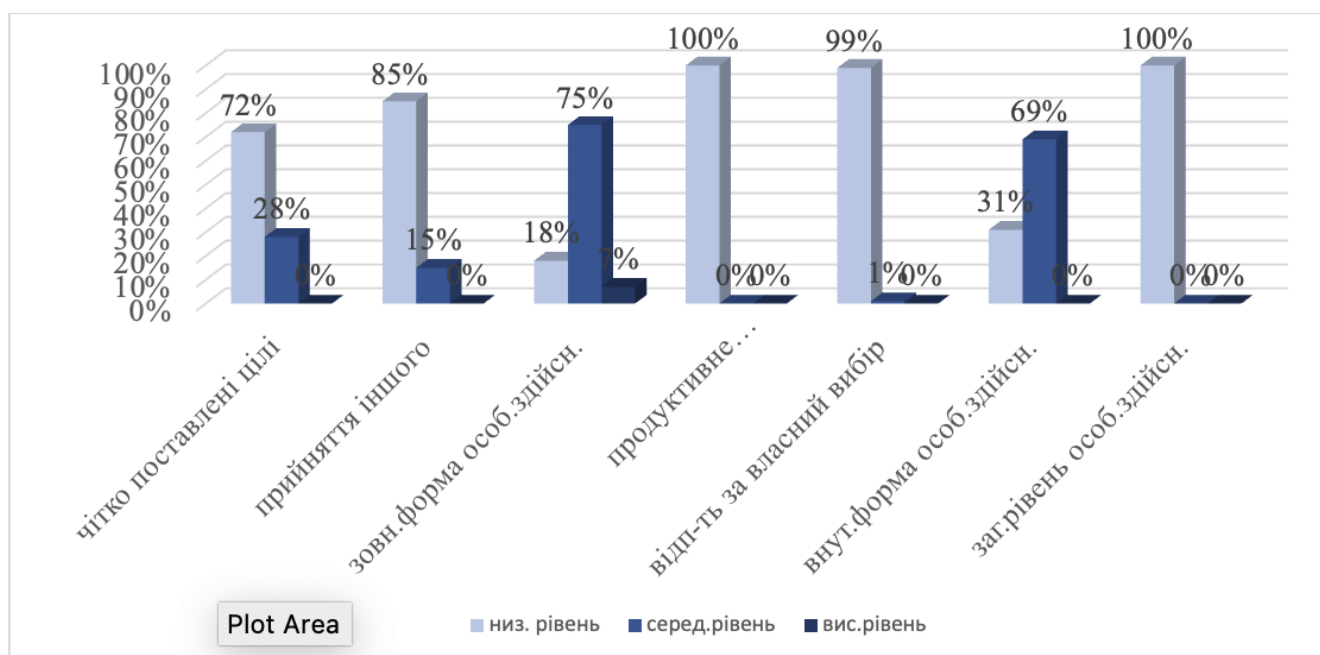


Рис. 2.2. Розподіл рівнів особистісної здійсненності серед респондентів (за методикою О.Штепи).

Як видно з рисунку 2.2., наочно простежується домінування низького рівня особистісної здійсненності за всіма компонентами, тоді як середні показники мають другорядний характер, а високі – майже не представлені. Це підтверджує отримані кількісні результати та відображає специфіку функціонування особистісного потенціалу осіб з досвідом адиктивної поведінки.

Рівень суб'єктивного сприйняття стресу оцінювався за допомогою шкали PSS-10, що дозволило визначити індивідуальні відмінності у переживанні життєвих труднощів та пов'язаної з ними психологічної напруженості. Отримані результати відображають ступінь відчуття безпорадності та труднощів у саморегуляції, які суттєво впливають на психологічне самопочуття та є важливим чинником для подальшого аналізу самосвідомості респондентів.

Отримані результати свідчать про те, що у вибірці з 134 осіб відсутні респонденти з низьким рівнем сприйняття стресу 0 осіб (0%), що вказує на загальну тенденцію до підвищеного емоційного напруження. Майже половина учасників – 64 особи (47,8%) продемонстрували середній рівень сприйнятого стресу, який у психологічній практиці трактується як компенсаторний стан з відносно

збереженими механізмами саморегуляції. Водночас більше половини досліджуваних – 70 осіб (52,2%) потрапили до групи з високим рівнем стресу, що свідчить про виражене суб'єктивне переживання напруження та значні труднощі у підтриманні психологічної рівноваги.

Для наочності отримані дані були відображені у вигляді кругової діаграми, яка демонструє відсутність низького рівня та пропорційне співвідношення середнього (48%) і високого (52%) рівнів сприйнятого стресу серед респондентів (рис. 2.3.).

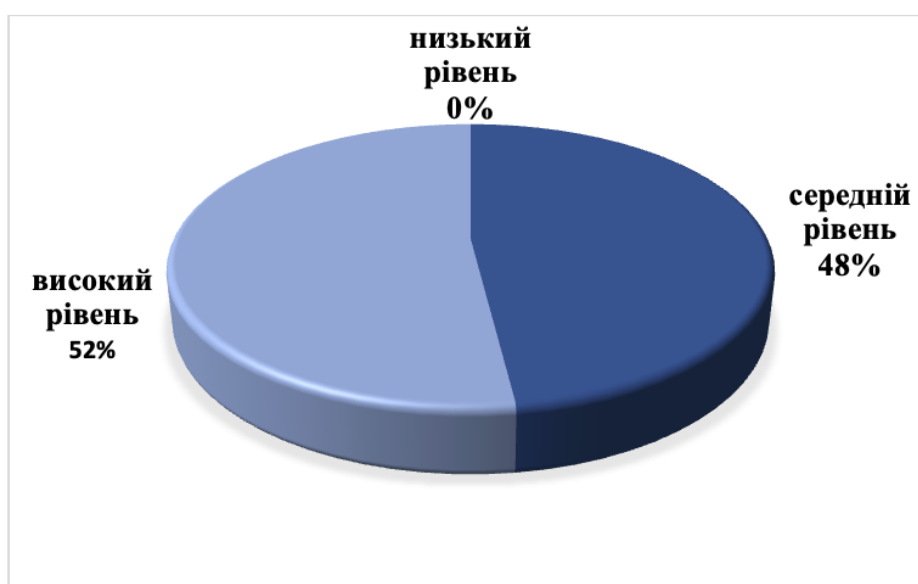


Рис. 2.3. Співвідношення рівнів сприйнятого стресу серед респондентів (%)

Отже, можна зробити висновок, що, емпіричні дані демонструють домінування середнього та високого рівнів сприйнятого стресу у вибірці, що є показником емоційної вразливості й може розглядатися як важливий чинник у формуванні та підтриманні адиктивної поведінки. Отримані результати узгоджуються з іншими емпіричними спостереженнями щодо схильності осіб із залежністю до підвищеної стресочутливості та підтверджують необхідність подальшого аналізу взаємозв'язку стресових переживань із компонентами самосвідомості.

Для визначення рівня самооцінки було застосовано шкалу самоповаги М. Розенберга (RSES), яка дала змогу оцінити позитивне чи негативне ставлення

респондентів до власного «Я». Отримані показники дозволять нам в подальшому простежити зв'язок між самоповагою та проявами залежної поведінки.

Аналіз отриманих результатів показав, що серед 134 респондентів більшість продемонстрували середній рівень самоповаги – 86 осіб (64%). У 28 осіб (21%) зафіксовано рівень нижче середнього, що вказує на схильність до знецінення себе та негативного самоприйняття. Високий рівень самоповаги виявлено у 12 респондентів (9%), тоді як низький рівень характерний лише для 8 осіб (6%).

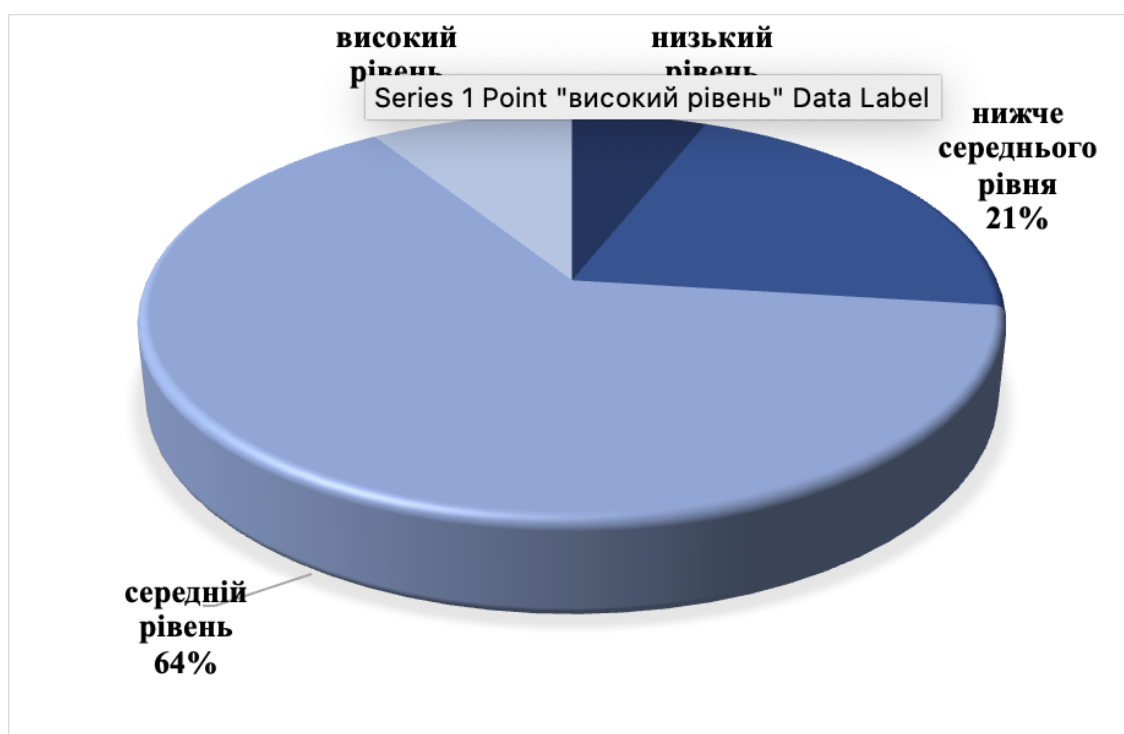


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за рівнем самоповаги (у відсотках)

Отже, у вибірці переважає середній рівень, але наявність значної групи з нижчими показниками засвідчує ризик розвитку негативного образу Я та труднощів із прийняттям себе, що може ускладнювати процес формування адекватного самоприйняття.

Використання методики «Стиль саморегуляції поведінки» дало змогу оцінити індивідуальні стратегії планування, моделювання та контролю власної діяльності. Отримані результати відобразили особливості функціонування

саморегуляційних механізмів у вибірці та виявили відмінності у рівні сформованості здатності до ефективної організації поведінки.

За результатами обробки даних було встановлено, що у сфері планування низький рівень продемонстрували 25 осіб (19%), середній – 75 (56%), високий - 34 (25%). У моделюванні відповідно 40 респондентів (30%) показали низький рівень, 74 (55%) – середній та 20 (15%) – високий. У програмуванні дій низький рівень виявлено у 42 осіб (31%), середній – у 81 (60%), високий – лише у 11 (9%). За показником гнучкості низький рівень характерний для 44 респондентів (33%), середній – для 62 (46%), високий – для 28 (21%). У сфері самостійності низький рівень зафіксовано у 24 осіб (18%), середній – у 54 (40%), високий – у 56 (42%). За шкалою оцінки результатів низький рівень виявлено у 26 респондентів (20%), середній – у 50 (37%), високий – у 58 (43%). Загальний рівень саморегуляції виявився низьким у 34 осіб (25%), середнім – у 86 (64%) та високим – у 14 (11%).

Підсумовуючи, більшість респондентів продемонстрували середній рівень розвитку механізмів саморегуляції, що коливався від 37% до 64% залежно від компонента. Разом із цим значна частка осіб характеризується високими показниками за шкалами оцінки результатів (58 осіб, 43%) та самостійності (56 осіб, 42%), що відображає збереженість здатності до рефлексії та автономності. Найбільші труднощі спостерігаються у сферах програмування дій (лише 11 осіб, 9% високого рівня, при цьому 42 особи, 31% низького) та моделювання (20 осіб, 15% високого рівня, 40 осіб, 30% низького), що свідчить про недостатність когнітивної рефлексії та труднощі з побудовою ефективних стратегій поведінки. Отримані дані підтверджують внутрішню неоднорідність структури саморегуляції поведінки у чоловіків з алкогольною залежністю: поєднання середніх значень із протилежними тенденціями (висока автономність і водночас низький рівень когнітивного прогнозування) створює підґрунтя як для компенсаторних можливостей, так і для потенційної дезадаптації. На рис. 2.5. представлено відсотковий розподіл рівнів розвитку компонентів саморегуляції у вибірці чоловіків з досвідом зловживання алкоголем. Діаграма ілюструє переважання

середнього рівня саморегуляції, а також дозволяє виокремити найбільш і найменш сформовані компоненти у досліджуваній групі.

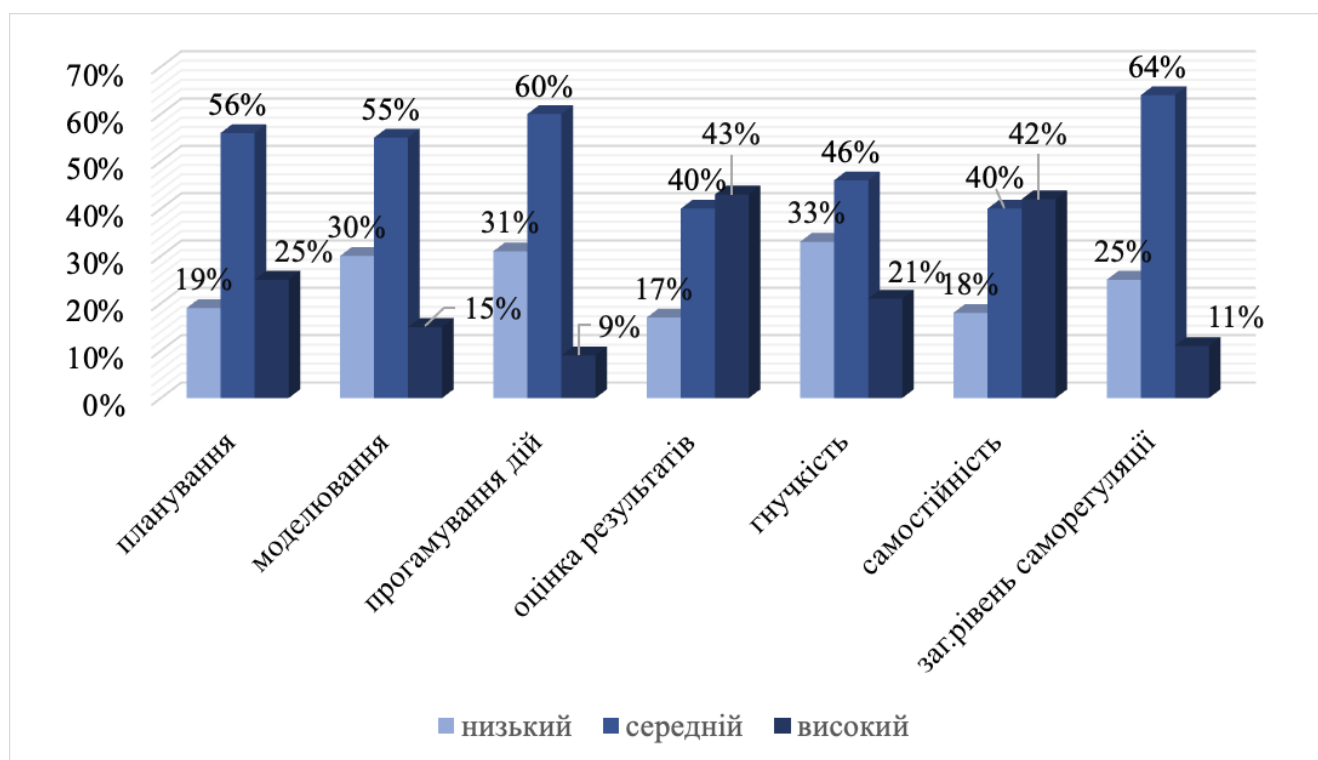


Рис. 2.5. Розподіл рівнів розвитку компонентів саморегуляції поведінки у чоловіків з досвідом вживання

Такий розподіл дозволяє зробити припущення про наявність як компенсаторних, так і дезадаптивних механізмів саморегуляції, що функціонують у чоловіків із досвідом алкогольної залежності. Це, у свою чергу, обґрунтовує необхідність подальшого аналізу пов'язаних із саморегуляцією змінних – зокрема рівня самосвідомості, локусу контролю, емоційної стабільності тощо у рамках подальших етапів дослідження.

Щоб простежити особливості локусу контролю, було використано опитувальник на основі концепції Дж. Роттера. Його результати показали, наскільки респонденти схильні приписувати успіхи та невдачі власним зусиллям чи зовнішнім обставинам, що дозволило визначити співвідношення інтернальності та екстернальності як показників рівня особистісної відповідальності.

За обробкою відповідей та підрахунком балів було виявлено такі особливості розподілу рівнів інтернальності: у сфері загальної відповідальності низький рівень виявлено у 122 (91%) респондентів, високий – у 12 (9%); у сфері досягнень високий рівень мали 90 (67%) осіб, а низький – 44 (33%); у сфері невдач високий рівень інтернальності виявлено лише у 24 (18%), тоді як 110 (82%) демонструють екстернальність. У сімейних відносинах високий рівень інтернальності мали 98 (73%) досліджуваних, у той час як 36 (27%) виявили низький рівень. Абсолютна екстернальність спостерігається у сферах виробничих відносин – 134 особи (100%), а з низьким рівнем інтернальності та ставленні до здоров'я і хвороби 134 (100%). У сфері міжособистісних відносин рівні розподілились більш збалансовано – 74 (55%) з низьким та 60 (45%) з високим рівнем інтернальності.

Для візуального представлення результатів було створено діаграму, що ілюструє співвідношення інтернального та екстернального локусу контролю в основних сферах життя. Діаграма наочно демонструє домінування зовнішнього локусу контролю в загальному самосприйнятті учасників (122 (91%)), а також у ставленні до невдач, стану здоров'я та професійної реалізації. Це підтверджує тенденцію перекладання відповідальності на зовнішні чинники, що властиво особистостям з адиктивною поведінкою, особливо в стані кризи або фази «виправдання». Водночас у таких сферах, як досягнення – 90 (67%) і сімейні відносини – 98 (73%), виявлено достатньо високий рівень інтернальності, що може свідчити про збережену здатність до усвідомлення впливу власних дій на результати в особисто значущих контекстах. Такий внутрішній контроль, зокрема у сімейному просторі, відкриває додаткові можливості для терапевтичного впливу, оскільки є ресурсною основою для формування нових патернів поведінки.

Для наочного представлення розподілу рівнів інтернальності в різних сферах життя було побудовано діаграму (рис. 2.6), яка ілюструє співвідношення високих та низьких показників за кожною підшкалою методики Дж. Роттера.

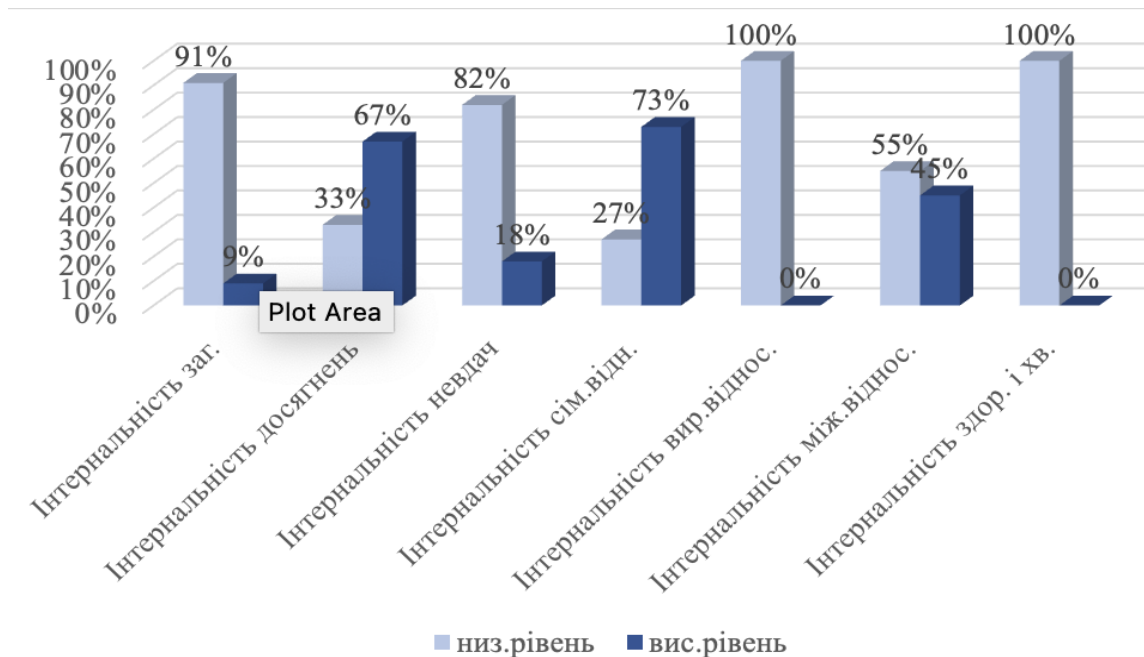


Рис. 2.6. Рівні інтернальності у сферах життя

Отже, результати методики Дж. Роттера засвідчили переважання зовнішнього локусу контролю у більшості сфер життя респондентів, що відображає тенденцію перекладання відповідальності на зовнішні чинники. Водночас у сферах досягнень та сімейних відносин виявлено відносно високий рівень інтернальності, що свідчить про збережені ресурси для усвідомлення власного впливу на події та може виступати важливим орієнтиром у побудові терапевтичних стратегій.

Психологічне благополуччя оцінювалося за допомогою PERMA-Profilер, який дозволив комплексно дослідити п'ять ключових вимірів: позитивні емоції, залученість, міжособистісні відносини, відчуття сенсу та досягнення. Отримані результати стали підґрунтям для визначення інтегрального рівня життєвої задоволеності та аналізу суб'єктивного добробуту респондентів.

Обробка результатів 134 респондентів дозволила отримати узагальнені середні показники за кожним із компонентів. Аналіз виявив, що всі середні значення перебувають у межах від 4,94 до 5,74, що свідчить про переважання середнього рівня психологічного благополуччя. Це означає, що в учасників дослідження наявні певні особистісні ресурси, збережена мотивація, але водночас присутні труднощі в окремих сферах.

Найвищий середній бал виявлено за шкалою досягнень (5,74), що свідчить про відносну цілеспрямованість респондентів та наявність внутрішньої мотивації навіть за умов залежності. Позитивним є також показник міжособистісних стосунків (5,61), що свідчить про наявність підтримки або прагнення до близьких зв'язків. Показники позитивних емоцій (5,19), загального добробуту (5,37) та здоров'я (5,26) перебувають у межах середнього рівня, однак можуть свідчити про нестабільність емоційного стану. Особливу увагу привертає найнижчий середній показник за шкалою сенсу життя (4,94), що може вказувати на переживання екзистенційної порожнечі, втрати цілей або орієнтирів, що характерно для осіб з залежною поведінкою.

Діаграма рисунок 2.7. нижче ілюструє розподіл середніх значень за всіма шкалами PERMA:

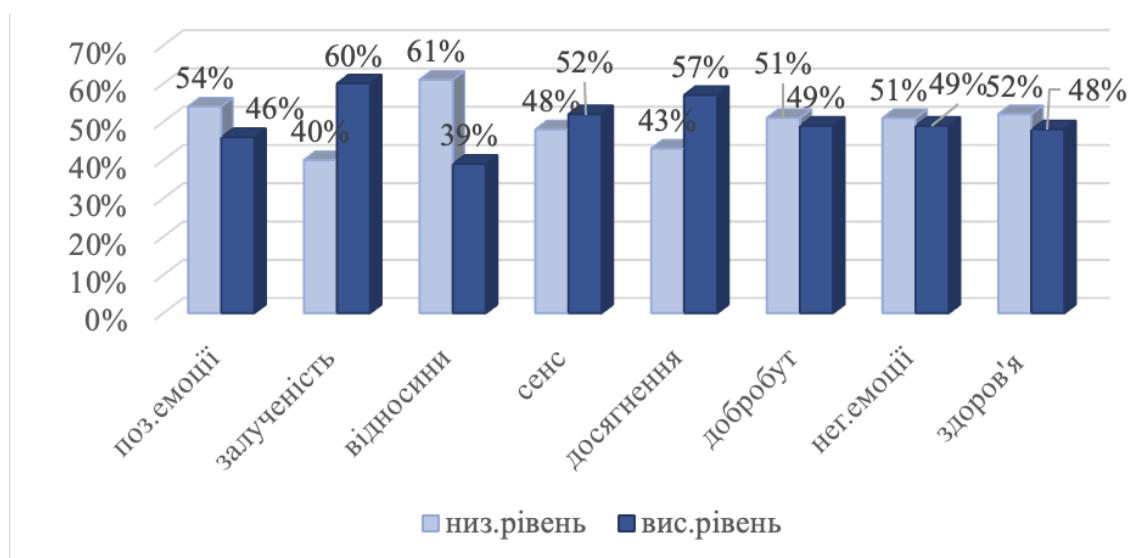


Рис. 2.7. Рівень психологічного благополуччя за шкалами PERMA

Отримані результати свідчать про загальний середній рівень психологічного благополуччя у вибірці. Це вказує на те, що навіть за умов алкогольної залежності респонденти зберігають певні особистісні ресурси та потенціал до розвитку. Водночас помірні показники за окремими шкалами сигналізують про труднощі у сфері сенсу життя та стабільності емоційного стану, що потребує психологічного супроводу. Такі дані спростовують поширений стереотип про «тотальну

неблагополучність» залежних осіб та підтверджують наявність у них внутрішніх ресурсів для відновлення.

У межах дослідження ідентичностей було використано проєктивну методику «Хто Я?», що дало змогу простежити провідні смислові категорії самовизначення у вибірці. Аналіз відповідей забезпечив глибше розуміння структури самосвідомості респондентів та дозволив окреслити їхні ключові особистісні орієнтири.

У дослідженні взяли участь 134 респонденти чоловічої статі. Загалом було отримано 2 680 відповідей, які пройшли попередню обробку: було виключено технічні повтори відповідей в одного респондента, непридатні до аналізу лексеми та неінформативні фрази. У результаті верифікації було ідентифіковано 195 унікальних форм самоідентифікації, які згруповано за смисловими категоріями. Для кожної категорії розраховано абсолютну кількість осіб, які вказали ту чи іншу ідентичність, та відповідний відсоток від загальної кількості респондентів.

Найпоширенішими категоріями ідентичностей виявилися такі:

1. *Загальнолюдська ідентичність.* Категорія «людина» була найбільш репрезентативною, її зазначили 19 респондентів (14,2%). Додатково в межах цієї категорії було зафіксовано ідентифікацію з поняттями «я», «сусід» та ін., які також вказували на загальну ідентичність без акценту на патологічні або рольові ознаки. Загалом до цієї категорії віднесено 30 респондентів (22,4%)

2. *Родинно-соціальні ролі.* Значна частина респондентів ідентифікувала себе через соціальні або родинні ролі. Зокрема, ідентичність «син» було вказано 12 разів (9,0%), «батько» – 11 разів (8,2%), «брат» – 9 разів (6,7%), «чоловік» – 8 разів (6,0%). Сукупно ця категорія становила 40 осіб (29,9%), що свідчить про збереження соціальних зв'язків та відображення ролей, що мають потенціал для мотиваційної терапевтичної роботи

3. *Ідентичність через хворобу (патологічна самоідентифікація).* Ідентифікація з патологічною категорією простежувалась у 17 респондентів (12,7%), які вказували ідентичності на кшталт: «алкоголік» (11 осіб), «залежний»

(6 осіб). Це свідчить про певну інтеграцію хвороби у структуру Я-образу, що є важливим чинником при визначенні прогнозу та обґрунтуванні цілей терапії.

4. *Негативна самооцінка / емоційно-деформований образ Я.* У 19 респондентів (14,2%) зафіксовано виразну негативну афективну забарвленість образу Я, включаючи лексеми на кшталт: «порожній», «зневірений», «розбитий», «принижений», «понівечений» тощо. Такі характеристики вказують на глибоку фрустрацію та знижену самоцінність.

5. *Позитивна проєктивна або бажана ідентичність.* У 33 респондентів (24,6%) зустрічаються позитивні або ресурсні ідентичності, такі як: «друг», «люблячий», «розумний», «добрий», «мрійник». Ці образи відображають збережені елементи конструктивного самосприйняття або бажаного Я-образу, які можуть бути залучені до психологічної роботи як внутрішні опори.

Додатково респонденти мали відповісти на запитання: «*Чи було вам важко відповісти на це питання?*», з варіантами:

1 – Так, було важко;

2 – Ні, було легко.

Найбільш складною виявилася ідентифікація категорії «людина» – з 19 осіб, які вказали цю ідентичність, 17 осіб (12,7%) зазначили, що це було для них важким. Це може свідчити про фрагментацію базового рівня самосприйняття, що є прогностично несприятливим критерієм.

Натомість найменше труднощів викликала ідентифікація через родинну роль «син» – з 12 респондентів, які зазначили цю ідентичність, 10 осіб (7,5%) відповіли, що це було для них легко. Це свідчить про збереження «інтактних соціальних» зв'язків та потенціал використання цієї ідентичності як ресурсу в терапевтичному процесі.

Отримані дані можуть бути використані як основа для подальшого формування індивідуальних програм психологічного супроводу, спрямованих на відновлення цілісності «Я-концепції» та роботу з особистісною ідентичністю.

Методика «Незакінчені речення» (Сакс-Леві, модифікований варіант) є проєктивним інструментом дослідження особистості, який дає змогу виявити латентні установки, переживання, конфлікти та ціннісні орієнтації респондента. У даному дослідженні вона була адаптована для оцінки ставлення до ключових сфер життя, що відображають ядро самосвідомості вибірки. Отримані відповіді дозволять простежити індивідуальні особливості у ставленні до себе, родини, минулого й майбутнього, а також виявити внутрішні суперечності та ознаки наявності психологічних проблем.

У процесі аналізу результатів методики «Незакінчені речення» було виявлено, що ставлення респондентів до різних сфер самосвідомості має переважно амбівалентний або негативний характер. Зокрема, у ставленні до батька домінують критичні оцінки: у 82-х осіб (61,2%) відповіді носять негативне забарвлення, тоді як у 30-ти осіб (22,4%) – позитивне ставлення, а в 22 осіб (16,4%) – нейтральне. Це свідчить про значний рівень відчуженості та болісних переживань у сфері батьківських стосунків. Важливо врахувати, що у відповідях респондентів образ батька часто набуває узагальненого або символічного змісту, відображаючи ставлення до авторитетних фігур у цілому. Саме тому в ряді випадків спостерігається перенесення цих переживань на інші соціальні ролі, зокрема на керівника, що дозволяє інтерпретувати такі дані як прояв глибинних внутрішніх конфліктів у системі «підлеглий-авторитет». Позаяк батько є і взірцем для наслідування особистості у сімейних ролях "батько-син".

Ставлення до себе також є критичним: негативні характеристики продемонстрували 66 осіб (49,3%), нейтральні – 46 осіб (34,3%), позитивні – лише 22 особи (16,4%). Це вказує на тривожне та самозвинувачувальне самосприйняття, однак наявність понад третини нейтральних відповідей свідчить про потенціал до розвитку рефлексії та внутрішніх змін.

Найбільш гострою сферою є відчуття нереалізованих можливостей: 120 респондентів (89,6%) зазначили відповіді з негативним емоційним забарвленням, і лише 14 осіб (10,4%) – з нейтральним або позитивним. Це підкреслює домінування жалю, розчарування та фрустрації, пов'язаних із минулим досвідом.

У ставленні до підлеглих негативні оцінки становлять 96 осіб (71,6%), нейтральні – 24 особи (17,9%), позитивні – 14 осіб (10,4%). У цьому контексті простежується схильність до недовіри та жорстких оцінок, що може відображати проєкцію власних труднощів у міжособистісних стосунках.

Майбутнє сприймається з певною амбівалентністю: половина респондентів 68 осіб (50,7%) демонструють негативні очікування, 54 особи (40,3%) займають нейтральну позицію, а лише 12 осіб (9,0%) висловили позитивні сподівання. Що в цілому свідчить про домінування тривоги у респондентів.

Подібні тенденції простежуються у ставленні до керівника: негативно висловилися про нього 98 осіб (73,1%), нейтрально - 26 осіб (19,4%), позитивно – 10 осіб (7,5%). Це може бути індикатором труднощів у прийнятті авторитету, що перегукується з досвідом родинних взаємин.

Страхи та побоювання найчастіше пов'язані з темами втрати довіри, помилок і руйнівних вчинків: негативні відповіді дали 84 особи (62,7%), нейтральні – 40 осіб (29,9%), позитивні – лише 10 осіб (7,5%). Значна частина учасників уникала прямих відповідей, що свідчить про витіснення страхів.

У сфері дружніх взаємин негативні оцінки також переважають у 78 осіб (58,2%), хоча 40 осіб (29,9%) зберігають нейтральні судження, а 16 осіб (11,9%) відзначають позитивне ставлення. Це демонструє амбівалентність і труднощі у встановленні довіри.

Минуле сприймається переважно як джерело провини та помилок: негативні відповіді дали 94 особи (70,1%), нейтральні – 24 особи (17,9%), позитивні – 16 осіб (11,9%). Проте наявність позитивних спогадів свідчить про можливість інтеграції досвіду.

У ставленні до осіб протилежної статі переважають негативні установки (86 осіб (64,2%), нейтральні висловлювання становлять 25,4% (34 особи), позитивні – 10,4% (14 осіб). Тут виразно простежується амбівалентність: поєднання потреби у взаємності зі страхом відторгнення.

Сексуальні взаємини виявилися сферою з меншою часткою негативних оцінок: 74 особи (55,2%) відповіли критично, 42 особи (31,3%) – нейтрально,

а 18 осіб (13,4%) – позитивно. Тема сексуальності залишається важливою, але водночас насиченою внутрішніми бар'єрами.

У ставленні до родини простежується більше різноманіття: 60 осіб (44,8%) висловили негативне ставлення, 48 осіб (35,8%) – нейтральне, а 26 осіб (19,4%) – позитивне. Попри значну кількість критики, сім'я зберігає роль ресурсу.

Щодо співробітників негативні судження дали 86 осіб (64,2%), нейтральні – 36 осіб (26,9%), позитивні – 12 осіб (9,0%). Це свідчить про труднощі соціальної адаптації у професійному середовищі.

Єдиною сферою, де позитивні оцінки переважають, стало ставлення до матері: 56 осіб (41,8%) висловили позитивні судження, 42 особи (31,3%) – нейтральні, 36 осіб (26,9%) – негативні. Образ матері переважно постає як підтримка й опора, хоча окремі респонденти згадували й критику чи контроль. При цьому у відповідях простежується амбівалентність: з одного боку, мати сприймається як джерело турботи, захисту та безумовного прийняття, а з іншого – як фігура, здатна викликати почуття залежності, провини чи обмеження свободи. Така подвійність відображає глибинний внутрішній конфлікт між потребою у підтримці та прагненням до автономії.

Почуття провини виявилось ключовим ядром самосвідомості: 94 особи (70,1%) продемонстрували негативне забарвлення, 28 осіб (20,9%) – нейтральне, і лише 12 осіб (9,0%) – позитивне. Домінують теми брехні, обману, втрати довіри та саморуїнування.

Отримані результати було представлено у двох аналітичних зрізах. По-перше, здійснено якісний аналіз, що дозволив виявити смислові тенденції та домінантні теми у відповідях респондентів. По-друге, проведено кількісне узагальнення результатів із використанням середніх значень та їх графічної візуалізації (рис. 2.8.). Важливо підкреслити, що кількісні показники та якісні інтерпретації не завжди повністю збігаються, оскільки вони відображають різні рівні аналізу: кількісний – рівень узагальнених показників, а якісний – смисловий та емоційний контекст висловлювань. Така відмінність не є суперечністю, а свідчить про багатовимірність і глибину отриманих даних.

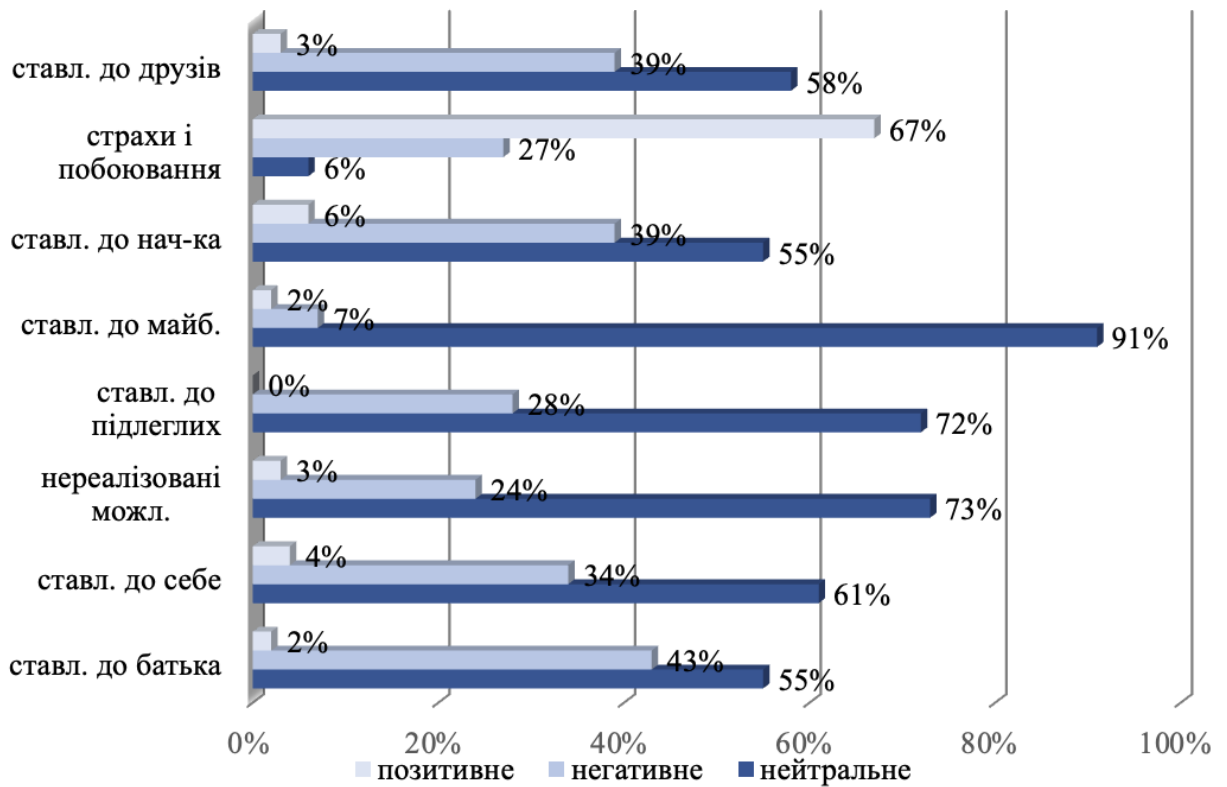


Рис. 2.8. Розподіл відповідей респондентів за ставленням до себе та інших

Зокрема, рис. 2.8. ілюструє результати щодо ставлення до батька, себе, нереалізованих можливостей, підлеглих, майбутнього, керівника, страхів і побоювань та друзів. Як видно, у більшості цих сфер переважають негативні оцінки (від 55% до 91%), що співвідноситься з якісним описом амбівалентності та критичного самосприйняття.



Рис. 2.9. Розподіл відповідей респондентів за ставленням до себе та інших

Рис. 2.9. демонструє результати у сферах ставлень до матері, співробітників, родини, осіб протилежної статі, сексуальних взаємин, минулого та наявності/відсутності почуття провини. Тут простежується більш різноманітна картина: попри високі показники негативних суджень (від 43% до 78%), зберігаються й позитивні установки, що узгоджується з висновком про наявність ресурсних образів.

Для узагальнення отриманих результатів побудовано інтегральний профіль самосвідомості (рис. 2.10.), який дозволяє наочно представити співвідношення різних сфер у структурі «Я»-образу.

Для побудови інтегрального профілю самосвідомості було використано узагальнені результати методики «Незакінчені речення». Відповіді респондентів попередньо підлягали якісному аналізу та кількісному кодуванню за 3-бальною шкалою відповідно до вираженості ставлення у межах кожного смислового блоку. Для кожної сфери самосвідомості (ставлення до себе, родини, матері, майбутнього, почуття провини, нереалізовані можливості тощо) було обчислено середні значення (M) по вибірці. Отримані середні показники використано для побудови радарної діаграми, яка відображає інтегральний профіль самосвідомості чоловіків

із алкогольною залежністю та дозволяє наочно порівняти відносну вираженість окремих сфер у структурі «Я»-образу.

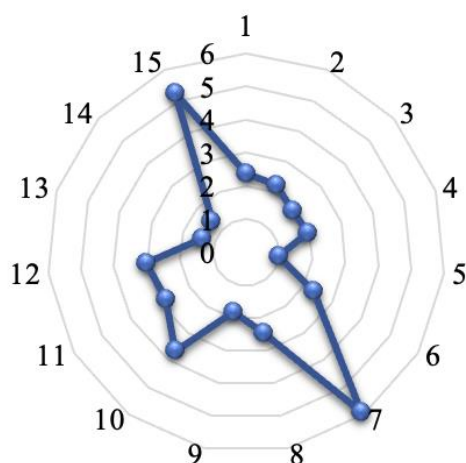


Рис. 2.10. Інтегральний профіль самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю за результатами методики незакінчених речення

Рис. 2.10. відображає інтегральний профіль самосвідомості, де пікові значення припадають на сфери нереалізованих можливостей і почуття провини, тоді як нижчі показники фіксуються у ставленні до матері та частково – родини. Це підтверджує нерівномірність структури та амбівалентність самосвідомості.

Таким чином, якісний і кількісний підходи у сукупності створюють цілісну картину: вони відображають одні й ті самі тенденції на різних рівнях – смислового та статистичному. Це дає підстави стверджувати, що самосвідомість чоловіків із алкогольною залежністю характеризується поєднанням деструктивних і ресурсних компонентів, де негативне ставлення до себе, минулого й майбутнього співіснує з позитивними образами родини та матері, які можуть виконувати компенсаторну та підтримувальну функцію.

Окрему увагу нами було приділено аналізу відповідей респондентів на три речення (авторський варіант), що безпосередньо стосуються їхніх мотивів і цілей: «Я п'ю тому, що...», «Я п'ю для того щоб...» та «Я живу для того, щоб...».

Отримані результати продемонстрували амбівалентність мотивів вживання алкоголю та життєвих орієнтирів. Найчастіше у відповідях на речення «Я п'ю тому,

що...» простежувалося прагнення забутися, зняти напругу, уникнути неприємних переживань – 37 осіб (27,6%). Значна частина респондентів вказувала на потребу розслабитися, відпочити, знайти тимчасове полегшення – 30 осіб (22,4%). Важливими були й соціальні мотиви – бути в компанії, відчувати веселощі, долучатися до розваг – 26 осіб (19,4%). Окремі відповіді відображали сум, самотність, нудьгу та втому як чинники вживання – 23 особи (17,2%), а також як звичку – 18 осіб (13,4%).

У відповідях на речення «Я п'ю для того щоб...» домінували варіанти, пов'язані з втечею від реальності, забуттям, подоланням болю та тривоги – 42 особи (31,3%). Другою за поширеністю групою стали відповіді про потребу у відпочинку, розслабленні та емоційній розрядці – 35 осіб (26,1%). Соціальні мотиви - сміх, радість, веселість у компанії – склали 29 осіб (21,6%). Деякі респонденти підкреслювали прагнення стати сміливішими та впевненішими – 28 осіб (21,0%).

У завершенні речення «Я живу для того, щоб...» найбільш поширеними виявилися відповіді, орієнтовані на щасливе, повноцінне життя – 38 осіб (28,4%), а також на самореалізацію через здійснення мрій та досягнення цілей – 33 особи (24,6%). Частина респондентів зазначала прагнення до розвитку, пошуку сенсу, відкриття нового – 28 осіб (20,9%). Важливу роль відігравали соціальні та сімейні орієнтири – допомога іншим, виховання дітей, пошук кохання – 25 осіб (18,7%). Невеликий відсоток відповідей стосувався тверезого життя як умови відновлення ідентичності – 10 осіб (7,4%). Відтак, аналіз цього блоку показав поєднання деструктивних та конструктивних тенденцій: з одного боку, алкоголь використовується для уникнення труднощів і регуляції емоційного стану, з іншого – життєві цілі респондентів орієнтовані на смисли, розвиток та соціальні зв'язки. Це підтверджує амбівалентність самосвідомості осіб з алкогольною залежністю.

Узагальнюючи результати, слід зазначити, що в більшості сфер (від 55% до 90% відповідей) переважають негативні установки. Найбільш проблемними для респондентів виявилися сфери нереалізованих можливостей та почуття провини, де зафіксовано максимальні показники негативних висловлювань. Водночас найбільш ресурсними постають образ матері та частково родини. Загальна картина

свідчить про амбівалентність самосвідомості осіб із алкогольною залежністю: з одного боку, домінують критичне ставлення до себе й минулого, труднощі у вибудовуванні довіри та переживання фрустрації, з іншого – зберігаються ресурсні образи та цінності, пов'язані з родинними стосунками. Аналіз додаткового блоку речення («Я п'ю тому, що...», «Я п'ю для того щоб...», «Я живу для того, щоб...») підтвердив ці тенденції, засвідчивши поєднання деструктивних мотивів уникнення з позитивними орієнтирами на життя, розвиток та соціальні цінності.

У подальшому аналізі використано дані загальної вибірки дослідження. Порівняння середніх значень показника за різними соціально-демографічними характеристиками дозволило виявити низку тенденцій.

Виявлено, що рівень освіти також впливає на особливості інтегрального показника самосвідомості. Найвищі значення характерні для респондентів із вищою освітою, що може бути зумовлено більш розвиненими когнітивними здібностями, сформованою системою цінностей та ширшими можливостями для рефлексії. Учасники з середньою спеціальною освітою займають проміжне положення, демонструючи середні результати, які відображають часткову інтеграцію освітніх і практичних компонентів. Мінімальні показники притаманні респондентам із середньою освітою, що може бути пов'язано з обмеженими можливостями для інтелектуального та соціально-психологічного розвитку. Отримані дані мають статистичну значущість, що підтверджує вплив освітнього рівня на формування самосвідомості (рис. 2.11.).

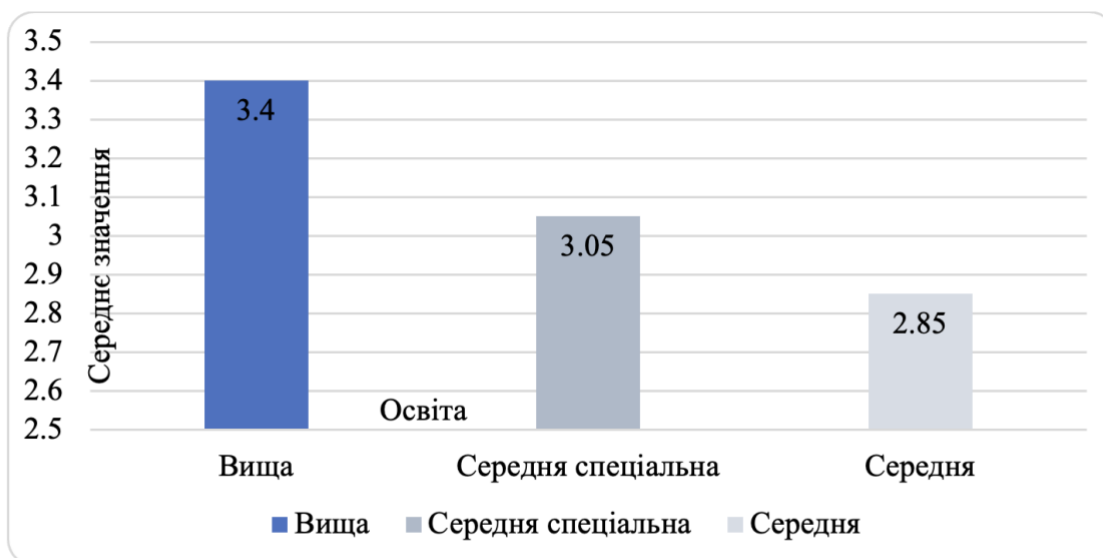


Рис. 2.11. Середні значення інтегрального показника самосвідомості осіб з різним рівнем освіти

Chart Area

Аналіз результатів показав помітні відмінності у вираженості інтегрального показника самосвідомості залежно від середовища проживання. Найнижчі результати спостерігаються серед мешканців міст, що може бути наслідком високого рівня соціальної напруги та меншої стійкості міжособистісних зв'язків у міському середовищі. Респонденти із селищ міського типу продемонстрували проміжні значення, що вказує на певний баланс між урбанізованим та традиційним соціальним контекстом. Водночас найвищі показники зафіксовані у мешканців сільської місцевості, що може пояснюватися збереженням більш міцних соціальних зв'язків, традиційною культурою та відчуттям приналежності до спільноти. Статистичний аналіз підтвердив значущість цих відмінностей, що дозволяє розглядати місце проживання як фактор, який моделює особливості самосвідомості осіб із залежністю. (рис. 2.12.).

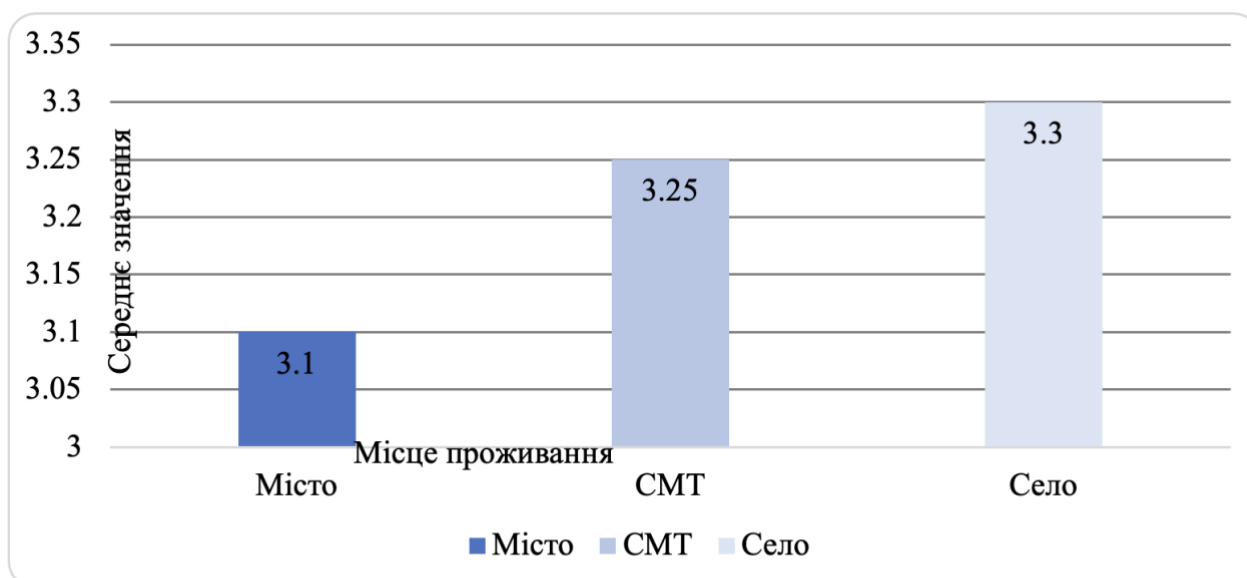


Рис. 2.12. Середні значення інтегрального показника самосвідомості осіб з різним місцем проживання.

Дослідження показало, що сімейний статус респондентів також відображається у рівні розвитку самосвідомості. Найвищі показники спостерігаються серед одружених, що може свідчити про стабільність соціальних ролей, наявність партнерської підтримки та підвищену відповідальність. Розлучені респонденти демонструють дещо нижчі результати: їхній досвід поєднує як здобутки зрілості у попередніх стосунках, так і наслідки втрати стабільності. Найнижчі значення зафіксовані у неодружених учасників, для яких характерна менша соціальна включеність і відсутність сформованих сімейних ролей. Відмінності між групами виявилися статистично значущими, що вказує на вагому роль сімейного стану як соціально-психологічного чинника у розвитку самосвідомості (рис. 2.13.).

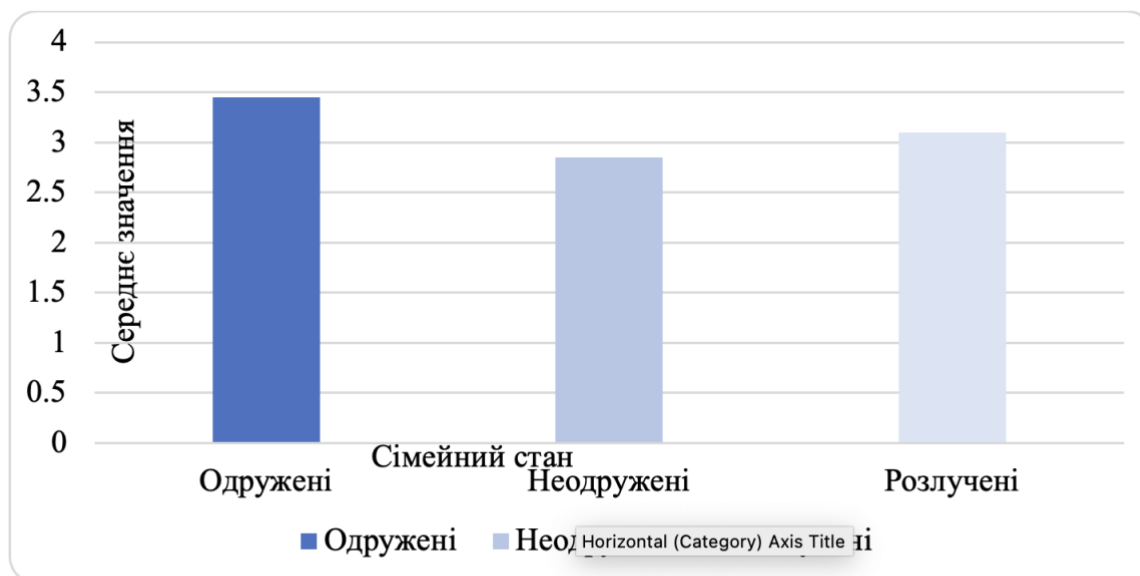


Рис. 2.13. Середні значення інтегрального показника самосвідомості осіб з різним сімейним станом

Результати аналізу засвідчили, що соціальний статус є суттєвим чинником диференціації інтегрального показника самосвідомості. Найвищі середні значення зафіксовані у працевлаштованих респондентів, що може бути пов'язано з їхньою професійною реалізацією, відчуттям соціальної корисності та стабільністю життєвої ситуації. Подібний рівень спостерігається і серед студентів, які перебувають на етапі активного особистісного й професійного становлення, що стимулює розвиток рефлексивних здібностей та самовизначення. Натомість найнижчі результати виявлено у безробітних респондентів, для яких характерним є відчуття невизначеності та зниження можливостей соціальної інтеграції, що негативно позначається на структурі самосвідомості. Отримані відмінності підтверджені статистично ($p < 0,05$), що свідчить про значний вплив соціального статусу на розвиток досліджуваних характеристик (рис. 2.14.).

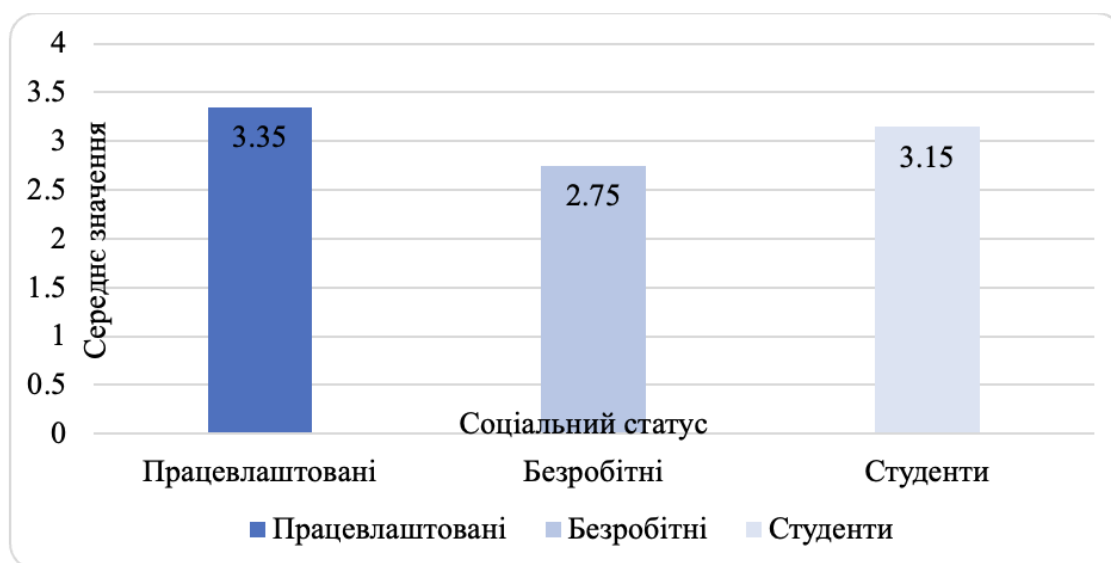


Рис. 2.14. Середні значення інтегрального показника самосвідомості осіб з різним соціальним статусом

Щодо тривалості зловживання психоактивними речовинами простежується чітка тенденція зниження інтегрального показника самосвідомості зі зростанням стажу адиктивної поведінки. Найвищі значення спостерігаються у респондентів із досвідом зловживання до одного року, що можна пояснити відносною збереженістю особистісних ресурсів і менш вираженими деформаціями самосвідомості на початкових етапах адикції. У групі з тривалістю від 1 до 3 років показники знижуються, а у респондентів зі стажем від 3 до 5 років та понад 5 років відзначається поступове посилення негативної динаміки. Це свідчить про те, що тривале зловживання спричиняє поглиблену дезінтеграцію образу «Я», посилює почуття безпорадності та ускладнює процеси саморефлексії. Статистичний аналіз підтвердив наявність значущих відмінностей між групами ($p < 0,05$), що дозволяє розглядати період зловживання як один із провідних чинників деформації самосвідомості осіб з алкогольною залежністю (рис. 2.15.).

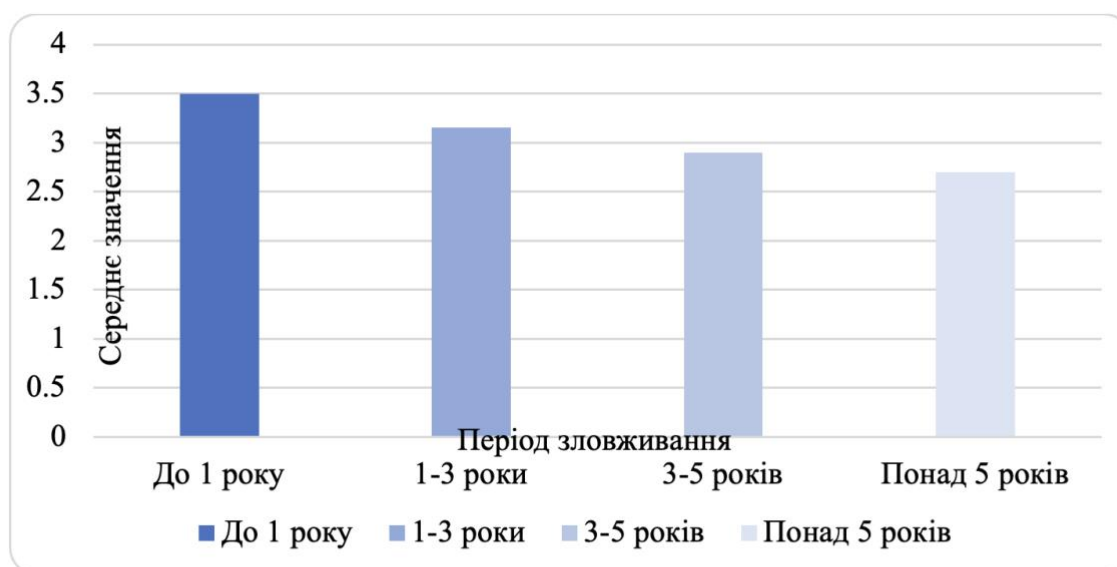


Рис. 2.15. Середні значення інтегрального показника самосвідомості осіб з різним періодом зловживання

Результати дослідження засвідчили статистично значущі відмінності інтегрального показника самосвідомості за соціально-демографічними характеристиками респондентів ($p < 0,05$). Встановлено, що місце проживання, сімейний стан, соціальний статус та тривалість зловживання алкоголем є чинниками, які суттєво впливають на рівень розвитку самосвідомості осіб із залежністю.

Для виокремлення підгруп респондентів за рівнем інтегрованості самосвідомості було проведено кластерний аналіз емпіричних даних у загальній вибірці ($n = 134$). На першому етапі використано ієрархічну кластеризацію з застосуванням методу найближчого сусіда та евклідової відстані як міри схожості (рис. 2.16.).

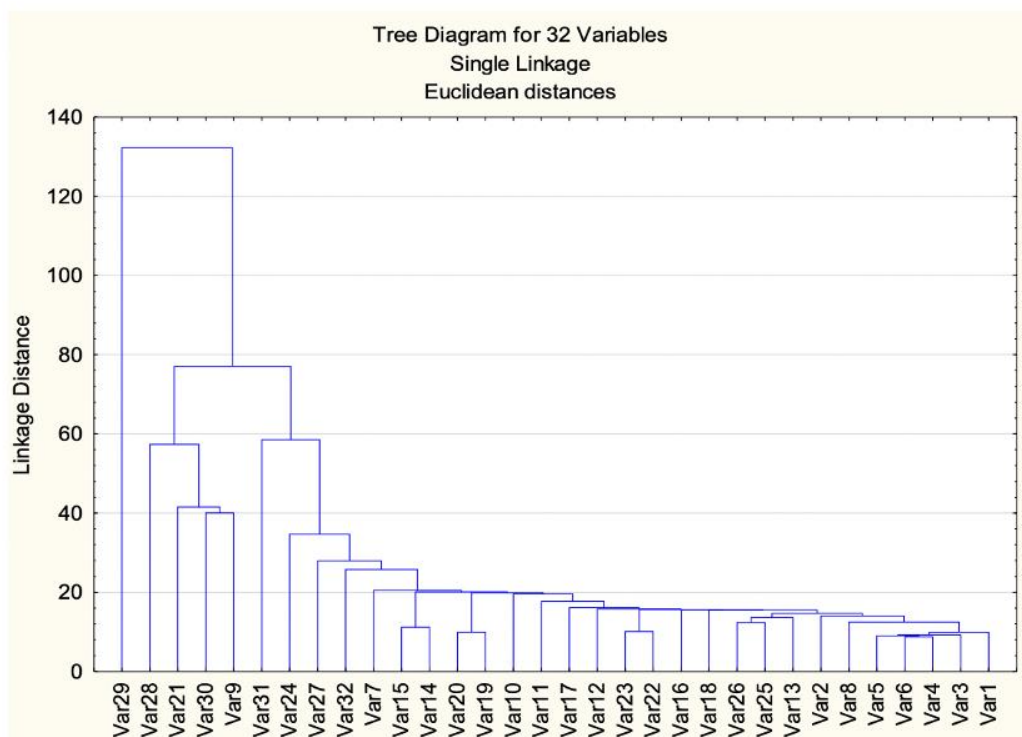


Рис. 2.16. Дендрограма результатів ієрархічної кластеризації змінних

Побудована дендрограма відобразила процес послідовного об'єднання змінних у групи та виявила наявність декількох виразних об'єднань, що дало підстави для подальшої оптимізації кластерної структури.

Для уточнення кількості кластерів і формування остаточних підгруп респондентів було застосовано метод к-середніх. У результаті аналізу виділено три кластери, які відрізняються за рівнем інтегрованості самосвідомості та вираженістю її когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів (рис. 2.17.).

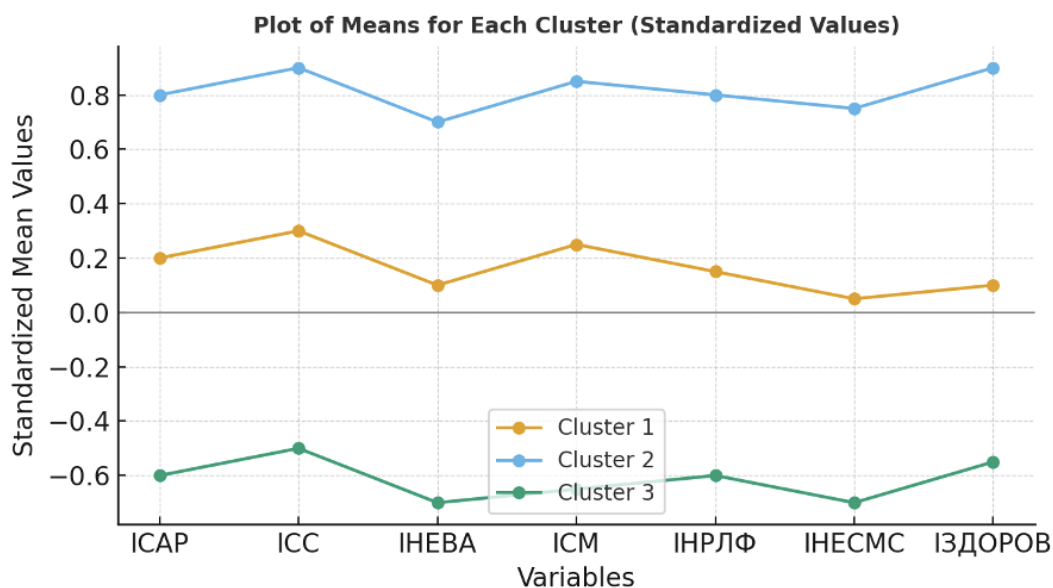


Рис. 2.17. Середні стандартизовані значення показників самосвідомості у трьох кластерах досліджуваних

Примітки: Cluster 1 характеризується середнім рівнем інтеграції самосвідомості;

Cluster 2 відображає високий рівень саморегуляції, самоефективності та адаптивності (оптимальний профіль);

Cluster 3 демонструє знижені показники саморегуляції, самоповаги та інтернальності (дезадаптивний профіль).

Скорочення назв показників: ICAP – інтернальність саморегуляції; ICC – інтернальність самоконтролю; ІНЕВА – інтернальність невдач; ІСМ – інтернальність сімейних стосунків; ІНРЛФ – інтернальність виробничих відносин і лідерських функцій; ІНЕСМС – інтернальність міжособистісних стосунків; ІЗДОРОВ – інтернальність стосовно здоров'я та хвороби.

Перший кластер об'єднав 41 досліджуваного (30,6%), для яких характерні переважно середні стандартизовані значення показників самосвідомості. Представники цієї групи демонструють часткову усвідомленість власних емоцій і мотивів поведінки, ситуативну здатність до рефлексії та нестабільну відповідальність за особистісні рішення. У складних життєвих обставинах вони можуть орієнтуватися як на внутрішні ресурси, так і на зовнішні фактори. Дану

групу доцільно охарактеризувати як осіб із середньою інтегрованістю самосвідомості.

Другий кластер включає 47 досліджуваних (35,1%), які *характеризуються високими стандартизованими значеннями за всіма основними показниками самосвідомості*. Ці респонденти відзначаються розвиненою рефлексією, усвідомленням власних емоцій, мотивів і поведінкових стратегій, а також здатністю брати відповідальність за результати власної діяльності. Для них характерний виражений внутрішній локус контролю в різних сферах життя, що забезпечує більш стабільну, цілеспрямовану й адаптивну поведінку. Цей кластер можна умовно визначити як групу осіб із високою інтегрованістю самосвідомості (оптимальний профіль).

Третій кластер охоплює 46 осіб (34,3%), для яких *притаманні знижені стандартизовані значення більшості показників самосвідомості*. Представники цієї групи мають труднощі в усвідомленні власних почуттів і мотивів поведінки, знижену здатність до рефлексії та схильність до уникнення відповідальності за особистісні вибори. Вони рідше пов'язують власні дії з їхніми наслідками й частіше орієнтуються на зовнішні обставини. Дану групу доцільно охарактеризувати як осіб із низькою інтегрованістю самосвідомості.

Для перевірки коректності виділених груп було застосовано дискримінантний аналіз із покроковою процедурою відбору предикторів. Значення статистики Уїлкса (Wilks' Lambda = 0,271, $F(6,127) = 34,52$, $p < 0,001$) підтверджує високий рівень відмінностей між трьома кластерами. Матриця класифікації (табл. 2.2.) засвідчила правильне віднесення 95,5% досліджуваних до відповідних груп, що підтверджує надійність кластеризації

Порівняльний аналіз середніх значень окремих показників самосвідомості у трьох кластерах (рис. 2.18.) засвідчив наявність виражених розбіжностей у структурі показників, що респонденти з низьким рівнем інтегрованості характеризуються суттєво нижчими результатами за більшістю шкал. Це вказує

Таблиця 2.2.

Матриця класифікації результатів дискримінантного аналізу трьох кластерів досліджуваних.

Cluster	Percent Correct	G 1	G 2	G 3
Cluster 1	94.1	32	1	1
Cluster 2	97.2	0	41	0
Cluster 3	95.6	0	1	28

Примітка. У таблиці наведено результати класифікації, отримані за допомогою дискримінантного аналізу; дані відображають кількість правильно та помилково віднесених випадків і не є початковим розподілом вибірки ($n = 134$). Сумарна точність класифікації становить 95,5 %, що свідчить про високу надійність кластерного рішення.

Порівняльний аналіз середніх значень окремих показників самосвідомості у трьох кластерах (рис. 2.18.) засвідчив наявність виражених розбіжностей у структурі показників, що респонденти з низьким рівнем інтегрованості характеризуються суттєво нижчими результатами за більшістю шкал. Це вказує на наявність у них виражених труднощів у сфері саморефлексії, усвідомлення власних мотивів і переживань, а також на недостатню здатність брати відповідальність за особистісні вибори. Учасники з середнім рівнем інтегрованості продемонстрували проміжні значення, які відображають часткову сформованість здатності до рефлексії та усвідомлення власних дій, але водночас свідчать про збереження орієнтації на зовнішні чинники у складних ситуаціях. Найвищі результати за всіма шкалами зафіксовано у групі з високим рівнем інтегрованості, для якої притаманні розвинена саморефлексія, цілісність самовизначення та відповідальність за власне життя.

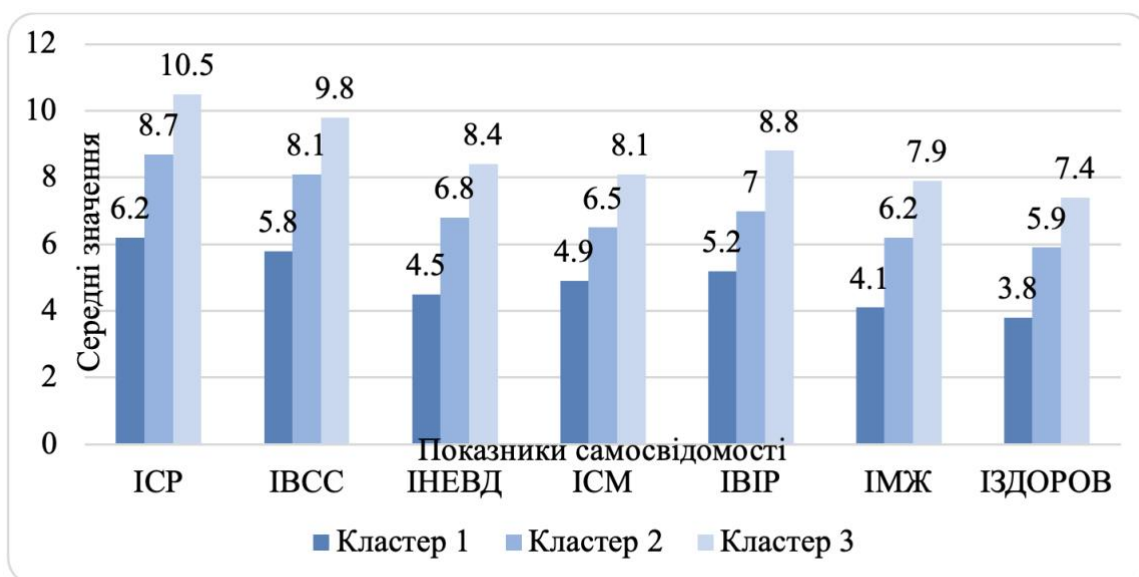


Рис. 2.18. Середні значення показників самосвідомості у трьох кластерах досліджуваних.

Примітки: ICP – інтегральний показник саморегуляції; IBCC – інтегральний показник відносин та соціальної сфери; ИНЕВД – індекс негативних емоційно-ціннісних диспозицій; ICM – індекс смисложиттєвих орієнтацій; IBIP – індекс відчуття ідентичності та рефлексії; IMJ – індекс мотивації до життя; ИЗДОРОВ – інтегральний показник суб’єктивного відчуття здоров’я.

Як видно з рис. 2.18., кожна з трьох виокремлених груп демонструє специфічний рівень сформованості окремих показників самосвідомості: від суттєвих труднощів у сфері саморефлексії у респондентів з низькою інтегрованістю до гармонійної усвідомленості та відповідальності у представників високого рівня. Такий аналіз дозволяє окреслити загальні тенденції, однак важливим є й розгляд структури самосвідомості на більш узагальненому рівні.

З цією метою було здійснено порівняння середніх значень інтегральних компонентів самосвідомості – когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного, що наведено на рис. 2.19. Така форма подання даних дає змогу простежити не лише відмінності за окремими шкалами, а й виявити особливості цілісної організації самосвідомості в межах кожного з кластерів.

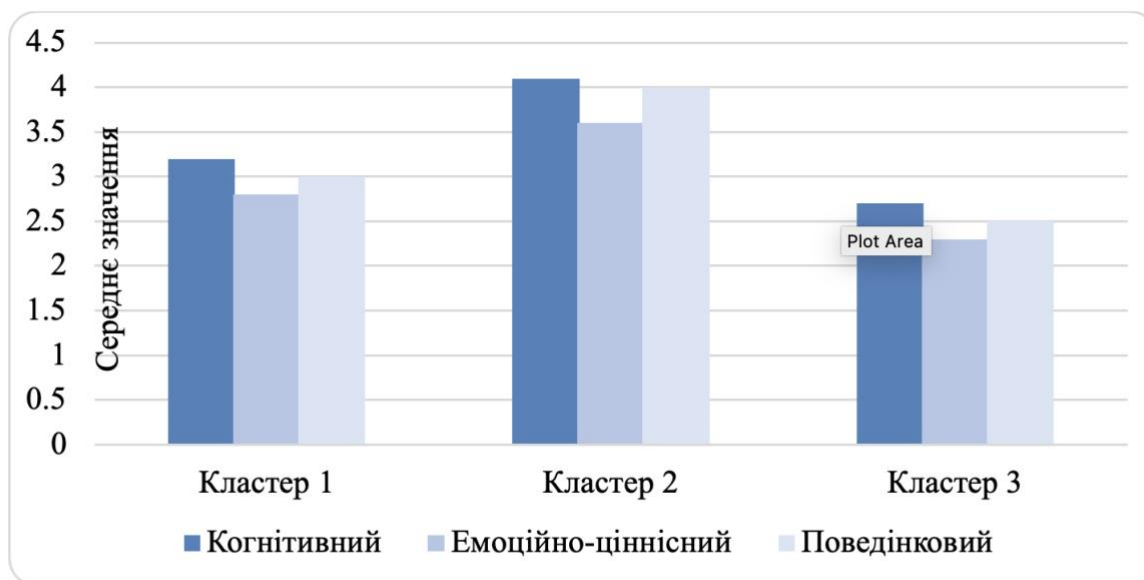


Рис. 2.19. Середні значення компонентів самосвідомості у трьох кластерах досліджуваних

Розшифровка для викладу результатів:

Кластер 1 (середній рівень інтегрованості): когнітивний – 3,2; емоційно-ціннісний – 2,8; регулятивний – 3,0. Показники мають проміжний характер, що свідчить про часткову сформованість інтегративних механізмів самосвідомості та нестійкий баланс між її компонентами.

Кластер 2 (високий рівень інтегрованості): когнітивний – 4,1; емоційно-ціннісний – 3,6; регулятивний – 4,0. Характеризується найвищими значеннями за всіма компонентами, що відображає цілісність самосвідомості, розвинену рефлексію та ефективну саморегуляцію (оптимальний профіль).

Кластер 3 (низький рівень інтегрованості): когнітивний – 2,7; емоційно-ціннісний – 2,3; регулятивний – 2,5. Виявляється у найнижчих значеннях за всіма компонентами, що свідчить про фрагментарність самосвідомості, знижену емоційну ресурсність та дефіцит регулятивних механізмів.

Встановлено, що зростання рівня інтегрованості супроводжується гармонійним поєднанням усіх трьох компонентів. Натомість у групі з низькою

інтегрованістю спостерігається їх дисгармонійність і виражена фрагментарність, що може виступати чинником ускладненої адаптації та підтримувати залежну поведінку.

З огляду на це, результати кластерного аналізу підтвердили висновки кореляційного дослідження, засвідчивши неоднорідність структури самосвідомості в досліджуваній вибірці. Поряд із блоками, що відображають потенціал розвитку та інтегрованість, простежуються кластери, у яких фіксуються деструктивні риси, фрагментарність та переживання втрати контролю. Це підкреслює складність і суперечливість феномена самосвідомості у контексті залежної поведінки.

Отримані результати свідчать, що регулятивний компонент самосвідомості у чоловіків з алкогольною залежністю за кількісними показниками перебуває на середньому рівні розвитку. Водночас результати факторного та кластерного аналізу показують, що ці регулятивні механізми функціонують фрагментарно та не інтегровані з емоційно-ціннісною сферою, що зумовлює їх нестійкий і компенсаторний характер.

З урахуванням отриманих емпіричних даних, які стали підґрунтям для подальшого аналізу, дослідження зосереджено на трьох ключових компонентах самосвідомості – когнітивному, емоційно-ціннісному та регулятивному. Їх розгляд у зіставленні з емпіричними даними дозволить детальніше окреслити особливості функціонування самосвідомості у різних групах респондентів та створити інтегроване уявлення про її специфіку у чоловіків з алкогольною залежністю. Саме цьому завданню присвячено наступний параграф.

Відповідно до сучасних теоретичних підходів, самосвідомість розглядається як багатовимірна структура, що інтегрує когнітивний, емоційно-ціннісний та регулятивний компоненти. Для вивчення кожного з них у нашому дослідженні було застосовано комплекс психодіагностичних методик, що забезпечило отримання як кількісних, так і якісних показників.

Когнітивний компонент вивчався за допомогою методики «Хто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд), яка є проективною та має переважно якісний характер. У ході

контент-аналізу відповідей респондентів було виокремлено кілька провідних категорій самовизначення. Найчастіше учасники визначали себе через *соціальні ролі* (чоловік, батько, син, друг, працівник), що свідчить про орієнтацію на міжособистісні зв'язки та виконання визначених соціумом функцій. На другому місці за частотою були *особистісні якості* (добрий, щедрий, відповідальний, веселий, розумний), що відображає збереження уявлень про власні позитивні риси. Значно рідше зустрічалися ідентифікації, пов'язані з *цінностями та життєвими цілями* (людина, яка прагне змін, той, хто йде до своїх цілей), а також з *негативним самосприйняттям* (невдаха, залежний, розчарований). Така структура вказує на відносну збереженість когнітивного аспекту самосвідомості, проте з елементами внутрішнього конфлікту та суперечливості образу «Я».

Емоційно-ціннісний компонент оцінювався за результатами Шкали самоповаги М. Розенберга, Опитувальника особистісної здійсненності (О. Штепа), Шкали сприйнятого стресу (PSS, Cohen et al.; укр. адаптація О. О. Вельдбрехт, Н. І. Тавровецька) та модифікованої методики незакінчених речень. Отримані результати свідчать про виражені труднощі у сфері самоприйняття, знижену емоційну ресурсність і підвищений рівень внутрішньої напруги, що відображає емоційну вразливість та дезінтеграцію ціннісного ставлення до себе, характерні для осіб із залежною поведінкою.

Регулятивний компонент досліджувався за допомогою опитувальника саморегуляції поведінки та опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю» (адапт. за Дж. Роттером). Отримані результати свідчать про відносну сформованість навичок самоконтролю та цілеспрямованості, що проявляється у здатності респондентів до планування, організації та регуляції власних дій. Водночас ці регулятивні процеси мають нестійкий характер і часто порушуються під впливом інтенсивних емоційних станів та проявів залежної поведінки, що не забезпечує їх повноцінної інтеграції у структуру самосвідомості.

На рисунку 2.20 наведено ілюстративне відображення відносного співвідношення емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів, тоді як

когнітивний компонент подано у вигляді якісного аналізу, що відображає структуру ідентифікацій респондентів.

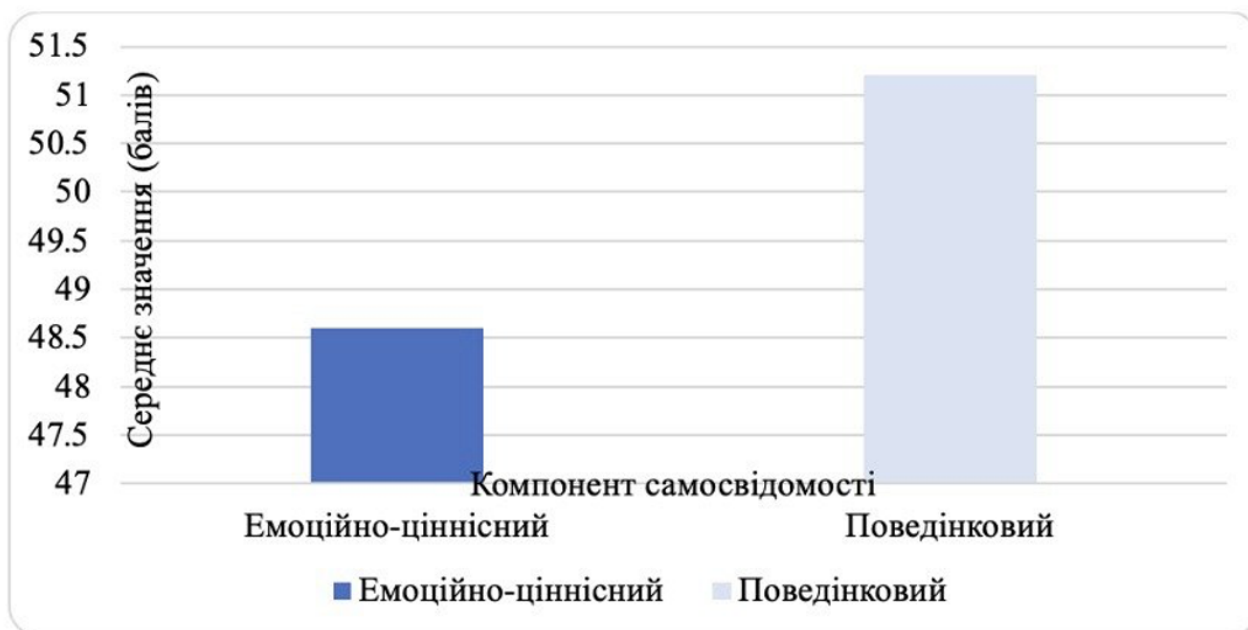


Рис. 2.20. Співвідношення емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю

Показники, подані на рис. 2.20, мають ілюстративний характер і відображають узагальнені результати окремих психодіагностичних методик, що репрезентують відповідні компоненти самосвідомості. Зазначена візуалізація використовується для наочного відображення відносного співвідношення між емоційно-ціннісним та регулятивним компонентами і не розглядається як інтегральний показник, оскільки методики ґрунтуються на різних шкалах вимірювання.

Аналіз результатів, представлених на рис. 2.20, засвідчив нерівномірність сформованості компонентів самосвідомості. Регулятивний компонент виявився відносно більш збереженим порівняно з емоційно-ціннісним, що свідчить про наявність певного потенціалу до регуляції поведінки та планування дій навіть за умов залежної поведінки. Водночас емоційно-ціннісний компонент є найбільш уразливим, що проявляється у труднощах самоприйняття, зниженій емоційній ресурсності та підвищеній внутрішній напрузі.

Для коректної інтерпретації отриманих результатів принципово важливим є розмежування понять рівня розвитку самосвідомості та рівня її інтегрованості. Рівень розвитку відображає ступінь сформованості окремих компонентів самосвідомості, тоді як рівень інтегрованості характеризує якість їхньої взаємодії та узгодженість функціонування у межах цілісної Я-структури.

Отримані дані свідчать, що за наявності відносно збережених когнітивних і регулятивних характеристик слабкість емоційно-ціннісної складової виступає ключовим чинником дисбалансу, який знижує рівень інтегрованості самосвідомості. Це підтверджується результатами кластерного аналізу, згідно з якими навіть середні або відносно високі показники окремих компонентів не забезпечують цілісності самосвідомості за умови їхньої недостатньої узгодженості.

У результаті, для чоловіків з алкогольною залежністю характерною є дисгармонійна структура самосвідомості, що проявляється у середньому рівні розвитку когнітивної та регулятивної сфер на тлі низької сформованості емоційно-ціннісної складової. Саме цей дисбаланс зумовлює недостатню інтегрованість Я-структури та підкреслює необхідність психологічного супроводу, спрямованого не лише на розвиток окремих компонентів, а й на відновлення їхньої узгодженої взаємодії.

Для виявлення особливостей взаємозв'язку між складовими самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю було проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона. Аналіз здійснювався з урахуванням статистичної значущості ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

У результаті встановлено значущі як прямі, так і зворотні зв'язки між окремими показниками, що дозволило виокремити інтегративні тенденції у структурі самосвідомості. Найбільш виражені кореляції виявлені між когнітивними, емоційними та регулятивними компонентами. Так, коефіцієнт кореляції між позитивними емоціями та сенсом життя становить $r = 0,70$ ($p < 0,01$), між позитивними емоціями та досягненнями – $r = 0,59$ ($p < 0,01$), між позитивними емоціями та добробутом – $r = 0,81$ ($p < 0,01$). Це свідчить, що емоційна насиченість

і наявність сенсу в житті безпосередньо пов'язані з відчуттям власних здобутків та благополуччя.

Окремий блок утворюють показники, пов'язані з негативними емоціями, рівнем самоповаги та алкогольної залежності. Зокрема, зафіксовано негативний зв'язок між алкогольною залежністю та самоповагою ($r = -0,37$; $p < 0,01$) і позитивний зв'язок із негативними емоціями ($r = 0,29$; $p < 0,05$). Це свідчить, що зростання залежності супроводжується підвищенням деструктивного емоційного фону та зниженням почуття власної цінності.

Ключові індикатори самосвідомості демонструють такі закономірності:

Самоповага має значущі прямі зв'язки з позитивними емоціями ($r = 0,41$; $p < 0,01$), відносинами ($r = 0,54$; $p < 0,01$), сенсом життя ($r = 0,69$; $p < 0,01$), досягненнями ($r = 0,64$; $p < 0,01$), добробутом ($r = 0,65$; $p < 0,01$) та загальною інтернальністю ($r = 0,67$; $p < 0,01$). Це свідчить, що вища оцінка власної значущості поєднується з позитивним емоційним тлом, внутрішнім локусом контролю, орієнтацією на досягнення та оптимістичним світосприйняттям.

Інтернальність (загальна та в окремих сферах) виявляє зв'язки з емоційно-ціннісними характеристиками. Так, кореляції з сенсом життя варіюють у межах $r = 0,41-0,54$ ($p < 0,01$), а з позитивними емоціями – у межах $r = 0,33-0,38$ ($p < 0,01$). Це свідчить, що здатність брати відповідальність за події власного життя інтегрується з відчуттям його осмисленості та позитивним емоційним фоном. Водночас зв'язки інтернальності з показником самостійності є слабкими або статистично невираженими ($|r| \leq 0,26$), що вказує на відносну автономність цих характеристик.

Алкогольна залежність негативно корелює із самоповагою ($r = -0,37$; $p < 0,01$) та позитивно - з негативними емоціями ($r = 0,29$; $p < 0,05$). Це означає, що залежність підриває базові ресурси самосвідомості, знижуючи її адаптивний потенціал.

Регулятивний компонент самосвідомості (планування, моделювання, програмування дій, оцінка результатів, самостійність) характеризується внутрішньою узгодженістю. Найсильніші зв'язки зафіксовані між оцінкою результатів та самостійністю ($r = 0,85$; $p < 0,01$), а також між програмуванням дій і

загальним рівнем саморегуляції ($r=0,77$; $p < 0,01$). Це свідчить, що цілеспрямована організація поведінки у досліджуваних зберігається як інтегрована система.

Результати кореляційного аналізу показали, що структура самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю визначається взаємопов'язаністю когнітивних, емоційно-ціннісних і регулятивних компонентів. Водночас рівень залежності виступає деструктивним чинником, що знижує гармонійність і ресурсність цієї структури, формуючи ризики дезадаптації та підвищуючи потребу в цілеспрямовану психологічному супроводі.

Для визначення особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю було проведено факторний аналіз методом головних компонентів із подальшим обертанням Varimax. За критерієм «каменепадку» було виокремлено *два фактори*, які пояснюють значну частку дисперсії досліджуваних показників.

Таблиця 2.3.

Факторні навантаження показників самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю

Показники	Фактор I	Фактор II
<i>Позитивні емоції</i>	0.734	0.048
<i>Залученість</i>	0.62	0.197
<i>Відносини</i>	0.785	0.224
<i>Сенс</i>	0.805	0.342
<i>Досягнення</i>	0.784	0.335
<i>Добробут</i>	0.893	0.264
<i>Негативні емоції</i>	-0.157	-0.36
<i>Здоров'я</i>	0.832	0.238
<i>Загальна інтернальність</i>	0.679	0.459
<i>Інтернальність досягнень</i>	0.479	0.535
<i>Інтернальність невдач</i>	0.573	0.294

<i>Інтернальність у сімейних стосунках</i>	0.56	0.313
<i>Інтернальність у виробничих стосунках</i>	0.546	0.171
<i>Інтернальність у міжособистісних стосунках</i>	0.492	0.501
<i>Інтернальність у сфері здоров'я</i>	0.156	0.282
<i>Планування</i>	-0.056	0.408
<i>Моделювання</i>	0.688	-0.243
<i>Програмування</i>	0.044	0.661
<i>Оцінка результатів</i>	-0.54	0.516
<i>Гнучкість</i>	-0.614	0.531
<i>Самостійність</i>	0.234	0.649
<i>Я-образ</i>	0.23	0.807
<i>Самоставлення</i>	0.291	0.722
<i>Рефлексія</i>	0.269	0.809
<i>Соціальна ідентичність</i>	0.382	0.588
<i>Психологічна ідентичність</i>	0.442	0.313
<i>Емоційна ідентичність</i>	0.48	0.509
<i>Его-ідентичність</i>	0.415	0.798
<i>Алкогольна залежність (MAST)</i>	-0.242	-0.079
<i>Самооцінка (Розенберг)</i>	0.631	0.522
<i>Стрес-1 (PSS)</i>	-0.442	-0.256
<i>Стрес-2 (PSS)</i>	0.627	0.269

Фактор I можна умовно назвати «Емоційно-ціннісний та когнітивний блок самосвідомості». До нього увійшли показники, що відображають позитивні емоції

(0,73), сенс (0,81), досягнення (0,78), добробут (0,89), здоров'я (0,83), відносини (0,79), а також показники інтернальності: загальна інтернальність (0,68), інтернальність досягнень (0,48), інтернальність невдач (0,57), інтернальність сімейних стосунків (0,56), інтернальність виробничих відносин (0,55), інтернальність міжособистісних відносин (0,49). Високі факторні навантаження також виявлені для самооцінки за шкалою Розенберга (0,63). Така конфігурація свідчить, що для чоловіків із алкогольною залежністю важливим є прагнення до позитивного самоствавлення, підтримки життєвої перспективи та орієнтація на внутрішні ресурси. Водночас наявність негативних емоцій з від'ємним навантаженням (-0,16) указує на напружену боротьбу між прагненням до цілісності та руйнівним впливом залежності.

Фактор II інтегрував показники, що можна об'єднати у «*Регулятивно-ідентичнісний блок самосвідомості*». До нього увійшли складові саморегуляції: планування (0,41), моделювання (0,69), програмування дій (0,66), оцінка результатів (0,52), самостійність (0,65). Високі факторні навантаження також характерні для компонентів ідентичності за методикою Штепи: Я-образ (0,81), самоствавлення (0,72), рефлексія (0,81), емоційна ідентичність (0,51), соціальна ідентичність (0,59), его-ідентичність (0,80). Наявність подвійних навантажень у самооцінки (0,63 у Факторі I та 0,52 у Факторі II) вказує на її інтегративну роль у структурі самосвідомості. Така конфігурація свідчить про фрагментарність ідентичності й нестабільність регулятивних стратегій, що характерно для досліджуваної групи.

Отже, отримана двофакторна модель самосвідомості демонструє амбівалентність і суперечливість внутрішньої структури чоловіків з алкогольною залежністю: з одного боку, вони орієнтуються на позитивні емоції, сенс, досягнення та внутрішні ресурси; з іншого боку – спостерігається високий рівень прихованої напруженості, фрагментація ідентичності та труднощі у застосуванні стабільних регулятивних стратегій.

Отримані результати свідчать про певну суперечність між даними методик та результатами факторного аналізу. Так, під час стандартизованих опитувальників у

респондентів було виявлено відносно низький рівень усвідомлюваного стресу. Це можна пояснити захисними механізмами психіки та специфікою адиктивної поведінки, що спрямована на зниження відчуття внутрішньої напруги. Водночас факторна модель продемонструвала приховану напруженість і суперечливість внутрішньої структури самосвідомості, що проявляється через фрагментацію ідентичності, амбівалентність смислової сфери та нестабільність регулятивних стратегій. Тому, можна зробити висновок про розрив між свідомо декларованими показниками психологічного благополуччя та реальною внутрішньою динамікою.

Інтегративний аналіз отриманих емпіричних даних дав змогу сформулювати цілісне уявлення про специфіку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. Результати засвідчили, що структура самосвідомості є неоднорідною та відзначається дисбалансом між її основними компонентами.

Когнітивний компонент, досліджений за допомогою методики «Хто Я?» та модифікованої методики «Незакінчені речення» виявив фрагментарність ідентичностей та амбівалентність образу «Я». Для частини респондентів характерна інтеграція патологічно зумовленої ідентичності («алкоголік», «залежний») у структуру самосприйняття, що поєднується з негативними самооцінками й відчуттям нереалізованих можливостей. Водночас зберігаються ресурсні ідентичності, пов'язані з родиною та базовими соціальними ролями, які можуть бути використані як опора у психологічному супроводі.

Емоційно-ціннісний компонент засвідчив найбільшу вразливість. Низькі показники самоповаги, високий рівень сприйнятого стресу, домінування негативних установок у сфері минулого, майбутнього та почуття провини свідчать про порушення цілісності «Я-концепції» та підвищену емоційну напругу. Разом з тим, окремі показники (досягнення, міжособистісні стосунки) залишаються відносно збереженими, що підтверджує наявність компенсаторних ресурсів.

Регулятивний компонент продемонстрував неоднорідні результати: поряд із труднощами у програмуванні дій та моделюванні ситуацій простежуються високі показники автономності й здатності до оцінки результатів. Це вказує на збереження

потенціалу саморегуляції, який може стати основою для формування більш конструктивних стратегій поведінки.

Результати кореляційного аналізу підтвердили взаємозалежність між емоційно-ціннісними й регулятивними характеристиками, а також продемонстрували негативний вплив алкогольної залежності на рівень самоповаги та емоційний стан. Факторний аналіз виокремив два латентні блоки – емоційно-ціннісний з когнітивними характеристиками та регулятивно-ідентичнісний, що засвідчило амбівалентність і внутрішню суперечливість самосвідомості досліджуваних осіб. Кластеризація респондентів за рівнем інтегрованості самосвідомості показала наявність груп із низьким, середнім і високим рівнем цілісності, що підтвердило неоднорідність вибірки та різний ступінь збереженості особистісних ресурсів.

Таким чином, самосвідомість чоловіків з алкогольною залежністю характеризується поєднанням деструктивних і ресурсних компонентів, амбівалентністю ідентичності та дисгармонійністю у структурі когнітивних, емоційних і регулятивних складових. Виявлені тенденції засвідчують, що алкогольна залежність призводить до деформації самосвідомості, водночас залишаючи певні ресурси, які можуть бути використані для психологічного впливу та відновлення особистісної цілісності. Результати підтвердили важливість розрізнення рівнів розвитку та рівнів інтегрованості самосвідомості, що дозволило комплексно описати її специфіку.

У результаті емпіричного дослідження встановлено, що більшість чоловіків раннього дорослого віку, включених до вибірки, характеризуються високим рівнем вираженості алкогольної проблематики. Отримані дані свідчать про хронічний характер адиктивної поведінки та підтверджують клінічну релевантність досліджуваної вибірки.

Аналіз емоційно-ціннісного компонента самосвідомості засвідчив його системну уразливість. Для респондентів характерні підвищений рівень суб'єктивно сприйнятого стресу, зниження самоповаги, низька особистісна здійсненність і труднощі у переживанні внутрішньої цілісності, самоприйняття та осмислення

життєвого досвіду, що вказує на емоційну дезінтеграцію та дефіцит внутрішніх психологічних ресурсів.

Регулятивний компонент самосвідомості має відносно збережений характер, однак відзначається внутрішньою нерівномірністю. Це проявляється у поєднанні середнього рівня загальної саморегуляції з вибірковими порушеннями окремих її ланок, зокрема програмування дій та моделювання поведінкових стратегій, за наявності часткових компенсаторних механізмів контролю.

Дослідження локусу контролю виявило домінування зовнішньої атрибуції відповідальності, особливо у значущих життєвих сферах професійної діяльності та збереження здоров'я. Переважання екстернальної позиції відображає зниження суб'єктної активності та схильність до перекладання контролю за життєві події на зовнішні обставини.

Результати кластерного аналізу підтвердили неоднорідність вибірки та наявність груп із різним рівнем інтегрованості самосвідомості. Виявлено, що навіть за умов відносно збережених регулятивних функцій у частини респондентів спостерігається виражений дисбаланс між компонентами самосвідомості та фрагментарність Я-структури.

Дані факторного аналізу засвідчили існування латентної структури самосвідомості, у межах якої ключовим механізмом порушень виступає порушення узгодженості між емоційно-ціннісним і регулятивним рівнями, а не ізольоване зниження окремих показників.

Загалом отримані результати підтвердили робочу гіпотезу про наявність структурно-функціональних деформацій самосвідомості у чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю, що проявляються у зниженні інтегрованості Я-структури, домінуванні зовнішнього локусу контролю та дисбалансі між емоційно-ціннісними і регулятивними компонентами.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОЗВИТКУ САМОСВІДОМОСТІ ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

3.1. Психологічний ресурс у роботі з чоловіками з алкогольною залежністю

У процесі подолання залежності провідне місце належить поняттю психологічного ресурсу. Під цим у даному дослідженні розуміється взаємодія особистісних і середовищних потенціалів, які забезпечують людині можливість зберігати внутрішню рівновагу, долати кризові стани й підтримувати ефективне функціонування в умовах стресу [212; 138].

У межах дослідження ресурси розглядаються як внутрішньоособистісні, міжособистісні, екзистенційні та соціально-професійні [212; 138; 153; 269; 296; 170; 149; 300]. Детальніший їх опис подано в теоретичній частині роботи (розд. 1).

Як показали результати емпіричного дослідження (розд. 2) ресурси виконують не лише підтримувальну, а й трансформаційну функцію: вони знижують ризик рецидиву, сприяють відновленню цілісності особистості та становленню нової ідентичності, вільної від залежності [219]. У роботі з чоловіками, які мають досвід алкогольної залежності, особливо значущим є поєднання особистісних і соціальних джерел сили – розвиток відповідальності, здатності до турботи про себе, формування зрілих моделей поведінки й конструктивної участі в родинному житті.

Практичний досвід автора показує, що активізація ресурсів клієнта є умовою переходу від фази стабілізації до реінтеграції. Власні спостереження свідчать, що рівень саморефлексії та усвідомлення власних потреб прямо корелюють зі здатністю підтримувати ремісію та формувати стійкі копінг-стратегії.

Водночас, психологічний ресурс виступає основою стабільності та відновлення саморегуляції особистості, створюючи умови для тривалої ремісії та внутрішньої зрілості. Розуміння його структури дає можливість визначити, на які

аспекти спрямовані сучасні програми психологічного супроводу та які методи найбільш ефективно сприяють мобілізації ресурсного потенціалу клієнта. Саме ці питання розкриваються у наступному параграфі, де здійснено узагальнення вітчизняного та міжнародного досвіду роботи із залежними особистостями.

Значний ресурс у межах програми психологічного супроводу чоловіків з алкогольною залежністю відводимо наративним технологіям, що зумовлено їх використанням та спостереженнями щодо їхнього потенціалу у процесах переосмислення життєвого досвіду, самосприйняття та формування мотивації до змін. Ми використали наративні технології (про що буде детально описано чотири випадки роботи з клієнтами), у яких бачимо значний діагностичний і терапевтичний потенціал для підтримки процесу відновлення та розвитку самосприйняття у чоловіків з алкогольною залежністю.

Наративні психотехнології є дієвим інструментом у роботі з чоловіками, які мають алкогольну залежність, оскільки дозволяють по-новому організувати особистісний досвід та переосмислити усталені способи самосприйняття. Для цієї групи клієнтів характерним є звуження життєвих сюжетів, домінування руйнівних описів власної ідентичності та втрата відчуття впливу на власну історію. Робота з наративами сприяє тому, що фрагментовані та суперечливі елементи «Я-досвіду» отримують нову смислову структуру, а ключові події життя інтегруються у більш цілісний і конструктивний образ себе. Такий підхід узгоджується з емпірично встановленими особливостями когнітивних, емоційно-ціннісних і регулятивних компонентів самосвідомості залежних чоловіків і дає можливість цілеспрямовано впливати на їх деформації.

Застосування наративних психотехнологій має особливе значення у роботі з чоловіками, які мають досвід алкогольної залежності. Дослідження, присвячені наративам осіб із залежністю, показують, що їхні життєві історії часто насичені темами провини, сорому та втрати контролю, що підтримує відчуття безсилля та приреченості [157; 241; 137; 178]. У роботі з чоловіками з алкогольною залежністю це зумовлює необхідність створення безпечного простору для переосмислення травматичного досвіду й формування більш ресурсного образу себе [187].

Наративні підходи мають не лише корекційний, а й виражений діагностичний потенціал. Аналізуючи структуру та зміст особистісних історій, психолог може виявити приховані переконання, інтроєкти, механізми захисту, що підтримують залежну поведінку. Отже, наративний аналіз надає змогу вийти за межі симптоматичного опису й виявити глибинні смислові детермінанти залежності. Концепція самонаративів підкреслює, що психологічний сенс досвіду постає у процесі оповіді, де послідовність подій структуровано через сюжетні схеми [210]. У руслі конструктивістської парадигми Р. Німаєра процес наративної терапії розглядається як реконструкція особистісного сенсу, де зміна історії про себе стає актом психологічного відновлення [251]. У власному емпіричному дослідженні встановлено, що чоловіки з алкогольною залежністю схильні формувати фрагментарні, переважно песимістичні життєві наративи, які поєднуються зі зниженим рівнем самооцінки, домінуванням зовнішнього локусу контролю та недостатньою сформованістю механізмів саморегуляції. Це узгоджується з результатами, отриманими у розділі 2, зокрема з переважанням зовнішнього локусу контролю, підвищеним рівнем сприйнятого стресу та наявністю негативних Я-наративів у проєктивних методиках, що супроводжуються труднощами у планувально-регулятивних процесах.

У межах цієї дисертаційної роботи наративний аналіз розглядається насамперед як якісний метод вивчення самосвідомості. Для його практичного застосування доцільно виокремити низку індикаторів, що дозволяють описати характер і спрямованість особистісних історій. Ознаками деструктивного типу наративу виступають зовнішній локус контролю, самозвинувачення, відсутність причинно-часових зв'язків і відчуття безвиході. Натомість для ресурсного варіанта характерні прояви агентивності (“я можу”, “я вирішую”), наявність внутрішнього контролю, часової цілісності та орієнтації на майбутнє.

У роботі з образом “внутрішньої дитини” маркерами позитивних змін можуть бути: зниження тенденції до уникання, поява здатності приймати підтримку, підвищення толерантності до фрустрації, а також мовні трансформації від пасивних до активних формулювань (“зі мною сталося” → “я обираю”, “я роблю”). Зазначені

показники мають орієнтовний характер і можуть слугувати базою для подальшої операціоналізації поняття “ресурсний наратив” у психологічних дослідженнях.

Отже, наративні психотехнології доцільно розглядати як комплексний інструмент, що поєднує психологічну діагностику, психологічний вплив та особистісний розвиток. Вони дозволяють не лише виявляти приховані структури самосвідомості, а й сприяють трансформації деструктивних життєвих сценаріїв у конструктивні, орієнтовані на відновлення цілісності особистості.

3.1.1. Аналіз програм психологічного супроводу та психосоціальної підтримки у подоланні алкогольної залежності

Огляд сучасних підходів до подолання залежностей демонструє багатовекторність теоретичних засад і практичних стратегій, що зумовлено поліфакторною природою адиктивної поведінки. В українській психології останнього десятиліття спостерігається чіткий рух у напрямі створення цілісних авторських програм, у межах яких поєднуються різні психологічні підходи та сучасні технології психологічної діагностики, ресоціалізації й профілактики рецидивів [96; 52; 104; 88]. Такі програми орієнтовані не лише на зниження проявів адиктивної поведінки, а й на відновлення особистісних ресурсів, саморегуляції та інтегрованості самосвідомості.

У міжнародному контексті простежується тенденція до інтеграції когнітивно-поведінкових технік із гештальт-підходом, елементами сімейної терапії, ресурсно-орієнтованими моделями та цифровими інтервенціями, які підвищують доступність психокорекційної допомоги [134; 148; 153; 156; 197; 237; 269]. Відповідно до аналітичного огляду К. Карролл і Л. Онкен [164], найбільш ефективними визнаються комплексні поведінкові програми, які поєднують когнітивно-поведінкову терапію, мотиваційне інтерв'ю та системну участь родини. Такі моделі орієнтовані не лише на усунення симптомів, а й на розвиток навичок саморегуляції, підвищення усвідомленості власних тригерів і формування стратегій запобігання рецидивам.

У вітчизняній практиці чітко простежується тенденція до створення *структурованих програм*, що включають стабілізаційний етап, роботу з травмою, розвиток ресурсності та профілактику зривів. Зокрема:

- *Інтегративна особистісно-орієнтована розвиваюча модель реабілітації (ІООР)* Д. Старкова є етапною програмою психологічного супроводу осіб з алкогольним (а також наркотичним) uzалежненням, у межах якої психотерапевтичний процес структурується відповідно до рівнів функціонування особистості та стадій ремісії. Модель поєднує системну, когнітивно-поведінкову, гуманістичну, психодинамічну та екзистенційну парадигми з чітким визначенням завдань, методів і обмежень на кожному етапі реабілітації [96].

- *Програма С. Михайлів* складається з двох блоків – особистісної реабілітації та протирецидивної підтримки, що реалізуються через поєднання індивідуальної й групової роботи [52].

- *Трансдіагностична програма З. Федотової* базується на універсальному протоколі «діагностика – вплив – оцінювання результативності», що дозволяє застосовувати її для різних типів адикцій [104].

- *Програма А. Сальникової* орієнтована на осіб із ігровою залежністю та використовує структуровані КПТ-інтервенції й прогнозування ризиків рецидиву [88].

У міжнародній практиці домінують моделі, які поєднують поведінкові інтервенції, роботу з мотивацією та залучення родини:

- *Поведенкові програми* акцентують на ідентифікації тригерів, корекції дезадаптивних думок і формуванні стійких копінг-стратегій [148; 237].

- *Програма «12 кроків»* підкреслює роль спільнотності та взаємопідтримки в довготривалому відновленні [134].

- *Сімейні системні підходи* спрямовані на зміну дисфункційної динаміки, роботу зі співзалежністю та формування нових моделей взаємодії [153; 269].

- *Ресурсно-орієнтована модель MORE* інтегрує майндфулнес-практики, когнітивне переосмислення та розвиток позитивних емоцій [197].

• *Інноваційні технологічні програми (reBandit, ChatThero) демонструють потенціал штучного інтелекту в персоналізованій підтримці та доступності терапії [198; 298].*

Узагальнюючи аналіз програм, можна виокремити їхні ключові *спільні ефективні компоненти*:

1. *Етапність і структурованість*, що забезпечують прогнозованість терапевтичного процесу.

2. *Психоедукаційний компонент* як база для формування мотивації та розуміння механізмів залежності.

3. *Робота з ресурсами та навичками саморегуляції*, що підтримує стабілізацію.

4. *Залучення родини чи соціального оточення*, що підвищує ефективність змін.

5. *Профілактика рецидиву* через розвиток довготривалих поведінкових і смислових стратегій.

Зазначені принципи стали концептуальною основою програми *психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю*, розробленої на підставі емпіричних результатів, представлених у розділі 2. Узагальнену характеристику програм подано в додатку В.

3.2. Програма психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю

Робота з чоловіками з алкогольною залежністю характеризується високою клінічною та психологічною складністю й об'єктивно потребує міждисциплінарної взаємодії. У практиці реабілітації ефективність підтримки зростає за умови залучення фахівців різного профілю – лікарів-наркологів, психіатрів, терапевтів (у випадках соматичної коморбідності), психологів, психотерапевтів, а також (за запитом клієнта) представників духовного супроводу. У межах даного дослідження психологічна програма супроводу розглядається як окремий, самодостатній компонент комплексної допомоги, що не заперечує цінності медичної чи соціальної підтримки, а розглядає їх як можливі елементи координації та взаємного підсилення втручань. Подібна позиція відповідає сучасним концепціям адиктологічного консультування, згідно з якими ефективна допомога особам із розладами вживання психоактивних речовин ґрунтується на поєднанні психотерапевтичних, медичних та соціально-підтримувальних інтервенцій, а також передбачає поетапність і структурованість втручання [163].

Досвід українських провайдерів лікування залежностей у період воєнних дій продемонстрував необхідність адаптації терапевтичних програм до кризових умов, впровадження гнучких форматів підтримки та посилення міжсекторальної координації допомоги [176]. Це підкреслює значущість системної організації психологічного супроводу як складника комплексної моделі допомоги.

Розроблена програма психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю (далі – ППСРС-А) спрямована на поетапне відновлення цілісності самосвідомості та формування умов для стійкої ремісії [114]. Програма спирається на сучасні нейробіологічні та клініко-психологічні моделі залежності (див. розд. 1), а також на емпіричні результати, отримані у розділі 2, які дозволили виокремити вразливі та відносно збережені компоненти самосвідомості у чоловіків із алкогольною залежністю. Методологічною основою

побудови програми виступає інтегративно-особистісний підхід, логіка та ключові положення якого були обґрунтовані у розділі 2 дисертації з урахуванням положень про необхідність поєднання різних психологічних концепцій для аналізу надскладних об'єктів психологічного дослідження.

Програма має концептуальний характер і описує логіку, зміст та послідовність психологічного супроводу, проте не подається як апробований клінічний протокол з доведеною ефективністю. Поетапний опис програми вибудовано за принципом системного представлення процесу психологічного супроводу (етап → завдання → механізми → інтервенції → критерії переходу). Зміст етапів, центральна вісь змін та набір психологічних конструктів сформульовано на підставі емпіричних результатів дослідження (розд. 2) та специфіки концептуальної моделі самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю.

Зміст інтервенцій на кожному етапі програми може змінюватися залежно від індивідуальних особливостей клієнта та умов психологічної допомоги, що підкреслює концептуальний, а не протокольний характер програми. Використовувані методики та практичні інструменти не становлять фіксованого набору й добираються індивідуально з урахуванням актуального стану клієнта та його готовності до роботи.

У межах запропонованої програми нарративні психотехнології не виокремлюються як самостійний етап або окремий психотерапевтичний підхід, а концептуалізуються як наскрізний принцип аналізу та опису змін у самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. У межах даної моделі трансформація самонаративів інтерпретується як індикатор інтеграції особистісного досвіду, посилення суб'єктного ставлення до власного життя та узгодження часових вимірів «минуле – теперішнє – майбутнє». Наративна перспектива дозволяє описати зв'язок між процесами усвідомлення, емоційної регуляції та формування суб'єктної позиції, не претендуючи на емпіричне доведення ефективності відповідних інтервенцій. У такому розумінні нарративний вимір узгоджується з центральною віссю моделі – процесом «плекання внутрішньої дитини», який

розглядається як теоретичний конструкт, що відображає перехід від регресивних форм саморегуляції до більш зрілих і інтегрованих способів організації досвіду.

У межах інтегративного підходу окремі положення гештальт-парадигми використовуються як концептуальна рамка для опису динаміки усвідомлення, контакту та асиміляції досвіду, що зумовлено предметом дослідження – самосвідомістю як цілісною, динамічною та інтегративною системою. У гештальт-підході самосвідомість розглядається не як сукупність когнітивних уявлень про себе, а як процес організації досвіду «Я» в полі потреб, емоцій, тілесних відчуттів, смислів і стосунків, який проявляється через здатність до саморегуляції та інтеграції досвіду [256; 200]. Саме в цьому значенні положення гештальт-парадигми є концептуально сумісними із завданням відновлення узгодженості компонентів самосвідомості, порушеної в умовах адиктивної поведінки.

Додатковою підставою для такого підходу є інтерпретація залежності у даному дослідженні не лише як регулятивного симптому, а як специфічного способу регуляції внутрішньої напруги, що реалізується через звуження усвідомлення, уникнення афективного переживання та переривання контакту з внутрішнім досвідом. Відповідно, психологічний супровід спрямовується на відновлення здатності помічати, витримувати та інтегрувати внутрішні переживання без використання адиктивних форм уникнення, тобто на розвиток самосвідомості як здатності до самоспостереження, рефлексії та саморегуляції.

Професійна підготовка автора у межах гештальт-підходу, підтверджена відповідним сертифікатом (№ 1-2023/PC/UUAP), а також Європейським сертифікатом психотерапевта (European Certificate of Psychotherapy, ECP), виданим Європейською асоціацією психотерапії (European Association for Psychotherapy, EAP), принципів, технік і форм роботи, які враховувалися у процесі формування запропонованої концептуальної моделі. Зазначена підготовка зумовила орієнтацію програми на аналіз суб'єктивного досвіду, особливостей міжособистісної взаємодії, тілесних проявів переживання, підтримку автономії клієнта та інтеграцію нового досвіду в межах концепції циклу контакту [256].

У сучасних підходах до розуміння залежності зберігається позиція, що інтенсивні психотерапевтичні втручання доцільно розпочинати після періоду стабільного утримання, який у межах нейробіологічної концепції хронічного рецидивного перебігу окреслюється часовими межами від одного до двох років [225; 297]. Проте результати рандомізованих контрольованих досліджень та систематичних оглядів не підтверджують обов'язковості такої вимоги: мотиваційно-когнітивно-поведінкові інтервенції, застосовані до пацієнтів із активною залежністю за наявності мотивації до змін, демонструють статистично значуще зменшення вживання протягом кількох місяців [130], так само як і групові методи та мотиваційне інтерв'ю [234; 273]. Отже, вимога тривалої попередньої ремісії не є універсальною за умови достатнього рівня самосвідомості та готовності до змін клієнта.

Вибір критерію 7–10 діб стабільної абстиненції ґрунтується на положеннях міжнародних клінічних рекомендацій, згідно з якими розгортання цілеспрямованої психологічної роботи можливе після зменшення гострих проявів абстинентного синдрому та досягнення базової соматичної стабільності, що забезпечує здатність клієнта до орієнтації в реальності, самостереження та участі у психологічному процесі [304; 169]. У середньому, цей період становить від 5-7 днів при легких формах до 10 днів при більш виражених станах. Такий часовий проміжок забезпечує базову здатність клієнта до саморефлексії, орієнтації в реальності та активної участі у психологічній роботі.

У сучасній міжнародній адиктології для позначення тривалих порушень, що зберігаються після припинення вживання алкоголю та купірування гострого абстинентного синдрому, використовується поняття постабстинентного синдрому (Post-Acute Withdrawal Syndrome, PAWS). Він описується як комплекс емоційних, когнітивних і регулятивних розладів, що виникають у період ранньої ремісії та можуть зберігатися тривалий час попри повну відмову від алкоголю. У межах концепції профілактики рецидивів зазначається, що саме постабстинентний період є найбільш уразливим щодо повторного вживання, оскільки суб'єктивно важко переносимі симптоми поєднуються зі зниженням здатності до саморегуляції та

витримування психоемоційної напруги [201]. До типових проявів відносять афективну нестабільність, підвищену тривожність, порушення сну, астеничні стани, зниження концентрації уваги та когнітивної гнучкості [207; 297].

Незважаючи на визнання значущості постабстинентного синдрому, більшість сучасних підходів інтерпретують його переважно у біомедичному та нейробиологічному контексті, зосереджуючись на фармакологічній підтримці ремісії. Водночас психологічний зміст постабстинентного періоду, зокрема пов'язані з ним порушення самосвідомості, ідентичності, смисложиттєвих орієнтацій і суб'єктної позиції, залишається недостатньо систематизованим у межах адиктологічних моделей [237].

Відповідно до положень МКХ-11, розлади, пов'язані з уживанням алкоголю, характеризуються не лише гострими проявами інтоксикації та абстиненції, а й тривалими психоемоційними й когнітивними порушеннями, що можуть зберігатися після припинення вживання психоактивної речовини. Це обумовлює необхідність комплексної психосоціальної та психологічної підтримки осіб у період ранньої ремісії (ВООЗ, МКХ-11). За потреби зазначається, що подібні клінічні характеристики описані також у DSM-5 [133].

Критерії включення (мотивація до змін, здатність до саморефлексії) та виключення (активний психоз, високий суїцидальний ризик, неконтрольована абстиненція, тяжкі когнітивні порушення) узгоджуються з усталеною міжнародною практикою безпечного ведення залежних пацієнтів [250; 290]. У випадку коморбідності (ПТСР, депресія, тривожні розлади) терапія проводиться з корекцією інтенсивності та у співпраці з психіатром, що відповідає підходам інтегрованого лікування (trauma-informed care) [209; 290].

Ключові принципи програми:

- психоедукація як наскрізний компонент на кожному етапі;
- варіативність застосування залежно від рівня мотивації клієнта (мотивовані/амбівалентні);
- робота з запереченнями та формування опор як постійні процеси;

- інтеграція методів гештальт-терапії, травматерапії, наративного підходу, КПТ і ресурсно-орієнтованих технік;
- сформованість навички конструктивного перерозподілу енергії колишньої залежності між життєвими сферами (модель 10×10, узгоджена з PERMA-моделлю позитивного функціонування);
- опора на емоційне тепло, прийняття, стабільність, свободу й прогнозованість як базові умови безпечного клімату.

Запропонована модель описує логіку психологічних змін у процесі супроводу чоловіків з алкогольною залежністю та ґрунтується на емпірично виявлених особливостях функціонування самосвідомості (див. розд. 2). Центральним концептом моделі є процес «плекання внутрішньої дитини», який використовується для теоретичного осмислення поступового переходу від менш зрілих способів саморегуляції до форм, більш узгоджених з біологічним віком особистості. Етапи програми подаються як послідовність основних напрямів психологічної роботи: діагностика, опрацювання травматичного досвіду, розвиток ресурсів, формування смисложиттєвих орієнтацій та асиміляція змін.

У цій роботі вводиться поняття «плекання внутрішньої дитини», яке визначається як процес поступового розвитку образу дитячого аспекту Я до зрілого стану з подальшою інтеграцією у дорослу ідентичність. На відміну від традиційних підходів, де внутрішня дитина розглядається переважно як метафора незавершених ситуацій минулого [244; 254; 256; 299], у даній моделі вона стає центральною віссю відновлення регуляції та узгодження внутрішнього досвіду з біологічним віком клієнта.

Використання цього образу має підтвердження в сучасних підходах: роботи Дж. Бредшоу [154] та П. Кларксон [168] демонструють ефективність практик, спрямованих на розвиток і інтеграцію дитячого Я. У запропонованому підході цей процес трактується як чинник підтримання стійкої ремісії [192].

Як зазначалося у розділі 1, залежність пов'язана з порушенням балансу між системою винагороди й префронтальними механізмами контролю, а також зі зниженням здатності до саморегуляції [227]. Розроблена програма психологічної

підтримки спирається на уявлення про нейропластичність та можливість формування нових регуляторних механізмів у процесі тривалої психологічної роботи, що зумовлює її поетапний і довготривалий характер. Такий підхід ґрунтується на сучасних даних нейронаук і психологічних досліджень, зокрема на положеннях про нейропластичність [218] та результатах нейропсихоаналітичних розвідок [286] доводять принципову можливість формування нових регуляторних механізмів, навіть у випадку глибоких порушень. Практичний досвід показує, що через поетапне плекання внутрішньої дитини, асиміляцію травматичного досвіду та розвиток ресурсів можливо сформувати нові елементи самоконтролю, які узгоджують внутрішній досвід із біологічним віком клієнта. Саме ця відмінність підкреслює оригінальність представленої моделі.

Ідея конструктивного розподілу енергії залежності (100% → 10×10%) сформувалася у процесі професійного навчання та супервізійної роботи. У межах дослідження вона була теоретично осмислена та інтегрована у програму ППСРС-А як інструмент стабілізації, розвитку саморегуляції й перенаправлення адиктивного потенціалу у конструктивні життєві сфери (Додаток Р).

Модель передбачає цілеспрямований перерозподіл активності з адиктивного каналу на десять умовних напрямів (по 10% кожен): тілесність, творчість, навчання, соціальні зв'язки, сім'я, робота, духовність, самопізнання, допомога іншим і відпочинок. Такий підхід сприяє відновленню багатоканальної системи задоволення потреб і зниженню ризику рецидиву.

Навіть короткі дії (5–20 хвилин фізичної активності, дихальна вправа, контакт із близькими, нотатка у щоденнику емоційного самопостереження (Додаток С)) можуть зменшувати інтенсивність потягу та підтримувати відчуття контролю, сприяючи формуванню альтернативних способів регуляції [218; 256].

Для закріплення результатів використовується техніка усвідомлення особистісних ресурсів, що передбачає фіксацію ключових підтримувальних сфер життя та їх розміщення у полі постійної видимості як нагадування про наявні внутрішні опори й можливість конструктивної дії у ситуаціях тригерів [257; 276].

В основі програми також лежить уявлення про закономірності циклу залежності, що складається з повторюваних фаз: тригер – крейвінг (нав'язливий потяг до вживання) – вживання – наслідки – псевдоконтроль – новий тригер [227; 294]. Поетапна робота з кожною ланкою цього кола забезпечує можливість «розімкнути» його: стабілізація та ресурс знижують вплив тригерів, робота з травмою та внутрішнім досвідом зменшує інтенсивність крейвінгу, а інтеграція нових моделей поведінки перешкоджає рецидиву.

У програмі враховано положення концепції циклу контакту, представленої в гештальт-парадигмі [200; 256]. Завершення цього циклу є необхідною умовою асиміляції нового досвіду, що пояснює важливість тривалого та структурованого терапевтичного процесу. Практичний досвід підтверджує, що зміни носять хвилеподібний характер («три кроки вперед, два назад»), а тимчасові регресії є природним етапом інтеграції.

Етапність програми має підтвердження у відомих теоріях:

- транстеоретична модель змін визнає рецидив закономірним етапом [260];
- Ж. Піаже зазначав, що стійке засвоєння нового досвіду відбувається через процеси включення та перебудови наявних когнітивних структу [258];
- нейробіологічні дослідження доводять, що формування нових моделей поведінки потребує тривалої перебудови нейронних зв'язків [218; 268];
- у межах нейропсихоаналізу М. Солмз підкреслює важливість інтеграції афективного досвіду [286];
- теорія поля К. Левіна та її розвиток у гештальт-терапії вказує на необхідність врахування цілісного контексту змін [200; 231].

Програма інтегрує ресурсно-орієнтовані практики, тілесні вправи (заземлення, дихальні техніки), медитативні та усвідомлювальні практики для контакту з внутрішньою дитиною, а також наративні методи рефлексії та переосмислення особистісного досвіду. Застосування наративних підходів передбачає вербалізацію пережитого досвіду, реконструкцію життєвих подій та формування альтернативних описів власної історії, що сприяє зниженню фрагментованості досвіду та його інтеграції у структуру самосвідомості.

Сукупність зазначених інтервенцій сприяє асиміляції травматичного досвіду та відновленню регуляторних функцій, що підтверджується сучасними дослідженнями, зокрема даними щодо позитивного впливу майндфулнес-практик на зниження рівня стресу в умовах війни [247].

Завершальні етапи програми орієнтовані на опрацювання травми та пошук сенсу життя. Це узгоджується з фазовою моделлю Дж. Герман (стадії безпеки, опрацювання травми, інтеграції) [209], концепцією посттравматичного росту [292], логотерапією В. Франкла [194], позитивною психологією (PERMA-модель М. Селігмана) [276] та ідеями позитивної терапії Н. Пезешкіана [257]. Зокрема, його балансна модель (тіло – діяльність – контакти – фантазії/цінності) підкреслює роль життєвих цінностей і смислів як умови стабільного функціонування.

Як додаткові, але не визначальні елементи підтримки в межах програми можуть використовуватися участь у групах взаємодопомоги (AA/Al-Anon), фармакотерапія та сімейні зустрічі [134; 242; 250]. Залучення сім'ї є доцільним у випадках, коли в найближчому оточенні клієнта наявні чинники, що підвищують ризик рецидиву, зокрема вживання психоактивних речовин членами родини, виражені співзалежні та контролювальні патерни взаємодії, наявність тривалих конфліктів щодо виховання дітей, а також повторні рецидиви попри індивідуальну психологічну роботу [153; 242; 269]. Зазначені форми підтримки реалізуються лише за добровільної згоди родичів і в межах моделі розглядаються як рекомендований супровід основного психологічного процесу, а не як чинник, що безпосередньо визначає його результативність [242; 296].

Суттєво, що відновлення контролю та нових регуляторних механізмів не відбувається спонтанно. Дані досліджень свідчать, що стабілізація позитивних психологічних змін найчастіше пов'язана з довготривалою психологічною роботою (12–24 міс.), особливо у вразливих клієнтів [227; 218; 295]. Це пояснюється потребою часу для нейропластичної перебудови, інтеграції афективного досвіду та засвоєння нових моделей поведінки. Саме тому програма розроблена як структурований довготривалий процес, який послідовно переводить

клієнта від стабілізації та мобілізації ресурсів до асиміляції травматичного досвіду і пошуку смислів.

На початку супроводу узгоджується індивідуальний план безпечної поведінки та порядок дій у ситуаціях підвищеної напруги або ризику зриву. Він включає: фіксацію типових тригерів; перелік самодопоміжних дій упродовж перших 24 годин (контакт із підтримувальним середовищем, відновлення структури дня, стабілізуючі вправи); визначення доступних ресурсів допомоги (гарячі лінії, служби невідкладної підтримки, довірена особа); а також можливість позачергової консультації у стислий термін за умови різкого погіршення стану. За наявності ознак високого ризику для життя або здоров'я клієнта супровід реалізується із дотриманням принципу пріоритету безпеки та за необхідності передбачає залучення медичних фахівців у межах міждисциплінарної взаємодії.

Етапність і структурованість психологічної роботи узгоджуються з підходом, запропонованим І. Дмитриком у дослідженні подолання кризових станів у чоловіків, де підкреслюється важливість первинної стабілізації, поступового опрацювання емоційних і когнітивних компонентів кризи, активізації внутрішніх ресурсів та формування адаптивних моделей подолання [25]. Така послідовність втручань створює фундамент для подальшої корекційної роботи та переходу до формування нових поведінкових стратегій.

Усі втручання здійснюються з дотриманням принципів інформованої згоди, конфіденційності, меж професійної компетентності та регулярної супервізії. Програма позиціонується як наукова розробка і не замінює офіційні клінічні настанови; клінічні приклади наведені в анонімізованому вигляді зі зміненими ідентифікаційними даними. Мотиваційна готовність клієнта підтримується в процесі індивідуальної психологічної взаємодії, а не через використання окремих стандартизованих мотиваційних інструментів.

У такому форматі ця модель постає як інтегративна система, що поєднує гештальт-підхід, закономірності циклу залежності, ресурсно-орієнтовані практики, роботу з проблемою контролю та екзистенційну інтеграцію. Це дозволяє поступово формувати нові регуляторні функції, конструювати більш сталі елементи

ідентичності та підвищувати ймовірність стабільної ремісії. Логічним продовженням є перехід до розгляду ролі самосвідомості у процесі реабілітації: у тезах узагальнено практичні спостереження, які свідчать, що розвиток рефлексивних здібностей, переосмислення власного досвіду та побудова нових поведінкових стратегій можуть підтримувати процес реабілітації чоловіків із алкогольною залежністю [119].

У даному описі програми гештальт-підхід не розглядається як єдиний або домінуючий метод психологічного впливу. Окремі його положення використовуються як теоретична основа для опису процесів усвідомлення, регуляції та інтеграції внутрішнього досвіду у ході психологічного супроводу. Поняття етапності змін і поступового засвоєння нового досвіду застосовуються для пояснення логіки переходів між етапами програми та узгоджуються з сучасними уявленнями про психологічні й нейробіологічні механізми залежності, ресурсно-орієнтованими підходами, нарративними та смисложиттєвими концепціями. Відтак, програма має інтегративний характер і ґрунтується на поєднанні різних теоретичних підходів, не обмежуючись рамками одного психотерапевтичного напрямку.

Наскрізними компонентами програми є орієнтація на актуальний досвід клієнта та його індивідуальні особливості; робота зі смисложиттєвими орієнтаціями як чинником довготривалої стабільності; використання діалогічного формату взаємодії; психоедукація як інструмент підвищення усвідомленості щодо психологічних механізмів залежності та ризику рецидиву. За потреби програмою передбачено залучення родинного ресурсу та роботу зі співзалежними патернами як допоміжний напрям, а також використання підтримувальних форм супроводу як додаткового середовища закріплення змін. Реалізація зазначених компонентів має гнучкий характер і узгоджується з рівнем мотивації клієнта, його актуальним психологічним станом і контекстом надання допомоги з дотриманням професійних етичних стандартів, принципів інформованої згоди, конфіденційності та меж компетентності.

З урахуванням теоретичних положень, викладених у розділі 1, емпіричних результатів дослідження, представлених у розділі 2, а також авторської концептуальної моделі самосвідомості було розроблено поетапну програму психологічного супроводу. Кожен етап програми має чітко визначені завдання, домінантні психологічні механізми впливу, базові форми роботи та критерії переходу до наступного етапу. Це забезпечує послідовний рух від первинної стабілізації до інтеграції досягнутих змін і їх закріплення у повсякденному функціонуванні. Нижче подано зміст основних етапів програми.

Етап 0. Преконтакт

У структурі поетапного психологічного супроводу початковий етап розглядається як підготовчий, що передує безпосередній роботі з розвитком самосвідомості [118]. Його основне завдання полягає у створенні базових умов психологічної безпеки, ознайомленні клієнта з форматом психологічної допомоги та формуванні готовності до подальшої участі в програмі. На цьому етапі не ставиться мета зміни поведінки або глибокого аналізу внутрішніх переживань; увага зосереджується на зниженні психоемоційної напруги, стабілізації стану та налагодженні робочої взаємодії з психологом.

Реалізація програми розпочинається після стабілізації гострих проявів алкогольної залежності, орієнтовно через 7–10 діб утримання від вживання алкоголю. Тривалість підготовчого етапу зазвичай становить від двох до чотирьох тижнів і визначається індивідуальним рівнем психологічної готовності клієнта до участі в супроводі.

Проведення психологічної роботи після періоду детоксикації відповідає клінічним рекомендаціям щодо поетапного лікування розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин, де детоксикація розглядається як окремий стабілізаційний етап, що передує психотерапевтичному втручання [289].

Зміст цього етапу зосереджений на стабілізації психологічного стану клієнта, формуванні відчуття безпеки та довіри до процесу психологічної допомоги. За відсутності такої бази подальша робота з розвитком самосвідомості та саморегуляції є суттєво ускладненою. Підготовчий етап не включає системної

діагностики залежної поведінки та має забезпечити готовність клієнта до наступного етапу програми.

Для чоловіків з алкогольною залежністю початок психологічної роботи часто супроводжується вираженим соромом, почуттям провини, страхом негативного оцінювання та недовірою до фахівців. У зв'язку з цим на підготовчому етапі основна увага приділяється зниженню психоемоційної напруги та створенню умов, за яких клієнт може брати участь у психологічній роботі без додаткової емоційної дезорганізації.

У даному дослідженні алкогольна залежність розглядається як спосіб зниження внутрішньої психоемоційної напруги, що тривалий час замінював більш усвідомлені форми саморегуляції. На початковому етапі психологічний супровід спрямовується не на детальний аналіз залежної поведінки, а на поступове відновлення здатності помічати власний стан і використовувати базові способи регуляції без вживання алкоголю.

Психологічна допомога на цьому етапі відповідає періоду стабілізації, у межах якого пріоритетними є зниження рівня напруги, відновлення відчуття контролю та формування відносної психологічної рівноваги [209]. Такий підхід є доцільним з огляду на поширені порушення емоційної регуляції та підвищену стресову вразливість у осіб з алкогольною залежністю. У випадках поєднання залежності із супутніми психічними розладами доцільним є інтегрований підхід до лікування, що передбачає одночасну координацію психотерапевтичних і медичних компонентів допомоги [290]. Зниження здатності до контролю імпульсів розглядається як один із механізмів підтримання залежної поведінки [202], що враховується при організації психологічного супроводу.

На цьому етапі робота здійснюється у формі регулярних індивідуальних зустрічей, під час яких основна увага приділяється обговоренню актуального стану клієнта, його самопочуття та труднощів періоду утримання від алкоголю. Психолог утримується від передчасних інтерпретацій і оцінок, зосереджуючись на підтримці, проясненні переживань та поступовому залученні клієнта до активної участі в процесі супроводу.

Важливим складником цього етапу є психоедукація, спрямована на зниження рівня самозвинувачення та формування реалістичного розуміння особливостей залежності й постабстинентного періоду. Ознайомлення клієнта з типовими труднощами раннього етапу утримання сприяє зменшенню тривоги та підвищенню передбачуваності власного стану [227].

За необхідності на цьому етапі можуть використовуватися окремі прийоми, спрямовані на підтримку мотивації до змін, що дозволяє обговорювати сумніви та суперечливі переживання клієнта без тиску та примусу [245].

Завершення підготовчого етапу визначається досягненням відносної стабільності емоційного стану, зменшенням інтенсивності сорому та провини, формуванням довіри до психологічного супроводу та готовності клієнта до подальшої роботи. Це створює умови для переходу до наступного етапу програми, спрямованого на діагностику та подальший розвиток самосвідомості.

Етап 1. Діагностика, стабілізація та початковий ресурс

Перший етап програми ППСРС-А спрямований на поглиблене вивчення індивідуальних особливостей залежної поведінки клієнта та систематизацію його психологічного досвіду в умовах відносної стабільності стану. На цьому етапі психологічний супровід спрямовується на усвідомлення структури залежної поведінки та ключових чинників її підтримання. Середня тривалість етапу становить від шести до восьми тижнів і визначається динамікою стану клієнта та його здатністю брати активну участь у психологічному супроводі.

Ключовим завданням етапу є виявлення індивідуальних механізмів підтримання залежної поведінки, зокрема повторюваних ситуацій, що передують вживанню алкоголю, типових емоційних реакцій, звичних способів подолання напруги та особливостей прийняття рішень у складних життєвих обставинах. Алкогольна залежність у межах програми розглядається як усталений спосіб реагування на внутрішні та зовнішні труднощі за умов недостатньо сформованих навичок саморегуляції. Тому діагностична робота спрямована на прояснення цих закономірностей у власному досвіді клієнта.

З метою уточнення та систематизації виявлених закономірностей залежної поведінки на цьому етапі може використовуватися щоденник тригерів як допоміжний інструмент самоспостереження. Його застосування спрямоване на опис і відстеження ситуацій, емоційних станів і поведінкових імпульсів, що передують вживанню алкоголю, та дозволяє поєднати суб'єктивний досвід клієнта з даними діагностичного інтерв'ю. Використання щоденника має описовий характер і не передбачає самоконтролю або оцінювання (додаток У).

Провідною формою роботи на цьому етапі є діагностичне інтерв'ю, доповнене використанням психодіагностичних методик (методика незавершених речень, шкали оцінки психологічного стресу та саморегуляції). Отримані результати слугують підґрунтям для планування подальшого психологічного супроводу та визначення пріоритетних напрямів психологічної роботи.

Поряд із діагностичною роботою на цьому етапі вводяться елементи, спрямовані на підтримання відносної стабільності психоемоційного стану у повсякденних ситуаціях. Йдеться не про базову стабілізацію, що була завданням підготовчого етапу, а про поступове формування навичок самоспостереження та усвідомлення зв'язку між емоційним станом і поведінковими рішеннями.

Тому, з метою розвитку самосвідомості використовується ведення щоденника емоцій як інструменту аналізу власного досвіду. Він застосовується для виявлення повторюваних зв'язків між подіями, емоційними реакціями та подальшими діями. Така робота сприяє формуванню здатності до узагальнення власного досвіду та поступового переходу від імпульсивного реагування до більш усвідомленого вибору поведінки.

Теоретично етап базується на уявленні про залежність як звичний спосіб саморегуляції, який формується поступово і починає використовуватися автоматично у складних ситуаціях [227; 294]. Усвідомлення цих звичних способів саморегуляції у власному досвіді клієнта є необхідною передумовою для подальших змін.

Етап узгоджується з підходами, що описують процес поступового переходу від усвідомлення наявності проблеми до її осмислення, аналізу причин і можливих

наслідків власної поведінки [260]. У цьому контексті психологічний супровід спрямований на підтримку процесу рефлексії та поступове формування внутрішньої готовності до змін.

За потреби на цьому етапі може продовжуватися участь клієнта у групах взаємодопомоги або психологічної підтримки як додатковому ресурсі, що сприяє соціальній інтеграції та закріпленню навичок утримання від вживання алкоголю.

Завершення першого етапу визначається сформованістю у клієнта більш цілісного уявлення про власну залежну поведінку, підвищенням здатності аналізувати свій стан і поведінку, а також появою готовності до глибшої психологічної роботи. Саме ці зміни створюють підґрунтя для переходу до наступного етапу програми.

Етап 2. *Опрацювання травматичного досвіду*

На другому етапі програми здійснюється психологічна робота з травматичним досвідом клієнта. Його реалізація стає можливою після проходження попереднього етапу та досягнення відносної стабільності психоемоційного стану. Орієнтовна тривалість етапу становить від шести до восьми тижнів і залежить від динаміки опрацювання емоційно значущого досвіду в межах психологічного супроводу.

Основним завданням цього етапу є поступове опрацювання емоційного досвіду, пов'язаного з травматичними подіями, та зменшення його дезорганізуючого впливу на психічне функціонування. У цій програмі травматичний досвід розглядається як чинник, що порушує узгодженість емоційних реакцій, ускладнює регуляцію внутрішнього стану та сприяє формуванню стійких форм уникнення складних переживань. У зв'язку з цим робота на даному етапі спрямована не на детальне відтворення травматичних подій, а на їх поступове психологічне опрацювання та включення у цілісну картину особистого досвіду.

У дослідженнях травматичного досвіду зазначається, що перехід до його опрацювання є доцільним після досягнення базової стабільності психологічного стану [209]. На цьому етапі клієнт має бути здатним усвідомлювати власні емоційні

стани та користуватися сформованими способами саморегуляції без повернення до залежної поведінки.

У процесі психологічного супроводу увага зосереджується на поступовому відновленні зв'язку між пережитими подіями, емоційними реакціями та їх значенням для особистого життєвого досвіду клієнта. Особливу увагу приділено тим емоційним станам, які раніше ігнорувалися або пригнічувалися і могли виступати фоном для формування залежної поведінки. Такий підхід дозволяє зменшити фрагментованість емоційного досвіду та підвищити його усвідомленість.

Методично робота на цьому етапі здійснюється з використанням форм психологічної взаємодії, спрямованих на аналіз актуальних переживань клієнта та їх зв'язку з попереднім життєвим досвідом. У процесі роботи увага зосереджується на поступовому зверненні до значущих для клієнта переживань із урахуванням індивідуального темпу та рівня готовності. Дотримання принципу поступовості дозволяє запобігти перевантаженню психоемоційної сфери та зберігати відносну стабільність стану.

Окреме місце на цьому етапі займає робота з тілесними проявами емоційних станів, оскільки значна частина травматичного досвіду фіксується на рівні фізичних реакцій і не завжди має чітке словесне оформлення. Усвідомлення зв'язку між тілесними відчуттями та емоційними переживаннями сприяє кращому розумінню власного стану та зменшенню потреби у використанні алкоголю як засобу зниження напруги. У цьому контексті тілесна чутливість розглядається як важливий компонент розвитку самосвідомості.

Можливість позитивних змін на цьому етапі обґрунтовується сучасними уявленнями про нейропластичність, відповідно до яких повторюваний усвідомлений досвід сприяє формуванню нових способів емоційної регуляції навіть за умов тривалих порушень [218; 268]. Додатково ця позиція узгоджується з дослідженнями, що підкреслюють роль інтеграції емоційного досвіду у відновленні регуляторних функцій психіки [286].

Поряд з індивідуальною роботою на цьому етапі може підтримуватися участь клієнта у групових формах психологічної взаємодії. Груповий формат

розглядається як додатковий ресурс, що сприяє зменшенню відчуття ізолюваності, нормалізації переживань і підтриманню стабільності психоемоційного стану.

Завершення другого етапу визначається зниженням інтенсивності емоційної напруги, підвищенням здатності клієнта усвідомлювати та витримувати власні емоційні стани, формуванням більш цілісного уявлення про власний життєвий досвід і зменшенням залежності від алкоголю як засобу регуляції внутрішнього стану. Досягнення цих змін створює умови для переходу до наступного етапу програми, орієнтованого на розвиток особистісних ресурсів та ціннісно-сміслових компонентів самосвідомості.

Етап 3. Ресурс і розвиток опор.

Третій етап програми ППСРС-А пов'язаний із послідовним формуванням і закріпленням системи внутрішніх і зовнішніх ресурсів, необхідних для підтримання психоемоційної стабільності та підвищення стресостійкості. Орієнтовна тривалість цього етапу становить від шести до восьми тижнів і визначається темпом відновлення ресурсного потенціалу клієнта, а також його здатністю використовувати неадиктивні способи саморегуляції у повсякденному житті.

Метою етапу є створення відносно стійкої ресурсної основи, яка дозволяє клієнтові витримувати напруження, фрустрацію та емоційні коливання без повернення до залежної поведінки. У програмі ресурси розглядаються не як фіксований набір особистісних якостей, а як динамічна система опор, що формується у процесі набутого досвіду та забезпечує підтримку функцій саморегуляції в умовах внутрішніх і зовнішніх стресових впливів.

Теоретично логіка цього етапу ґрунтується на теорії збереження ресурсів, відповідно до якої втрата ресурсів є одним із ключових чинників психологічного напруження, тоді як їх відновлення та накопичення сприяють підвищенню адаптаційних можливостей особистості [212]. Для чоловіків з алкогольною залежністю характерним є тривалий досвід втрат у різних сферах життя – емоційній, соціальній, професійній та тілесній, – що обмежує доступні способи задоволення потреб і підсилює залежну поведінку як компенсаторний спосіб

регуляції. У зв'язку з цим завданням цього етапу є поступове відновлення відчуття опори на власні можливості та ресурси соціального середовища.

У контексті розвитку самосвідомості основна увага приділяється формуванню здатності клієнта розпізнавати ресурсні стани та свідомо використовувати їх як альтернативу звичним способам реагування, пов'язаним із залежною поведінкою. Це передбачає розширення усвідомлення емоційних, тілесних і поведінкових сигналів, що свідчать про зростання напруги, а також розвиток навичок своєчасного відновлення через конструктивні, доступні та соціально прийнятні форми активності.

Методично етап реалізується шляхом поєднання ресурсно-орієнтованих і нарративних підходів, спрямованих на усвідомлення, вербалізацію та закріплення досвіду опори. Нарративна робота виконує підтримуючу та стабілізуючу функцію і спрямована на переосмислення життєвого досвіду з акцентом на наявні можливості та збережені функції, а не на формування довготривалих життєвих планів. Такий підхід сприяє стабілізації внутрішнього стану та підвищенню здатності витримувати стрес.

Додатково можуть застосовуватися практики усвідомлення та керованої візуалізації, спрямовані на розвиток здатності зосереджуватися на актуальному досвіді без оцінювання й уникнення. Їх використання узгоджується з даними досліджень щодо позитивного впливу таких практик на зниження рівня стресу та підвищення психологічної стійкості в умовах тривалої напруги [246; 247].

За участі клієнта у групових формах взаємодії груповий формат використовується як додатковий ресурс для обміну досвідом відновлення, нормалізації труднощів і посилення соціальної підтримки.

Завершення третього етапу визначається формуванням відносно стабільної системи внутрішніх опор, появою доступних ресурсних способів саморегуляції та підвищенням здатності клієнта витримувати стресові впливи без повернення до залежної поведінки.

Етап 4. *Формування цінностей і смисложиттєвих орієнтацій.*

Після формування ресурсної основи психологічний супровід переходить до роботи з ціннісно-смисловими орієнтаціями, що визначають подальший життєвий напрям клієнта. Його орієнтовна тривалість становить від шести до восьми тижнів і визначається готовністю клієнта до осмислення власного життєвого досвіду та здатністю спиратися на сформовані раніше ресурси без використання адиктивних способів регуляції.

На відміну від попереднього етапу, де основна увага приділялася стабілізації та закріпленню ресурсів, на цьому етапі цінності розглядаються як чинник довготривалого розвитку, що задає напрям подальшого життя та підтримує відповідальну позицію особистості. Психологічний супровід спрямовується на вихід за межі зосередженості на утриманні рівноваги та перехід до усвідомленого планування майбутнього.

Метою етапу є усвідомлення та уточнення особистісних цінностей, формування реалістичних життєвих цілей і окреслення перспектив подальшого життя, у яких тверезість виступає необхідною умовою, але не є єдиним змістом життєвої активності. Цінності розглядаються як внутрішні орієнтири, що впливають на вибір рішень, визначають пріоритети та підтримують відповідальність за власний життєвий шлях.

Концептуальним підґрунтям цього етапу є положення логотерапії, відповідно до яких прагнення до смислу є важливим мотиваційним чинником людської діяльності [194]. За умов алкогольної залежності порушується ієрархія життєвих пріоритетів, унаслідок чого залежна поведінка починає виконувати організуючу функцію. Робота з цінностями й цілями на цьому етапі спрямована на відновлення альтернативних життєвих орієнтирів, здатних підтримувати стабільність поведінки поза межами залежності.

У процесі розвитку самосвідомості робота зі смислами передбачає осмислення попереднього життєвого досвіду, включно з кризовими та травматичними подіями, у ширшому життєвому контексті. Такий підхід узгоджується з ідеями посттравматичного зростання, відповідно до яких складні

життєві переживання можуть стати підґрунтям для переоцінки цінностей і формування нових життєвих пріоритетів [292]. Цей процес розглядається як поступовий перехід від фіксації на обмеженнях до усвідомлення власних можливостей розвитку.

Зміст роботи на цьому етапі реалізується через цілеспрямовану роботу з цінностями та життєвими смислами, спрямовану на їх усвідомлення, упорядкування та включення у повсякденні рішення. Наративні методи використовуються для переосмислення життєвої історії таким чином, щоб досвід залежності розглядався як один із життєвих етапів, а не як визначальна характеристика особистості. Це сприяє формуванню більш узгодженого образу себе та майбутнього.

Опрацювання смисложиттєвих орієнтацій охоплює різні сфери життя, зокрема міжособистісні стосунки, професійну діяльність, самореалізацію, турботу про інших і про себе. Сенс розглядається як змінний, але відносно стабільний орієнтир, що підтримує психологічну стійкість і знижує ризик повернення до адиктивних форм компенсації внутрішньої порожнечі.

Групова взаємодія, за наявності такої практики, може виконувати функцію додаткового ресурсу, для нормалізації сумнівів і розширення уявлень про можливі життєві перспективи.

Концептуально цей етап узгоджується з моделлю позитивного функціонування PERMA, зокрема з компонентом «meaning», який розглядається як важливий чинник психологічної стійкості та благополуччя [276]. Формування смисложиттєвих орієнтацій дозволяє інтегрувати результати попередніх етапів і створює основу для довготривалої стабільності.

Завершення четвертого етапу визначається наявністю чітко окреслених особистісних цінностей, сформованих життєвих цілей і реалістичних уявлень про майбутнє, а також посиленням відповідальної суб'єктної позиції. Це створює підґрунтя для переходу до наступного етапу програми, спрямованого на закріплення досягнутих змін і профілактику рецидиву.

Етап 5. Асиміляція і закріплення.

На цьому етапі основна увага зосереджується на закріпленні досягнутих змін і їх перенесенні у повсякденне життя клієнта. Робота спрямовується на інтеграцію сформованих навичок саморегуляції, узгодження оновленого образу себе з реальними життєвими умовами та підтримку стабільного тверезого способу життя. Орієнтовна тривалість етапу становить близько восьми тижнів і визначається рівнем стійкості змін, сформованих на попередніх етапах, а також здатністю клієнта застосовувати їх у ситуаціях повсякденних труднощів.

Метою цього етапу є закріплення оновленого образу «Я», формування навичок конструктивного подолання напруги та зниження ризику рецидиву шляхом свідомого перенесення активності, у соціально прийнятні сфери життя. Тверезість розглядається не як обмеження, а як активний спосіб організації життя, заснований на усвідомлених виборах, цінностях і відповідальності за власні рішення.

Завданням етапу є формування більш цілісної та стабільної ідентичності, у межах якої досвід залежності визнається частиною життєвого шляху, але не визначає особистість у цілому. Переосмислення власної життєвої історії дозволяє клієнтові змістити фокус із досвіду втрат і невдач на досвід подолання труднощів, особистісного зростання та набуття нових смислів. Це сприяє підвищенню внутрішньої узгодженості самосвідомості та формуванню послідовного уявлення про себе в минулому, теперішньому й майбутньому.

Важливим напрямом роботи на цьому етапі є формування та закріплення стратегій подолання стресових ситуацій без звернення до адиктивних способів регуляції. Копінг-стратегії розглядаються як система усвідомлених дій, що включає розпізнавання ситуацій ризику, оцінку власного стану та вибір альтернативних форм реагування. Такий підхід сприяє посиленню суб'єктної позиції клієнта та підтримує його автономність у прийнятті рішень.

Для підтримки процесів інтеграції та самоспостереження використовується щоденник досягнень (додаток Т), який у межах програми розглядається як інструмент фіксації позитивних змін і накопичення досвіду успішного подолання

труднощів. Усвідомлення досягнутих результатів сприяє зміцненню впевненості у власних можливостях, формуванню відчуття компетентності та зменшенню ризику знецінення вже пройденого шляху.

Центральним елементом цього етапу є модель конструктивного перерозподілу активності «10×10», відповідно до якої життєва енергія, що раніше зосереджувалася на залежній поведінці, поступово спрямовується на різні сфери життя, зокрема турботу про фізичний стан, навчання, професійну діяльність, соціальні зв'язки, сімейні відносини, творчість, відпочинок, самопізнання та допомогу іншим. Такий підхід сприяє формуванню більш збалансованої системи задоволення потреб і знижує ризик повторної концентрації напруги в одній сфері.

Концептуально модель «10×10» узгоджується з положеннями позитивної психології, зокрема з моделлю PERMA, яка підкреслює значення позитивних емоцій, залученості, міжособистісних стосунків, сенсу та досягнень для підтримання психологічного благополуччя [276]. Водночас вона співвідноситься з балансним підходом Н. Пезешкіана, що акцентує необхідність гармонійного розподілу активності між різними життєвими сферами [257]. У межах когнітивного розвитку особистості цей етап відображає процес поступової інтеграції нового досвіду у структуру самосвідомості [258].

У разі залучення клієнта до груп підтримки груповий формат використовується як додатковий ресурс соціального закріплення змін, нормалізації труднощів і підтримки відповідальності за власний вибір.

Завершення п'ятого етапу визначається стабільнішим використанням конструктивних способів саморегуляції, зростанням автономності, сформованістю навичок перерозподілу активності у значущі життєві сфери та інтеграцією оновленого образу себе. Це створює підґрунтя для переходу до завершального етапу програми, спрямованого на підтримку та закріплення досягнутих змін у довготривалій перспективі.

Етап 6. Постконтакт.

Завершальний етап програми спрямований на підтримку та закріплення досягнутих змін у процесі переходу клієнта до самостійного функціонування без

інтенсивного психологічного супроводу. Його тривалість становить від дванадцяти до двадцяти чотирьох тижнів (від трьох до шести місяців) і визначається індивідуальним темпом адаптації клієнта до повсякденного життя та зростанням стійкості до напружених життєвих ситуацій.

Метою цього етапу є інтеграція набутого досвіду у щоденну життєву практику, підтримка автономності клієнта та зниження ризику рецидиву в умовах реальних життєвих навантажень. Цей етап розглядається не як продовження інтенсивної психологічної роботи, а як період поступового переходу від зовнішньої структурованої підтримки до самостійного використання сформованих навичок саморегуляції, усвідомлення та відповідального прийняття рішень.

Логіка завершального етапу полягає у створенні умов для закріплення змін у природному життєвому контексті клієнта, де відсутня постійна зовнішня підтримка, але зберігається можливість періодичних консультативних звернень у разі зростання напруги або виникнення труднощів адаптації. Саме на цьому етапі стає очевидною здатність клієнта інтегрувати результати попередньої роботи у власну життєву траєкторію та використовувати їх як внутрішню опору.

Завершальний етап розглядається як період інтеграції та закріплення досвіду, коли набутий матеріал не лише усвідомлюється, а й поступово впроваджується у повсякденне функціонування та стає частиною стійких способів реагування і прийняття рішень. У цьому контексті ключовим завданням є не ініціювання нових змін, а підтримка здатності клієнта зберігати досягнуту психологічну узгодженість і стабільність.

Основним змістом етапу є періодичні підсумкові зустрічі, спрямовані на осмислення пройденого шляху, аналіз актуальних труднощів і підтримку усвідомленого ставлення до власного стану. У межах таких зустрічей клієнт має можливість визначити, які елементи програми виявилися для нього найбільш значущими, як змінюється його самосприйняття у повсякденному житті та які стратегії допомагають зберігати стабільність у складних ситуаціях.

Також, важливим є формування індивідуального плану підтримки, який відображає особистісні ресурси клієнта, потенційні зони ризику та доступні

джерела допомоги. Такий план виконує функцію інструмента самоспостереження й саморегуляції, допомагаючи своєчасно помічати ознаки зростання напруги, емоційного виснаження або порушення життєвого балансу та обирати адаптивні способи реагування. Форма та наповнення цього плану визначаються у процесі спільної роботи з клієнтом і не мають фіксованого шаблону.

На цьому етапі підтримується впорядкований перебіг повсякденного життя клієнта. Зокрема, клієнт здійснює регулярний огляд власної активності у кількох основних життєвих сферах (робота або навчання, побут, відпочинок, соціальні контакти, турбота про себе, фізична активність). Такий огляд виконує орієнтовну, а не контрольну функцію і сприяє усвідомленому розподілу часу та енергії, дозволяючи виявляти ознаки перевантаження або зниження активності, які можуть підвищувати ризик рецидиву.

Участь у спільнотах взаємодопомоги може забезпечувати додаткову соціальну підтримку, сприяти відчуттю належності, зменшенню ізолюваності та кращому розумінню власного досвіду, що в цілому підтримує мотивацію до збереження тверезого способу життя.

Теоретичні засади цієї частини програми ґрунтуються на моделях профілактики рецидивів, відповідно до яких довготривала стабільність залежить від здатності розпізнавати ризикові ситуації та використовувати адаптивні стратегії реагування [237]. Крім того, логіка цього етапу відповідає уявленням про необхідність інтеграції пережитого досвіду та поступового повернення до повсякденного функціонування з оновленими внутрішніми опорами [209].

Завершення цього етапу визначається сформованістю автономних навичок саморегуляції, здатністю клієнта підтримувати структуру повсякденного життя, усвідомлено реагувати на стресові ситуації та інтегрувати результати програми у власну життєву траєкторію. У такому форматі завершальний етап виконує функцію м'якого завершення програми та переходу до самостійного підтримання досягнутих змін.

Описані етапи програми реалізуються у межах єдиного процесу психологічного супроводу та взаємодоповнюють один одного, забезпечуючи послідовний і системний характер роботи.

Важливо враховувати емпіричні дані щодо обмеженої залученості клієнтів до групових форм терапії. За статистичними даними, у загальній популяції осіб із залежністю лише 5,3–15,3 % перебувають у стані стійкої ремісії [248; 175; 219], тоді як частота рецидивів протягом першого року після лікування сягає 40–60 % [181]. Крім того, лише близько 10 % осіб, які вживають психоактивні речовини, загалом отримують будь-яку форму лікування [290]. У зв'язку з цим у програмі участь у групах підтримки (АА, терапевтичні групи) та робота з родиною (А1-Anon, CoDA) мають рекомендований, а не обов'язковий характер, що відображає реальні умови їх нерегулярного відвідування та частого уникнення з боку клієнтів. Саме тому центральне місце у програмі посідає індивідуальний психологічний супровід із використанням стабілізаційних технік.

Загальна тривалість основних етапів психологічного супроводу становить близько 36–52 тижнів (9–12 міс.). Після завершення основної програми можливе продовження підтримувального супроводу, тривалість якого визначається індивідуально. Принципи розвитку усвідомленості та самостереження, систематизовані І. Каніфольським, узгоджуються з етапною логікою запропонованої програми психологічного супроводу та спрямовані на підвищення рівня внутрішньої регуляції особистості [27].

Для підтвердження обґрунтованості програми було здійснено співставлення її етапів із результатами емпіричного дослідження, наведеними у розділі 2. Виявлені статистичні закономірності безпосередньо відображаються у логіці побудови програми, що подано у табл. 3.1.

Аналіз отриманих емпіричних даних показав, що кожен виявлений аспект деформації самосвідомості має свою цільову спрямованість психологічного впливу, яка реалізується на відповідному етапі програми психологічного супроводу. Це забезпечує структурну узгодженість програми та послідовність

переходу від етапів діагностики і стабілізації до формування ціннісних орієнтацій та інтеграції нового досвіду.

Таблиця 3.1.

Відповідність результатів емпіричного дослідження та етапів програми
ППСРС-А

Результати емпіричного дослідження (розділ 2)	Відповідні етапи психологічної програми
Вразливість емоційно-ціннісного компонента самосвідомості чоловіків із залежністю	Етап 2. Пропрацювання травматичного досвіду; Етап 3. Ресурс і розвиток опор
Збережені когнітивно-регулятивні функції (Я-образ, самоствавлення, рефлексія, програмування, оцінка результатів)	Етап 1. Діагностика, стабілізація та початковий ресурс; Етап 5. Асиміляція і закріплення
Сильні кореляційні зв'язки позитивних емоцій із сенсом життя ($r = 0,70$), досягненнями ($r = 0,59$) та загальним благополуччям ($r = 0,81$)	Етап 3. Ресурс і розвиток опор; Етап 4. Формування цінностей і смисложиттєвих орієнтацій
Наявність неоднорідних кластерів: поєднання ресурсних та дезінтегрованих груп	Етап 0. Преконтакт; Етап 6. Постконтакт

Для більшої конкретизації взаємозв'язку між результатами дослідження, інтервенціями, очікуваними ефектами та критеріями ефективності подано узагальнюючу таблицю 3.2., що відображає операціоналізацію програми у процесі практичного впровадження.

Таблиця 3.2.

Відповідність результатів дослідження, етапів програми психологічного супроводу та показників оцінювання

Результат розд. 2	Інтервенція/етап	Очікуваний ефект	Орієнтири оцінювання
Низький емоційно-ціннісний компонент	Етап 2 (травма), Етап 3 (ресурс)	Зростання емоційної регуляції, толерантності до афекту	PERMA-P/E, PSS-10 (на початку та в кінці програми); аналіз записів щоденників
Збережені когнітивно-регулятивні функції	Етап 1, Етап 5	Посилення самоконтролю, планування	Спостереження та самооцінка рівня саморегуляції 1 раз на місяць; зменшення частоти тригерів/зривів
Позитивні емоції ↔ сенс/досягнення	Етап 3-4	Підвищення Meaning/Accomplishment	PERMA-M/A у трьох точках (T0, T1, T2); якісна самооцінка сенсу життя під час сесій
Кластер дезінтеграції	Етап 0, Етап 6	Утримання в терапії, профілактика рецидиву	Контроль відвідуваності ($\geq 80\%$); відсутність зривів упродовж 90 діб
Високі «вікна ризику» через	Поведінкова активація	Зменшення частоти тригерів і відчуття	Аналіз динаміки активності та

неструктурований час	(Етап 1; матриця 10×10)	безконтрольності; посилення залученості та саморегуляції	самооцінок під час сесій (1 раз на 3–4 тижні); PERMA-E/R та PSS-10 у контрольних точках (початок, середина, завершення програми)
----------------------	-------------------------	--	--

Примітка. Детальний опис інструментів (PERMA, PSS-10, схема контрольних точок T0, T1, T2) наведено в розділі 2. «Матриця 10×10» – авторський інструмент структурованого планування часу, що допомагає відновити контроль над повсякденною активністю через фіксацію коротких завдань у десяти життєвих сферах.

Запропоновані показники оцінювання розглядаються як робочі критерії моніторингу динаміки психологічного стану та переходів між етапами програми і не є підставою для висновків про її клінічну ефективність.

Таким чином, представлені результати емпіричного дослідження узагальнюються у цілісну авторську концептуальну модель, яка інтегрує виявлені закономірності функціонування та деформації самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю і слугує теоретичним підґрунтям для побудови програми психологічного супроводу їх розвитку. Відмінність запропонованої моделі полягає у використанні процесу «плекання внутрішньої дитини до біологічного віку» як центрального принципу побудови корекційної траєкторії. На відміну від класичних підходів, де внутрішня дитина розглядається переважно як метафора, у цій програмі вона виконує роль організаційної рамки, що інтегрує гештальт-парадигму, цикл залежності та травматерапевтичні етапи.

3.2.1. Практичне застосування програми психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю: клінічні приклади

Наведені нижче клінічні приклади мають ілюстративний характер і ґрунтуються на спостереженнях автора у процесі практичної психологічної роботи (під супервізією та з дотриманням етичних вимог професійної психологічної й психотерапевтичної діяльності [35; 65; 103]). Вони не становлять окремого емпіричного дослідження, а демонструють, як концептуальні положення програми психологічного супроводу розвитку самосвідомості можуть реалізовуватися у реальному терапевтичному процесі.

Для ілюстрації результатів дослідження подано чотири клінічні випадки роботи з чоловіками віком 20–40 років, які перебували у психологічному супроводі авторки в межах професійної практики (сертифікат № 1-2023/РС/UUAP). Випадки підібрані за критерієм ілюстративності: представлено приклади стійкої ремісії, ситуації з підвищеним ризиком зриву, а також довготривалі процеси інтеграції та відновлення. Усі персональні дані змінено, опис здійснено за інформованої згоди клієнтів.

Зазначимо, що два клієнти (перший і четвертий) перебували у тому ж реабілітаційному центрі, де здійснювалося емпіричне дослідження (див. розділ 2), і брали участь у заповненні діагностичних методик. Це дозволяє простежити узгодженість кількісних результатів вибірки з якісними клінічними спостереженнями.

Двоє інших клієнтів (другий і третій випадки) звернулися самостійно. Спочатку вони відвідували індивідуальні сесії двічі на тиждень, згодом – один раз на тиждень. Також вони регулярно брали участь у групах АА та працювали із зошитами за програмою «12 кроків», що включали елементи психоедукації та практичних завдань. Це дозволяло поєднувати глибинну психологічну роботу з формуванням навичок самопідтримки у повсякденному житті.

Приклад 1. Клієнт Б. (2020–2021, 26 сесій)

Анамнез. Чоловік, 37 років, військовий, науковий співробітник, розлучений. Досвід уживання алкоголю та опіатів понад 20 років. В анамнезі – кілька курсів реабілітації, у тому числі замісна терапія. Найдовший період утримання становив 3 роки під час бойових дій (2014–2017). Після демобілізації – симптоми ПТСР (нічні жахи, тривога, провина за загибель побратимів). У 2020 році самостійно звернувся до центру. Були застосовані у роботі нарративні технології.

Етап 0. Преконтакт. Клієнт сумнівався у доцільності терапії, висловлював сором і провину: «Я всіх підвів... я не заслуговую». Атмосфера безпеки та активне слухання знижували напруження й утримували його у процесі.

Етап 1. Діагностика і стабілізація. Використовувалися щоденники емоцій, вправа «безпечне місце», заземлення. Клієнту пояснювали механізми залежності та роль тригерів. Через кілька тижнів він повідомляв про покращення сну і здатність розпізнавати власні стани.

Етап 2. Опрацювання травматичного досвіду. Центральними були переживання війни. Він повторював: «Чому я живий, а вони ні?». Застосовувалися гештальт-техніки («гарячий стілець», «човник») та керована уява. Витіснені емоції виходили назовні, відбувалося плекання внутрішньої дитини: від регресивних реакцій до формування зрілого «Я».

Етап 3. Ресурс. Вводилися тілесні вправи та робота з диханням. Клієнт почав залучати близьких як ресурс: «Я можу триматися без алкоголю, якщо відчуваю підтримку».

Етап 4. Сенси. З'явилися нові орієнтири: «Я хочу мати дитину». Робота з майбутнім образом «Я» і цінностями підсилювала мотивацію до тверезості.

Етап 5. Асиміляція. Закріплювалися нові способи спілкування: «Мені легше говорити прямо, а не ховатися за алкоголем». Це свідчило про зміни ідентичності й завершення процесу плекання внутрішньої дитини.

Етап 6. Постконтакт. Завершальні зустрічі стосувалися профілактики рецидивів. Рекомендовувалося позиттєве відвідування груп АА.

Результат. Досягнута стійка ремісія, одруження, лікування гепатиту С, інтеграція в соціальне життя.

Приклад 2. Клієнт М. (2022–2023, 28 сесій)

Анамнез. Чоловік, 28 років, неодружений, тимчасово безробітний. Алкогольна залежність поєднувалася з уживанням інших ПАР. Виріс у конфліктній сім'ї, жорстке ставлення батьків, у минулому кілька суїцидальних спроб. Прийшов у терапію у стані безнадії.

Етап 0. Преконтакт. Недовіра: «Мені ніхто не допоможе». Ставив під сумнів можливість змін. Використовувалося активне слухання й відображення.

Етап 1. Діагностика і стабілізація. Вів щоденник емоцій, пояснювалися цикли залежності та тригери. Використовувалися вправи на заземлення, що знижували тривогу.

Етап 2. Травма. У центрі уваги – дитячі спогади. Клієнт проговорив образ внутрішньої дитини: «Я дорослий і можу себе захистити». Це стало початком процесу плекання, але подальшого розвитку він не набув.

Етап 3. Ресурс. Визначав опори: музика, прогулянки, тварини. Ефект був короточасним, стабільності не досягнуто.

Етап 4. Сенси. Казав: «Хочу жити без страху», але не міг сформулювати конкретні цілі. Це свідчило про незавершене плекання внутрішньої дитини.

Етап 5. Асиміляція. Спроби виробити стратегії подолання були неповними. Тригери легко провокували зрив.

Етап 6. Постконтакт. Рекомендовувалося стаціонарне лікування та відвідування груп АА.

Результат. Часткова стабілізація без повної ремісії. Перерваність процесу плекання пояснює обмеженість результату.

Приклад 3. Клієнт О. (2018–2023, понад 50 сесій)

Анамнез. Чоловік, 38 років, приватний підприємець, другий шлюб. Алкогольна залежність понад 10 років. Виріс у авторитарній сім'ї, емоції вважалися слабкістю. Скаржився на труднощі у стосунках. Були невдалі спроби самостійно припинити вживання.

Етап 0. Преконтакт. Висловлював інтроєкт: «Я не можу показувати слабкість». Активне слухання допомогло знизити опір.

Етап 1. Діагностика і стабілізація. Використовувалися щоденники емоцій, робота з автоматичними думками. Клієнт почав усвідомлювати залежність як спосіб втечі від конфліктів.

Етап 2. Травма. У центрі уваги – критика батька. Клієнт казав: «Я завжди боявся, що мене висміють». Робота з інтроєктами та керована уява сприяли інтеграції досвіду. Відбувалося плекання внутрішньої дитини, що давало можливість перейти від дитячих реакцій до зрілого самовираження.

Етап 3. Ресурс. Застосовувалися тілесні вправи та наративні завдання. Клієнт відчув внутрішні опори: «Я можу триматися навіть без алкоголю».

Етап 4. Сенси. Ключова цінність – сімейні стосунки. Він говорив: «Я хочу мати нормальні стосунки, а не сварки». Це структурувало цілі й заклало основу ремісії.

Етап 5. Асиміляція. Переписування наративів: «Я не мушу все тримати всередині». Закріпилися нові моделі поведінки, завершилося плекання внутрішньої дитини.

Етап 6. Постконтакт. Клієнт у стабільній ремісії, періодично відвідує профілактичні зустрічі.

Результат. Стійка ремісія, покращення сімейних стосунків.

Приклад 4. Клієнт К. (2021–2023, понад 30 сесій)

Анамнез. Чоловік, 36 років, приватний підприємець, одружений, має дитину. Алкогольна залежність – 8 років. Виріс у жорстких умовах, інтроєкт: «чоловік мусить терпіти». Перед зверненням – пікові конфлікти у сім'ї.

Етап 0. Преконтакт. Клієнт казав: «Ви мене не зрозумієте, я все одно зірвуся». Сумнівався в ефективності терапії. Активне слухання і пояснення рамок дозволили утримати його у процесі.

Етап 1. Діагностика і стабілізація. Використовувалися вправи на заземлення. Клієнт навчився розпізнавати ситуації, що провокували вживання, і усвідомив роль емоційних тригерів.

Етап 2. Травма. Актуалізувалися дитячі інтроекти. Він повторював: «Я мушу терпіти, бо інакше буду слабким». Робота з переконаннями через гештальт-техніки зменшила напруження. Керована уява допомогла переосмислити досвід. Відбувалося поступове плекання внутрішньої дитини.

Етап 3. Ресурс. Використовувалися тілесні вправи й наративні техніки. Клієнт формував опори, залучав родину й друзів як підтримку.

Етап 4. Сенси. Головний мотив – батьківство. «Я хочу, щоб син бачив у мені батька, а не алкоголіка». Це стало визначальним фактором мотивації та інтеграції внутрішньої дитини.

Етап 5. Асиміляція. Переписування наративів. Клієнт визнавав: «Я вже не думаю, що мушу мовчати й терпіти». Це відображало зміну ідентичності та завершення плекання внутрішньої дитини.

Етап 6. Постконтакт. Під час терапії стався один зрив, який клієнт використав як досвід. Рекомендовувалося пожиттєве відвідування груп АА.

Результат. Ремісія з одним зривом, покращення сімейних стосунків, розвиток навичок самопідтримки.

З метою концептуального обґрунтування запропонованої моделі проаналізовано чотири клінічні випадки спостереження роботи з чоловіками у віковій групі 20–40 років. Усі приклади мають ілюстративний характер та відображають реальні динаміки у процесі психологічного супроводу. Особисті дані клієнтів змінено, опис подано за інформованої згоди учасників та у супервізованому форматі, відповідно до Етичного кодексу психолога і психотерапевта.

Для наочності подано узагальнення у додатку Г, що відображає динаміку поетапного застосування програми у кожному випадку.

Отримані результати аналізу клінічних випадків відображають особливості застосування окремих етапів програми психологічного супроводу в індивідуальній динаміці клієнтів та дозволяють простежити специфіку змін у процесі психологічного супроводу.

Представлені клінічні випадки ілюструють практичне застосування запропонованої моделі програми ППСРС-А та відображають ті тенденції, які у другому розділі дисертації були описані на основі емпіричного дослідження. Зокрема, стійкість терапевтичних результатів пов'язана з рівнем розвитку компонентів самосвідомості – здатністю до емоційної регуляції, інтегрованістю ідентичності та наявністю смисложиттєвих орієнтацій. На практиці це виявлялося у різному ступені проходження етапів програми та якості процесу «плекання внутрішньої дитини».

У випадках клієнтів Б. та О. послідовна реалізація всіх етапів програми супроводжувалася формуванням стабільної ремісії та внутрішній інтегрованості особистості. У випадку клієнта К. спостерігалася ремісія з одним рецидивом, який був використаний як ресурс для подальшого розвитку. Натомість у випадку клієнта М. процес завершився лише частковою стабілізацією без досягнення ремісії: відсутність чітких життєвих цілей та незавершене плекання внутрішньої дитини обмежили можливості інтеграції.

Відповідно, клінічні спостереження не є експериментальною перевіркою ефективності програми, проте вони демонструють, як концептуальна модель може бути застосована на практиці. Динаміка спостережень може бути співвіднесена з результатами другого розділу та показує, що структура програми дозволяє враховувати як універсальні закономірності перебігу залежності, так й індивідуальні особливості клієнтів.

Дослідження має певні методологічні обмеження, які слід враховувати під час інтерпретації отриманих результатів. По-перше, дослідження має крос-секційний характер, що не дає можливості встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між досліджуваними показниками, а дозволяє фіксувати їх структурні взаємозв'язки. По-друге, вибірка представлена чоловіками раннього дорослого віку, які перебували у програмі реабілітації, що обмежує можливість прямого узагальнення результатів на інші вікові групи та клінічні популяції. По-третє, використання самооцінних психодіагностичних методик передбачає вплив суб'єктивного фактора та особливостей рефлексивності респондентів. Водночас

зазначені обмеження не знижують цінності виявлених структурних закономірностей, а окреслюють межі коректного застосування отриманих висновків.

Психологічний ресурс у подоланні алкогольної залежності у чоловіків у межах даного дослідження концептуалізовано як динамічну систему взаємодії внутрішньоособистісних і середовищних потенціалів, що забезпечують підтримання внутрішньої рівноваги, здатність долати кризові стани та зберігати ефективне функціонування в умовах стресу. Ресурси розглянуто як багатовимірні (внутрішні, міжособистісні, екзистенційні, соціально-професійні) та такі, що виконують не лише підтримувальну, а й трансформаційну функцію у процесі відновлення саморегуляції та формування нової ідентичності, вільної від залежності.

Виходячи з логіки дослідження та результатів, отриманих у розділі 2, обґрунтовано доцільність використання наративних психотехнологій як комплексного інструмента в роботі з чоловіками з алкогольною залежністю. Показано, що наративний вимір дозволяє:

- здійснювати якісну діагностику смислових детермінант залежної поведінки (самозвинувачення, зовнішній локус контролю, безвихідь, фрагментарність історій);
- підтримувати переорганізацію «Я-досвіду» через інтеграцію подій у більш цілісний образ себе;
- підсилювати агентивність та формування суб'єктної позиції як умови відновлення самосвідомості.

На основі теоретичних положень (розд. 1) та емпіричних закономірностей (розд. 2) розроблено авторську програму психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю (ППСРС-А). Програму подано як концептуальну поетапну модель, а не як апробований клінічний протокол, із чіткою логікою структурування процесу (етап → завдання → механізми → інтервенції → критерії переходу). Виокремлено етапи: преконтакт; діагностика/стабілізація; опрацювання травматичного досвіду; ресурс і опори;

цінності й смисли; асиміляція і закріплення; постконтакт, що забезпечує послідовний рух від формування базової психологічної безпеки до інтеграції змін у повсякденному житті.

Виходячи із запропонованої логіки програми, центральною віссю змін визначено процес «плекання внутрішньої дитини» як теоретичний конструкт, що відображає перехід від регресивних форм саморегуляції до більш зрілих і інтегрованих способів організації досвіду та узгодження внутрішнього переживання з біологічним віком. Запропонований конструкт функціонує у взаємозв'язку з ресурсно-орієнтованими, травмофокусованими, когнітивно-регулятивними та смисложиттєвими підходами, забезпечуючи інтегративний характер моделі.

Для підвищення конкретності програми здійснено співставлення її етапів із результатами емпіричного дослідження (розд. 2), що дозволило показати структурну узгодженість: вразливість емоційно-ціннісного компонента обумовила акцент на етапах травми та ресурсу; збережені когнітивно-регулятивні функції підтримали етапи стабілізації та асиміляції; виявлені кореляції позитивних емоцій із сенсом життя та досягненнями обґрунтували виділення смисложиттєвого етапу; кластерна неоднорідність вибірки зумовила необхідність преконтакту та постконтакту як умов утримання в процесі та профілактики рецидиву.

Практичні аспекти програми психологічного супроводу ілюстровано чотирма клінічними випадками, поданими як описові приклади її застосування в професійній практиці автора з дотриманням етичних вимог. Клінічні спостереження не є експериментальною перевіркою ефективності та не можуть розглядатися як апробація програми, однак демонструють логіку її побудови, варіативність проходження етапів і зв'язок стійкості змін із рівнем інтегрованості самосвідомості, емоційної регуляції та смисложиттєвих орієнтацій.

Отже, розділ 3 узагальнює теоретико-емпіричні підстави ресурсного підходу та нарративної перспективи в роботі з чоловіками з алкогольною залежністю і представляє структуровану авторську програму психологічного супроводу, яка інтегрує результати дослідження у послідовну траєкторію психологічних змін та

створює основу для подальшої апробації й оцінювання результативності в
окремому дослідницькому дизайні.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено результати комплексного теоретико-методологічного та емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю. Отримані результати підтвердили висунуту гіпотезу, засвідчили досягнення мети дослідження та повну реалізацію поставлених завдань, що дало змогу сформулювати узагальнені висновки, які мають теоретичне та прикладне значення для психології особистості й психології залежностей.

1. У результаті теоретико-методологічного аналізу сучасних наукових підходів до проблеми самосвідомості нами встановлено, що у психологічному дискурсі вона постає як інтегративне багатовимірне психологічне утворення, яке відображає усвідомлення особистістю власного «Я», його цілісності, безперервності та суб'єктності й забезпечує регуляцію поведінки, емоційних станів і життєдіяльності загалом. Самосвідомість не зводиться до окремої психічної функції чи особистісної риси, а виступає цілісною динамічною системою, що формується у процесі взаємодії нейробіологічних механізмів центральної нервової системи, індивідуального досвіду та соціально-культурних чинників і поєднує когнітивні уявлення особистості про себе, емоційно-ціннісне ставлення до власного досвіду та регулятивні механізми поведінки.

З'ясовано, що сучасні нейробіологічні моделі розглядають самосвідомість як результат інтегрованої діяльності функціональних мереж головного мозку, пов'язаних із самореференцією, емоційною регуляцією та виконавчим контролем. Порушення узгодженості цих мереж, зокрема в умовах хронічної алкогольної залежності, призводить до зниження здатності до рефлексії, викривлення самооцінки та ослаблення механізмів саморегуляції, що підтверджує доцільність аналізу самосвідомості в адиктологічному контексті.

У межах онтогенетичного підходу обґрунтовано, що рання дорослість є сензитивним періодом розвитку самосвідомості, оскільки саме на цьому етапі відбувається інтенсивне формування ідентичності, життєвих смислів і

відповідальності за власний життєвий вибір. Вплив алкогольної залежності у цей період ускладнює процес інтеграції особистісного досвіду, сприяє фрагментації Я-образу та підсилює зовнішню детермінацію поведінки.

Узагальнення теоретичних положень дозволило зробити висновок, що особистісно-інтегративний підхід до вивчення самосвідомості є методологічно обґрунтованим і валідним для дослідження алкогольної залежності, оскільки дає змогу пояснити не лише окремі психологічні прояви адиктивної поведінки, а й внутрішні механізми її підтримання через деформацію узгодженості між когнітивним, емоційно-ціннісним та регулятивним компонентами самосвідомості. Саме така концептуалізація створює підґрунтя для подальшого теоретичного моделювання та емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю.

2. Розкрито змістовну та структурну організацію самосвідомості як інтегральної психічної системи, що функціонує на основі взаємодії взаємопов'язаних компонентів і забезпечує цілісність особистісного досвіду, саморефлексії та регуляції поведінки. Установлено, що самосвідомість не є механічною сумою окремих психічних утворень, а являє собою системне утворення, у якому кожен компонент виконує специфічні функції та водночас перебуває у динамічній взаємодії з іншими.

Показано, що когнітивний компонент самосвідомості відображає уявлення особистості про себе, власні якості, можливості та обмеження, забезпечує процеси самооцінювання, інтерпретації життєвого досвіду й побудови Я-образу. Емоційно-ціннісний компонент визначає ставлення до себе, прийняття або неприйняття власного досвіду, переживання значущості життя та формування внутрішніх смислів, виконуючи системоутворювальну функцію в структурі самосвідомості.

Регулятивний компонент самосвідомості забезпечує здатність до самоконтролю, відповідальності та цілеспрямованого управління поведінкою відповідно до усвідомлених цілей і цінностей. У чоловіків з алкогольною залежністю його порушення проявляється у зниженні здатності до планування та

цілепокладання, імпульсивності, домінуванні реактивних форм поведінки та орієнтації на негайне зниження психоемоційної напруги.

Ослаблення регулятивного компонента супроводжується зниженням суб'єктної позиції, домінуванням зовнішнього локусу контролю та недостатньою відповідальністю за наслідки власних дій, що підтримує повторюваність адиктивної поведінки. Втрата здатності до самостереження та поведінкової корекції призводить до розриву між усвідомленням проблеми та реальною зміною поведінки.

Водночас, регулятивний компонент виступає ключовою ланкою, що поєднує когнітивні уявлення та емоційно-ціннісні смисли з реальною поведінкою, а його деформація є одним із центральних механізмів зниження функціонування самосвідомості у чоловіків з алкогольною залежністю.

Обґрунтовано, що самосвідомість слід розглядати як динамічну інтегральну систему, в якій якість внутрішніх зв'язків між когнітивним, емоційно-ціннісним та регулятивним компонентами визначає здатність особистості до усвідомлення власного досвіду, підтримання суб'єктної позиції та адаптивної регуляції поведінки. Такий підхід створює теоретичне підґрунтя для аналізу деформацій самосвідомості в умовах алкогольної залежності та для подальшого емпіричного й прикладного дослідження цього феномену.

3. Розроблено та теоретично обґрунтовано авторську концептуальну модель самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю у віці ранньої дорослості, яка дозволяє цілісно пояснити специфіку структурно-функціональних деформацій самосвідомості в умовах адиктивної поведінки. Запропонована модель ґрунтується на інтегративному підході та відображає внутрішні взаємозв'язки між когнітивним, емоційно-ціннісним і регулятивним компонентами самосвідомості.

У межах моделі вперше обґрунтовано принципове розмежування рівня розвитку окремих компонентів самосвідомості та рівня їхньої інтегрованості, що має суттєве теоретичне та практичне значення для психології залежностей. Показано, що у чоловіків із алкогольною залежністю відносно збережені або навіть ситуативно високі показники розвитку окремих складових самосвідомості не

гарантують її цілісності та ефективного функціонування. Вирішальним чинником виступає порушення узгодженості між компонентами, що зумовлює дезінтеграцію Я-образу, нестійкість ідентичності та зниження суб'єктності.

Авторська інтерпретація деформацій самосвідомості дозволила розглядати алкогольну залежність не лише як регулятивний або клінічний розлад, а як феномен, пов'язаний із системним порушенням внутрішньої організації Я. У моделі показано, що домінування зовнішньої детермінації, зниження рефлексивності, дефіцит емоційного прийняття власного досвіду та ослаблення регулятивних механізмів утворюють замкнене коло, яке підтримує адиктивні форми реагування.

Пояснювальна сила запропонованої концептуальної моделі полягає в її здатності інтегрувати різнорівневі психологічні прояви алкогольної залежності в єдину логіку аналізу самосвідомості, а також у можливості використання моделі як теоретичної основи для емпіричного дослідження, типологізації рівнів інтегрованості самосвідомості та визначення психологічних мішеней психологічного супроводу у роботі з чоловіками раннього дорослого віку з алкогольною залежністю.

4. У результаті психодіагностичного дослідження встановлено системні особливості самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю у період ранньої дорослості, що проявляються у порушенні інтегрованості її когнітивного, емоційно-ціннісного та регулятивного компонентів. Отримані дані засвідчили, що самосвідомість досліджуваної групи характеризується фрагментарністю Я-образу, зниженням рефлексивності та розмитістю особистісної ідентичності, що ускладнює процес усвідомлення власного досвіду й відповідального саморегулювання поведінки.

Установлено переважання зовнішнього локусу контролю, що виявляється у тенденції приписувати причини власних життєвих подій зовнішнім обставинам, іншим людям або випадку. Така зовнішня детермінація поведінки поєднується зі зниженим рівнем суб'єктної позиції, ослабленням почуття відповідальності та

труднощами прийняття рішень, що створює психологічні передумови для підтримання адиктивних форм реагування.

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність стійких взаємозв'язків між показниками самосвідомості та показниками адиктивної поведінки (рівнем алкогольної залежності), психологічного стану (рівнем психологічного стресу), особистісними характеристиками (самоповагою, саморегуляцією) та інтегральним показником психічного функціонування – психологічним благополуччям.

Показано, що порушення узгодженості між компонентами самосвідомості супроводжується зростанням психоемоційного напруження, зниженням відчуття життєвої реалізованості та фрагментацією смислової сфери.

Факторний і кластерний аналізи дозволили виявити типологічні відмінності за рівнем інтегрованості самосвідомості, що відображають різний ступінь збереженості особистісних ресурсів у чоловіків із алкогольною залежністю. Отримані типи самосвідомості відрізняються не стільки рівнем розвитку окремих компонентів, скільки характером їхньої взаємодії, що підтверджує ключову роль інтегрованості як системоутворювального показника.

Результати проєктивних методик поглибили інтерпретацію кількісних даних і засвідчили домінування негативних або суперечливих Я-наративів, труднощі інтеграції життєвого досвіду та нестійкість образу майбутнього. Особливої ваги набуває встановлений факт, що емоційно-ціннісний компонент самосвідомості виконує системоутворювальну функцію, оскільки саме через нього опосередковується зв'язок між когнітивними уявленнями про себе та регулятивними механізмами поведінки.

Емпіричне дослідження підтвердило, що самосвідомість чоловіків раннього дорослого віку з алкогольною залежністю зазнає комплексних структурно-функціональних деформацій, які мають системний характер і визначають психологічні механізми підтримання адиктивної поведінки. Отримані результати створюють науково обґрунтовану основу для подальшого розроблення

цілеспрямованих програм психологічного супроводу, орієнтованих на відновлення інтегрованості самосвідомості.

5. Сконструйовано та теоретично обґрунтовано програму психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю, яка безпосередньо впливає з результатів теоретичного аналізу й емпіричного дослідження особливостей самосвідомості досліджуваної групи та ґрунтується на інтегративному підході до розуміння структури й функціонування самосвідомості. Програма орієнтована на поетапне відновлення цілісності самосвідомості шляхом гармонізації взаємодії між її когнітивним, емоційно-ціннісним і регулятивним компонентами.

Логіка побудови програми визначається встановленими у дослідженні структурно-функціональними деформаціями самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю, зокрема фрагментацією Я-образу, домінуванням зовнішнього локусу контролю, дефіцитом емоційного прийняття власного досвіду та ослабленням регулятивних механізмів. Саме тому психологічний вплив спрямовано не на корекцію окремих симптомів чи поведінкових проявів залежності, а на відновлення внутрішньої узгодженості самосвідомості як системи.

Концепт «плекання внутрішньої дитини» у межах програми обґрунтовано як операціоналізований механізм психологічного впливу, спрямований на інтеграцію афективного досвіду, відновлення здатності до емоційної саморегуляції та формування більш стабільної й прийнятної ідентичності. Використання цього концепту зумовлене встановленою у дослідженні провідною роллю емоційно-ціннісного компонента самосвідомості, порушення якого пов'язане з труднощами емоційної саморегуляції та нестійкістю ідентичності у чоловіків з алкогольною залежністю.

Запропонована програма психологічного супроводу має прикладне значення для практичної діяльності психологів і психотерапевтів, оскільки може бути використана в умовах реабілітаційних, медико-соціальних і соціально-психологічних закладів у роботі з чоловіками раннього дорослого віку, які мають досвід алкогольної залежності. Її інтегративний характер забезпечує можливість

адаптації програми до індивідуальних особливостей клієнтів і різних етапів відновлення, а також створює підґрунтя для подальшої апробації та оцінювання ефективності психологічного супроводу.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми самосвідомості чоловіків із алкогольною залежністю. Отримані результати відкривають перспективи подальших наукових пошуків, пов'язаних із вивченням динаміки змін самосвідомості особистості на різних етапах ремісії, а також із подальшою апробацією та удосконаленням програми психологічного супроводу розвитку самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю з урахуванням тривалості, індивідуальних психологічних особливостей та умов реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антипкін Ю. Г., Горбань Н. Є., Луценко О. Г., Слободченко Л. М., Лапікура О. В., Слепакурова І. В. Проблема вживання алкоголю підлітками : вплив сім'ї та соціуму. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2022. № 1(62)–2(63). С. 10–13.
2. Балл Г. О. Інтегративно-особистісний підхід у психології : впорядкування головних понять. *Психологія і суспільство*. 2009. № 4. С. 25–33.
3. Балл Г. О. Методолого-психологічні роздуми в гуманістичному контексті. *Соціальна психологія*. 2007. № 4. С. 3–14.
4. Бегеза Л.Є. Психологічні особливості свідомості та самосвідомості особистості. Актуальні проблеми психології. Т. XI. Вип. 16. С. 256-263. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i16/27.pdf>
5. Білецький О. М. Визначення головних феноменів самосвідомості особистості. *Психологічний часопис*. 2017. № 3. С. 5–16.
6. Боришевський М. Й. Дорога до себе : Від основ суб'єктності до вершин духовності : монографія. Київ : Академвидав, 2010. 416 с.
7. Боришевський М. Й. Самосвідомість як фактор психічного розвитку особистості. *Психологія і суспільство*. 2009. № 4. С. 119–126. URL: <https://pis.wunu.edu.ua/index.php/uapis/article/view/435>
8. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) : адаптація та апробація в умовах війни. *Психологічний журнал*. 2022. Т. 2, № 2. DOI: [10.26661/2310-4368/2022-2-2](https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2).
9. Вельдбрехт О., Зінченко, Н., Тавровецька Н. Шкала самооцінки Розенберга : українська адаптація та психометричні властивості. Інсайт : психологічні виміри суспільства. 2025. № 13. С. 142–172. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-7>
10. Вовк В. І., Страшок О. О. Нейробіологічні та біохімічні механізми впливу алкоголю на центральну нервову систему та когнітивну діяльність людини. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2022. № 20. С. 6–11. DOI: [10.26565/2312-5675-2022-20-01](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2022-20-01).

11. Возний Д. В. Особливості когнітивної сфери чоловіків, хворих на алкогольну залежність. *Архів психіатрії*. 2013. Т. 19, № 3. С. 87. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2013_19_3_20

12. Возний Д. В. Психоемоційні особливості чоловіків, хворих на алкогольну залежність. *Загальна патологія та патологічна фізіологія*. 2013. Т. 8, № 3. С. 97–101.

13. Волянчук Н. Ю., Ложкін Г. В., Фомич М. В. Наукова рефлексія різноманітних форм адиктивної поведінки особистості. *Габітус*. 2023. Вип. 49. С. 180–186. DOI: [10.32782/2663-5208.2023.49.31](https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.31).

14. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Женева : World Health Organization, 2019. URL: <https://icd.who.int> (дата звернення: 15.09.2021).

15. Гаврилькевич В., Петринюк В. Емпіричне дослідження взаємозв'язку міжособистісних відносин та емоційного інтелекту у підлітків. *Психологічні травелогі*. 2024. № 4. С. 283–292. DOI: [10.31891/PT-2024-4-27](https://doi.org/10.31891/PT-2024-4-27).

16. Гаврилюк Л. В. Життєвий простір через чужі окуляри або ще раз про співзалежність. Друга Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології : матеріали наук.-практ. конф., 14–15 верес. 2024 р. / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. С. 25–29.

17. Галян О. І. Особистість школяра у вимірах суб'єктності : історико-педагогічний дискурс : монографія. Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. 360 с.

18. Гульбе О. А., Кобець О. В., Пономаренко В. В. Дефініції свідомості та самосвідомості особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2018. Вип. 3, Т. 1. С. 36–41.

19. Гульбе О. А., Лантух І. В. Проблема розвитку свідомості та самосвідомості особистості викладача. *Психологічний журнал Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини*. 2022. Вип. 8. С. 17–27.

20. Гуменюк О. Є. Особливості ситуативного та вікового розвитку Я-концепції. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1(19). С. 46–62.
21. Гуменюк О. Є. Психологія самосвідомості особистості. Київ : КМ Academia, 2001. 248 с.
22. Дідковська Л. І. Психологічні детермінанти формування адиктивної поведінки особистості. *Наукові інновації та передові технології*. 2026. № 2 (54). С. 2467–2475. DOI: [10.52058/2786-5274-2026-2\(54\)-2467-2475](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-2(54)-2467-2475)
23. Дідковська Л., Дідковський А. Соціально-культурна адаптація в імміграції. Частина перша. Львів : Растр-7, 2024. 447 с.
24. Дідковська Л., Дідковський А. Психологія потенційного емігранта. Львів : Растр-7, 2023. 596 с.
25. Дмитрик І. Я. Психологічні особливості подолання кризових станів у чоловіків з сексуальними дисфункціями : дис. ... д-ра філософії : 053 «Психологія» / І. Я. Дмитрик; М-во освіти і науки України, Ун-т Григорія Сковороди в Переяславі. Переяслав (Київська обл.), 2025. 303 с. Бібліогр.: с. 187–218.
26. Зінченко С. В. Роль «Я-концепцій» в особистісному самовизначенні дорослих. *Європейський Союз – Україна : освіта дорослих : збірник матеріалів форуму до Міжнародних днів освіти дорослих в Україні*. К.–Ніжин, 2015. С. 131–135.
27. Каніфольський І. В. Терапія усвідомленням. Базовий курс. Київ : TravelBooks, 2024. 208 с. ISBN 978-617-9538-45-2.
28. Католик Г. В. Психологія формування професійної Я-концепції практичного психолога : монографія докт. дисертації. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2013. 405 с.
29. Клибанівська Т. М. Теоретичні аспекти дослідження самосвідомості особистості. *Актуальні проблеми психології*. 2019. Т. 1. Вип. 51. С. 37–42.
30. Климишин О. І. Духовна терапія адиктивних осіб : християнсько-орієнтований підхід : навч.-метод. посіб. Івано-Франківськ: Видавець Третяк І.Я., 2012. 112 с.

31. Климишин О. І., Лещинська О. А., Міщиха Л. П. Практика християнсько-психологічного супроводу адиктивних осіб : інноваційність та результативність. *Габітус*. 2025. Вип. 77, т. 2. С. 51–57. DOI: [10.32782/hbts.77.2.9](https://doi.org/10.32782/hbts.77.2.9)
32. Климчук В. О. Математичні методи у психології. Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. К. : Освіта України. 2009. 288 с.
33. Клімаш Т. П. Особистісні чинники зміни Я-концепції жінок: дис. ... д-ра філософії в галузі психології : 053. Київ, 2023. 308 с.
34. Ковальчук, О. В. Співвідношення локус контролю та соціальної відповідальності особистості. Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка. 2014. № 3. С. 72-77.
35. Кодекс професійної етики працівників психологічної служби системи освіти України. Наказ МОН України № 509 від 22.05.2018. Київ, 2018. 18 с.
36. Козира П. В. Оцінка психопатології в осіб з розладами вживання психоактивних речовин. *Наукові інновації та передові технології*. 2025. № 5(45). С. 2055–2065. DOI: [10.52058/2786-5274-2025-5\(45\)-2055-2065](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-5(45)-2055-2065).
37. Козира П. В. Посттравматичний стресовий розлад та алкогольна залежність. *Габітус*. 2025. Вип. 70. С. 147–151. DOI: [10.32782/2663-5208.2025.70.26](https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.26).
38. Козира П. В. Роль психолога у постреабілітаційному житті осіб із наркотичною та алкогольною залежністю. *International scientific and practical conference Pedagogy and Psychology in the Modern World : the art of teaching and learning : conference proceedings, February 26–27, 2021. Riga, Latvia* : Baltija Publishing С. 24–27. DOI: [10.30525/978-9934-26-041-4-5](https://doi.org/10.30525/978-9934-26-041-4-5).
39. Кравчина Т. В. Рефлексивність як властивість суб'єкта. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5 : Педагогічні науки : реалії та перспективи : зб. наук. праць / М-во освіти і науки України, Укр. держ. ун-т імені Михайла Драгоманова. Київ : Видавничий дім «Гельветика», 2023. Вип. 94. С. 85-89. DOI: [10.31392/NPU-nc.series5.2023.94](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2023.94).
40. Крайг Г., Бокум Д. Психологія розвитку. Київ: Персонал, 2005. 1016 с.

41. Кузьминська Д. М. Ідея креативної рефлексивності та її психологічне обґрунтування. *Психологія і суспільство*. 2024. №1. С. 159–170. DOI: [10.35774/pis2024.01.159](https://doi.org/10.35774/pis2024.01.159)

42. Кузьмінов В. Н., Ткаченко Т. В., Лакинський Р. В. Вплив зловживання алкоголем на виникнення розладів адаптації в сім'ях питущих осіб (огляд наукової літератури). *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, Вип. 1 (110). С. 71–74. DOI: [10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-13](https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-13)

43. Кульчицька А., Ліліца Я. Самооцінка як чинник соціальної адаптації особистості в підлітковому віці. *Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології : матеріали XII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (12–16 трав. 2025 р., м. Луцьк) / за заг. ред. А. В. Кульчицької, Т. В. Федотової*. Луцьк : ФОП Мажула Ю. М., 2025. С. 43–45.

44. Латишев О. В. Суб'єкт-об'єктні відносини в психології свідомості. *Психологічний часопис*. 2024. № 10(1). С. 31–41. DOI: [10.31108/1.2024.10.1.3](https://doi.org/10.31108/1.2024.10.1.3)

45. Леонов А. Ю. Філософія свідомості Девіда Чалмерса. Актуальні проблеми духовності : зб. наук. праць / ред. Я. В. Шрамко. Вип. 15. Кривий Ріг, 2014. С. 216–237. URL: <https://philarchive.org/archive/LEOIII>.

46. Лещинська О. А. Особистість у лабіринтах автономності та залежності: вибрані твори : монографія. Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2021. 148 с.

47. Лещинська О. А. Феноменологія психологічної залежності в деструктивних культурах релігійного типу : монографія. Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2019. 215 с.

48. Лещинська О. А., Міщиха Л. П., Климишин О. І., Матейко Н. М. та ін. Психологічна потреба у змінених станах свідомості : від адаптивної норми до патологічної аномалії та терапевтичного потенціалу. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 9 (55). С. 1356–1371. DOI : [10.52058/2786-4952-2025-9\(55\)-1356-1371](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-9(55)-1356-1371)

49. Лук'янова Л. Б. Дорослість як базова категорія андрагогіки. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*. 2010. Вип. 2. С. 20–29.

50. Матейко Н. М. Першопричини адиктивної поведінки особистості з позицій духовної психотерапії. *Збірник наукових праць : психологія*. 2016. Вип. 21. С. 59–65.

51. Мельник Ж. В. Уявлення про структуру самосвідомості особистості у сучасній психології. *Збірник наукових праць : Проблеми сучасної психології*. 2009. Вип. 2(6). С. 66-73.

52. Михайлів С. Програма особистісної реабілітації та протирецидивна програма для наркозалежних : дис. ... канд. психол. наук. - Київ, 2021. - 254 с.

53. Міщиха Л. П. Механізми саморегуляції поведінки в структурі самосвідомості особистості. Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. (м. Київ, 19 квіт. 2024 р.). Львів–Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 121–124. DOI: [10.36059/978-966-397-393-7-30](https://doi.org/10.36059/978-966-397-393-7-30)

54. Міщиха Л. П. Самоусвідомлення як психологічний феномен. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія : Психологія. 2025. Вип. 1. С. 18–22.– DOI: [10.32782/psy-visnyk/2025.1.3](https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.1.3).

55. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Концептуалізація феномену самосвідомості у контексті психологічного дискурсу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія «Психологія». 2024. Т. 35 (74), № 6. С. 10–14. DOI: [10.32782/2709-3093/2024.6/02](https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.6/02)

56. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Нейробіологічні механізми впливу алкоголю на психічне здоров'я особистості. *Збірник тез викладачів*. 2025. С. 107–108.

57. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Особливості розвитку самосвідомості у ранньому дорослому віці. *Психологія свідомості : теорія і практика наукових досліджень : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф.* (Київ, 5 груд. 2024 р.). Львів–Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 217–220.

58. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Психологічні передумови конструювання моделі самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2025. Вип. 25. С. 113–120. DOI: [10.30970/PS.2025.25.13](https://doi.org/10.30970/PS.2025.25.13).

59. Міщиха Л. П., Якубовська І. О., Курилів Г. М. Психонейроімунологічні аспекти постковідного синдрому. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. Харків : Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2021. № 16. С. 58–65. DOI: [10.26565/2312-5675-2021-16-07](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-07).

60. Міщиха Л.П., Лещинська О. А., Климишин О. І., Матейко Н. М. та ін. Духовно-екзистенційні витоки адиктивної поведінки особистості. *Наукові перспективи*. 2025. № 8 (62). С. 1471–1482. DOI: [10.52058/2708-7530-2025-8\(62\)-1471-1482](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8(62)-1471-1482)

61. Москалець В. П. Свідомість і самосвідомість : філософсько-психологічний аналіз. Київ : Либідь, 2004. 320 с.

62. Москалець В. П. Функціонально-психологічна сутність свідомості як рамкової умови пізнання, методологування, віри, мислення, діяльності. *Психологія і суспільство*. 2019. Т. 75 Вип. 1. С. 35–51. DOI: [10.35774/pis2019.01.035](https://doi.org/10.35774/pis2019.01.035)

63. Москалець В. Сутність інтелекту, мислення, мовлення, свідомості як психофункціональних данностей. *Психологія і суспільство*. 2014. № 4. С. 114-131.

64. Москальова І. Спецкурс «Психологія саморегуляції». Київ: НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менеджменту освіти». – К., 2019. – 60 с.

65. Національна психологічна асоціація України. Етичний кодекс психолога. Київ, 2021. 12 с. URL: <https://npa-ua.org/pub/files/66d3a42494d2acd8.pdf> (дата звернення: 20.02.2025).

66. Нейропсихіатрія та поведінкова неврологія: посібник. Пер. з англ., 3-тє вид. / ред. J. Barry та ін.; наук. ред. укр. вид.: Б. Михайлов, Л. Герасименко, Р. Ісаков. Київ: ВСВ «Медицина», 2024. 361 с.

67. Односталко О. С. Ресурси стійкості особистості в умовах складних та нетипових ситуацій життя : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2020.

68. Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» (ССРП). Київ: НТУУ «КПІ ім. Ігоря Сікорського», 2018. 7 с. URL: <https://psy.kpi.ua/wp-content/uploads/2018/09/Методика-2.-Саморегуляція-поведінки.pdf> (дата звернення: 26.12.2021)

69. Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб : наук.-метод. посіб. / за ред. Д. Ю. Старкова, Н. Ю. Максимової. Київ: 7БЦ, 2023. 680 с.

70. Павелків В. Р. Рефлексія як механізм формування індивідуальної свідомості та діяльності особистості. *Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки*. 2019. Вип. 8. С. 84-98.

71. Павелків В. Р. Специфіка прояву агресії та деструктивної поведінки в підлітковому віці. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 30. С. 483–494.

72. Палій А. М., Єльчанінова Т. М., Шевченко В. М. Рефлексія як структуротворчий компонент професійної діяльності. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 6 (40). С. 867–876. DOI: [10.52058/2786-4952-2024-6\(40\)-867-876](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-6(40)-867-876)

73. Подоляк Л. Г., Юрченко В. І. Психологія вищої школи : навч. посіб. Київ : Каравела, 2014.

74. Поліщук В. М. Від кризи 7 років до кризи входження в дорослість : монографія. Суми : Університетська книга, 2017. 142 с.

75. Поліщук В. М. Вікові кризи у психічному розвитку особистості. *Психологія : зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2000. Т. 1, вип. 8. С. 126–130.

76. Поліщук В. М. Вікові кризи в підлітковому і юнацькому віці : базові симптомокомплекси. Суми : Університетська книга, 2019. 478 с.

77. Поліщук В. М., Поліщук С. А. Вікові кризи у життєвому шляху людини : базові концепти. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. 2022. Т. 33 (72), № 5. С. 82–86. DOI: [10.32782/2709-3093/2022.5/13](https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.5/13)

78. Помилуйко В. Ю. Особистісна і міжособистісна рефлексія як психологічний механізм розвитку ключових компетентностей дорослих. *Особистісна і міжособистісна рефлексія як психологічний механізм розвитку ключових компетентностей дорослих : матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Переяслав-Хмельницький, 21 берез. 2017 р.). Київ : Талком, 2017. С. 244–247.

79. Пономаренко Я. С. Психологічний зміст особистісних факторів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Психологія.* – 2022. – Вип. 1. – С. 72-76

80. Психодіагностика: практикум / уклад. Н. О. Данильченко, А. В. Вертель. Суми: Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. 140 с.

81. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 15.02.2024).

82. Продан А. А. Психологічні особливості самоусвідомлення особистості: дис. ... канд. психол. Наук : 19.00.01 / Київський національний університет ім. Тараса Шевченка. Київ, 2016. 247 с.

83. Савченко О. В., Лавриненко Д. Г. Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA-ПРОФАЙЛЕР» : адаптація методики та її психометричні властивості. *Habitus.* 2023. № 52. С. 167–178.

84. Савчин М. В. Вікова психологія: навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2005. 360 с.

85. Савчин М. В. Духовна ідентичність як визначальна характеристика досконалої особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія».* Серія : Психологія і педагогіка. 2014. Вип. 27. С. 112–118

86. Савчин М. В. Методологічні орієнтації у дослідженні проблем особистості. *Психологічний часопис.* 2020. Т. 10, № 1. С. 37–44. DOI: [10.15330/ps.10.1.37-44](https://doi.org/10.15330/ps.10.1.37-44)

87. Савчук В. А. Національна самосвідомість: огляд психологічних концепцій. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія».* Серія «Психологія». 2017. Вип. 5. С. 147–157.

88. Сальникова А. О. Психокорекція залежностей від азартних ігор: дис. ... д-ра філософії: 053 / Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. Київ, 2024. 198 с.

89. Сапожнікова Є. М., Костюк Д. А. Психологічні особливості формування професійної самосвідомості майбутнього психолога в освітньому просторі. *Recent scientific investigation.* 2020. С. 483–495.

90. Седих К. В., Фільц О. О. Програма 12 кроків як технологія психологічної реабілітації осіб із хімічним uzалежненням. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 459–478.

91. Сердюк О. О. Адаптація методики скринінгу вживання алкоголю та короткострокового втручання для молоді. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*. 2019. № 2. С. 37–41.

92. Слюсаревський М. М., Панок В. Г., Максименко С. Д., Прохоренко Л. І., Чепелева Н. В., Куліш Т. І., Чуніхіна С., Губеладзе І. Г., Ткачук І. І., Ярмола Н. А. Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики та відповіді : монографія. Київ : НАПН України, 2024. 188 с.

93. Слюсаревський М. М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді: наук. доп. на засіданні Президії НАПН України 21 квіт. 2022 р. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2022. Т. 4, № 1. С. 1–11. DOI: [10.37472/v.naes.2022.4124](https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4124)

94. Соціологічна група «Рейтинг». Споживання алкоголю в Україні: прес-реліз 07.05.2021. URL: <https://ratinggroup.ua/news/potreblenie-alkogolya-v-ukraine> (дата звернення: 26.12.2021).

95. Співак Л. М. Особливості становлення наукової думки про самосвідомість особистості у філософсько-психологічному історіогенезі. *Збірник наукових праць : Проблеми сучасної психології*, 2011. № 14. С. 757–766.

96. Старков Д. Ю. Застосування інтегративної особистісно-орієнтованої розвивальної моделі терапії адикцій в умовах амбулаторної реабілітації осіб, залежних від алкоголю. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2020. Т. XI. Вип. 21. С. 353–385.

97. Степанов О. М. Психологічна енциклопедія. Київ : Академвидав, 2007. 512 с.

98. Супріган А. О. Змінювання «Я-образу» та «образу інших» під впливом складних життєвих обставин. Актуальні проблеми науки та освіти : зб. матеріалів XXIII підсумкової наук.-практ. конф. викладачів (05 лют. 2021 р., м. Маріуполь). Маріуполь, 2021. С. 174–175.

99. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості : у межах і за межами буденності : монографія. Київ : Либідь, 2003. 376 с.

100. Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології*. 2017. Вип. 5. С. 3–10.

101. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості : засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

102. Тищенко С. П. Психологія покликання. Технології розвитку інтелекту. 2015. Т. 1, №8.

103. Українська спілка психотерапевтів. Етичний кодекс. URL: <https://usp.community/documentation/40-etychnyy-kodeks> (дата звернення: 19.02.2024).

104. Федотова З. В. Трансдіагностична програма психокорекції у хворих із залежністю: дис. ... д-ра філософії : 053 «Психологія». Київ, 2024. 220 с.

105. Фільц О. О., Седих К. В., Михайлів С. В. Фіксована уява як механізм виникнення узалежнення. *Психологія і особистість*. 2018. № 2 (14). С. 9–22.

106. Франкл В. Е. Людина в пошуках справжнього сенсу : Психолог у концтаборі / пер. з англ. О. Замойської. Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. 160 с. ISBN 978-617-12-0452-2.

107. Фурман А. А. Психологія смисложиттєвого розвитку особистості: монографія. Тернопіль : ТНЕУ, 2017. 508 с.

108. Фурман А. А. Психологія особистості: ціннісно-орієнтаційний вимір : монографія. Одеса : ОНПУ; Тернопіль : ТНЕУ, 2016.

109. Фурман О. Джерела та засади досягнення позитивно-гармонійної Я-концепції як структурно-функціональної цілісності. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 142–168. DOI: [10.35774/pis2023.02.142](https://doi.org/10.35774/pis2023.02.142)

110. Чайка Г. В. Я-концепція як структурно-динамічний аспект поняття «Я» в працях українських і зарубіжних дослідників. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Т. 11, Вип. 14. С. 196–211.

111. Чамата П. Р. Зміст і основні форми прояву самосвідомості. Загальна психологія: хрестоматія / упоряд. О. В. Скрипченко та ін. Київ, 2013. С. 491–494.

112. Чамата П. Р. Про генезис самосвідомості дитини. *Наукові записки / М-во освіти УРСР, НДІ психології. Київ : Питання психології*. 1949. Т. 1. С. 224–242.

113. Чамата П. Р. Самосвідомість як предмет психологічного дослідження. Київ: Наукова думка, 1977. 192 с.

114. Чернявська Н. В. Авторська модель психокорекційної програми для чоловіків з алкогольною залежністю. *International Scientific and Practical Conference “Strategic Guidelines for the Development of Science, Education, Technologies, and Key Spheres of Public Life”*. 2025. С. 96–100.

115. Чернявська Н. В. Емпіричне дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія*. 2025. № 2 (6). С. 196–201. DOI: [10.32782/3041-1297/2025-2-30](https://doi.org/10.32782/3041-1297/2025-2-30).

116. Чернявська Н. В. Концептуальна модель самосвідомості у чоловіків з алкогольною залежністю. *Габітус*. 2024. № 67. С. 233–237. DOI: [10.32782/2663-5208.2024.67.38](https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.67.38)

117. Чернявська Н. В. Нейробіологічні аспекти самосвідомості осіб з алкогольною залежністю. Глобальний світ і Україна: сучасні виклики та пошук відповідей: матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 31 січ. 2025 р.). Харків: Право, 2025. С. 75–78.

118. Чернявська Н. В. Особливості терапевтичного альянсу з особами із алкогольною залежністю в період війни. Перша Всеукр. наук.-практ. конф. з адиктології: матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 16–17 верес. 2023 р.). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 163–166.

119. Чернявська Н. В. Реабілітація чоловіків з алкогольною залежністю в контексті самосвідомості. *Conference Proceedings: Materials of the International Scientific and Practical Conference (February 6–7, 2025)*. 2025. С. 340–342.

120. Чернявська Н. В. Роль самосвідомості у психологічному благополуччі чоловіків з алкогольною залежністю. Психологічне благополуччя в сучасному суспільстві: матеріали наук. конф. Львів–Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 56–59. DOI: [10.36059/978-966-397-496-5-14](https://doi.org/10.36059/978-966-397-496-5-14)

121. Чернявська Н. В. Самосвідомість особистості в період ранньої дорослості. *Проблеми сучасної психології*. 2024. Вип. 61. С. 164–180. DOI: [10.26661/2310-4368/2025-1-17](https://doi.org/10.26661/2310-4368/2025-1-17)

122. Чернявська Н. В. Феномен самосвідомості у чоловіків з алкогольною залежністю: психологічні механізми та чинники формування. *International scientific conference (Riga, the Republic of Latvia, 19–20 March 2025): conference abstracts*. Riga, 2025. С. 22–25. DOI: [10.30525/978-9934-26-550-1-6](https://doi.org/10.30525/978-9934-26-550-1-6)

123. Шевченко Н. Ф. Розвиток емоційно-вольової саморегуляції студентів в умовах вищого навчального закладу. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2010. № 3 (5). С. 270–280.

124. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.

125. Штепа О. С. Опитувальник особистісної здійсненності: теоретичні підстави, психометрична перевірка, структура. *Психологічний часопис*. 2018. № 5 (15). С. 196–223.

126. Яворська-Ветрова І. В. Теоретичний аналіз феноменів особистісного становлення у контексті розвитку самосвідомості в сучасних наукових дослідженнях. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України (18)*. С. 851–862.

127. Ярій В. В., Маркова М. В. Напруженість аддиктивного статусу і порушення психоемоційного стану в генезі дезадаптації дружин чоловіків, хворих

на алкогольну залежність. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24. Вип. 2. С. 107–112.

128. Яцюк М. Психологія саморегуляції особистості : навчально-методичний практикум. Вінниця: ВНТУ, 2023. 124 с.

129. Ящишина Ю. Н., Кудерська Т. В. Практикум по курсу «Психологія» : навч. посіб. Краматорськ : Донбаська державна машинобудівна академія, 2009

130. Abdel Moneam M. H. E.-D., Mohsen N., Azzam L. A. B., Elsayed Y. A. R., Alghonaimy A. A. The outcome of integrated motivational interviewing and cognitive-behavioural therapy in Egyptian patients with substance use disorder. *Middle East Current Psychiatry*. 2023. Vol. 30. Article 106. DOI: [10.1186/s43045-023-00377-3](https://doi.org/10.1186/s43045-023-00377-3)

131. Adler, A. (2011). *Understanding Human Nature*. Oxford: Oneworld Publications. 288 p.

132. *Alcohol Research: Current Reviews. Drinking Patterns and Their Consequences*. Vol. 41(1), 2021. ISSN 2168-3492.

133. *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5* / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2021. URL: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-use-disorder-comparison-between-dsm> (дата звернення: 02.12.2021)

134. *Alcoholics Anonymous. Twelve Steps and Twelve Traditions*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1953. 192 p.

135. Allemand M., Hill K. C., Hill P. L. Perceptions of the Future and Health Behavior in Adulthood. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2024. Vol. 0 (0). DOI:[10.1177/00914150241268018](https://doi.org/10.1177/00914150241268018)

136. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: APA, 2013. 947 p.

137. Angus L., McLeod J. *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2004. 384 p.

138. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987. 218 p.

139. Arnett J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55, No. 5. P. 469–480. DOI: [10.1037/0003-066X.55.5.469](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469)
140. Ashley G. C. Self-awareness: Scale development and validation: master's thesis. Omaha: University of Nebraska at Omaha, 2007.
141. Assagioli R. Psychosynthesis: A Collection of Basic Writings. New York: Penguin Books, 1976. 320 p.
142. Baltes P. B., Lindenberger U., Staudinger U. M. Life Span Theory in Developmental Psychology. Handbook of Child Psychology / eds. W. Damon, R. M. Lerner. New Jersey: Wiley, 2007. P. 569–664. DOI: [10.1002/9780470147658.chpsy0111](https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111)
143. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991. Vol. 50, No. 2. P. 248–287. DOI: [10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
144. Baumeister R. F., Heatherton T. F. Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*. 1996. Vol. 7, No. 1. P. 1–15. DOI: [10.1207/s15327965pli0701_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701_1)
145. Baumeister R. F., Vohs K. D., Tice D. M. The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*. 2007. Vol. 16, No. 6. P. 351–355. DOI: [10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x)
146. Baumeister R. F., Vohs K. D., Funder D. C. Psychology as the science of self-reports and finger movements: Whatever happened to actual behavior? *Perspectives on Psychological Science*. 2007. Vol. 2, No. 4. P. 396–403. DOI: [10.1111/j.1745-6916.2007.00051.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00051.x)
147. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: A neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*. 2005. Vol. 8, No. 11. P. 1458–1463. DOI: doi.org/10.1038/nn1584
148. Beck A. T., Wright F. D., Newman C. F., Liese B. S. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: Guilford Press, 1993. 355 p. ISBN 978-0-89862-128-0.
149. Best D., Laudet A. The Potential of Recovery Capital. London: The RSA, 2010. 32 p.

150. Birren J. E., Schaie K. W. The psychology of adult development and aging. New York: Van Nostrand Reinhold, 1977. 656 p.

151. Blomeyer D., Treutlein J., Esser G., Schmidt M. H., Schumann G., Laucht M. Interaction between CRHR1 gene and stressful life events predicts adolescent heavy alcohol use. *Biological Psychiatry*. 2008. Vol. 63, No. 2. P. 146–151. DOI: [10.1016/j.biopsych.2007.04.026](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.04.026)

152. Blum K., Green R., Smith J., Llanos-Gomez L., Baron D., Badgaiyan R. D. Hypothesizing high negative emotionality as a function of Genetic Addiction Risk Severity (GARS) testing in Alcohol Use Disorder (AUD). *Journal of Systemic & Integrative Neuroscience*. 2020. Vol. 7, No. 2. DOI: [10.15761/jsin.1000245](https://doi.org/10.15761/jsin.1000245)

153. Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. New York: Jason Aronson, 1978. 537 p.

154. Bradshaw J. Homecoming: Reclaiming and Championing Your Inner Child. New York: Bantam Books, 1992. 288 p. ISBN: 9780553057935.

155. Bromley D. B. Human ageing: an introduction to gerontology. 3rd ed. London: Penguin Books, 1978. 384 p.

156. Brownell P., Schulthess P. Addictive Behaviour. Handbook of Gestalt Therapy / ed. P. Brownell. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2012. P. 333–352. ISBN 9781443822390.

157. Bruner, J. Acts of meaning. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990. 181 p.

158. Bunge S. A., Zelazo P. D. A brain-based account of the development of rule use in childhood. *Current Directions in Psychological Science*. 2006. Vol. 15. P. 118–121.

159. Burns R. The Self-Concept: Theory, Measurement, Development. London: Longman, 1979. 341 p.

160. Bush G., Luu P., Posner M. I. Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*. 2000. Vol. 4, No. 6. P. 215–222. DOI: [10.1016/S1364-6613\(00\)01483-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01483-2)

161. Buss D. M., Buss D. M., Scheier M. F. Self-consciousness, self-awareness, and self-attribution. *Journal of Research in Personality*. 1976. Vol. 10, No. 4. P. 463–468. DOI: [10.1016/0092-6566\(76\)90060-X](https://doi.org/10.1016/0092-6566(76)90060-X)

162. Butler, J., Kern M. L. The PERMA-Profilers: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*. 2016. Vol. 6, No. 3. P. 1–48. DOI: [10.5502/ijw.v6i3.526](https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526)

163. Capuzzi D., Stauffer M. D. Foundations of Addictions Counseling. - Boston: Pearson, 2021. - 552 p. ISBN 9780133998641.

164. Carroll K. M., Onken L. S. Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162, No. 8. P. 1452–1460. DOI: [10.1176/appi.ajp.162.8.1452](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452)

165. Casey B. J., Jones R. M., Somerville L. H. Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence*. 2011. Vol. 21 (1). P. 21–33.

166. Christoff K., Irving Z. C., Fox K. C. R., Spreng R. N., Andrews-Hanna J. R. Mind-wandering as spontaneous thought: A dynamic framework. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016. Vol. 17, No. 11. P. 718–731. DOI: [10.1038/nrn.2016.113](https://doi.org/10.1038/nrn.2016.113)

167. Christoff K., Ream J. M., Geddes L. P. T., Gabrieli J. D. E. Evaluating Self-Generated Information: Anterior Prefrontal Contributions to Human Cognition. *Behavioral Neuroscience*. 2003. Vol. 117 (6). P. 1161–1168. DOI: [10.1037/0735-7044.117.6.1161](https://doi.org/10.1037/0735-7044.117.6.1161)

168. Clarkson P. Gestalt Counselling in Action. 4th ed. London: Sage, 2014. 248 p. ISBN 9781446295606.

169. Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings. Geneva: World Health Organization, 2009

170. Cloud W., Granfield R. Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*. 2008. Vol. 43, No. 12–13. P. 1971–1986. DOI: [10.1080/10826080802289762](https://doi.org/10.1080/10826080802289762)

171. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Routledge, 1988. 567 p.

172. Cohen, S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24. No. 4. P. 385–396. DOI: [10.2307/2136404](https://doi.org/10.2307/2136404).

173. Courtenay W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 50 (10). P. 1385–1401.

174. Damasio A. *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York: Pantheon Books, 2010. 367 p.

175. Dawson D. A., Goldstein R. B., Grant B. F. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007. Vol. 31. No. 12. P. 2036–2045. DOI: [10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x)

176. Deac, A., Zaviryukha I., Rozanova J., Zeziulin O., Kiriazova T., Sheno S. et al. Treatment system adaptations during war: Lessons from Ukrainian addiction treatment providers. *Substance Use & Misuse*. 2023. Vol. 58, No. 11. P. 1447–1450. DOI: [10.1080/10826084.2023.2212377](https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2212377)

177. Deci E. L., Ryan R. M. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York: Guilford Press, 2017. 756 p.

178. Denborough, D. *Retelling the stories of our lives: Everyday narrative therapy to draw inspiration and transform experience*. New York: Norton, 2014. 240 p.

179. Doweiko H. E., Evans A. L. *Concepts of Chemical Dependency*. 11th ed. - Boston: Cengage Learning, 2024. - 656 p. - ISBN 9780357655404.

180. Drinking Patterns and Their Definitions. *Alcohol Research: Current Reviews Editorial Staff* . 2018. Vol. 39(1). P. 17–18.

181. Dutra L., Stathopoulou G., Basden S. L., Leyro T. M., Powers M. B., Otto M. W. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008. Vol. 165, No. 2. P. 179–187. DOI: [10.1176/appi.ajp.2007.06111851](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851)

182. Edenberg H. J. The genetics of alcohol metabolism: Role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase variants. *Alcohol Research & Health*. 2007. Vol. 30. P. 5–13.

183. Edenberg H. J., Foroud T. Genetics and alcoholism. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2013. Vol. 10 (8). P. 487–494. DOI: [10.1038/nrgastro.2013.86](https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.86)

184. Eriksen K. The constructive developmental theory of Robert Kegan. *The Family Journal*. 2006. Vol. 14, No. 3. P. 290–298. DOI: [10.1177/1066480706287799](https://doi.org/10.1177/1066480706287799)

185. Erikson E. H. *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Company, 1993. 445 p.

186. Erikson E. H. *Identity: Youth and crisis*. New York : W. W. Norton, 1968. 336 p.

187. Etherington K. *Narrative approaches to working with adult male survivors of sexual abuse : The client's, the counsellor's, and the researcher's story*. London : Jessica Kingsley Publishers, 2000. 256 p.

188. Falewicz A., Bąk W. Private vs. public self-consciousness and self-discrepancies. *Current Issues in Personality Psychology*. 2016. Vol. 4, No. 1. P. 58–64. DOI: [10.5114/cipp.2016.55762](https://doi.org/10.5114/cipp.2016.55762)

189. Fenigstein A., Scheier M. F., Buss A. H. Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975. Vol. 43, No. 4. P. 522–527. DOI: [10.1037/h0076760](https://doi.org/10.1037/h0076760)

190. Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press, 1957. 291 p.

191. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. London: SAGE Publications, 2018. 915 p.

192. Firestone L., Catlett J. *Fear of Intimacy*. Washington: American Psychological Association, 1999. 365 p. ISBN: 9781557986008.

193. Fossas A. Psychological maturity predicts different forms of happiness. *Journal of Happiness Studies*. 2019. Vol. 20. P. 1933–1952. DOI: [10.1007/s10902-018-0033-9](https://doi.org/10.1007/s10902-018-0033-9)

194. Frankl V. E. *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press, 2006. 165 p. ISBN: 9780807014295.

195. Frith C. D. The neural basis of consciousness. *Psychological Medicine*. 2021. Vol. 51, No. 4. P. 550–560. DOI: [10.1017/S0033291719002204](https://doi.org/10.1017/S0033291719002204)

196. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*. 2000. Vol. 4 (1). P. 14–21.

197. Garland, E. L. *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Addiction, Stress, and Pain*. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. 276 p. ISBN 978-1-4338-1156-0.

198. Ghosh S., Guo Y., Hung P.-Y., Coughlin L., Bonar E., Nahum-Shani I., Walton M., Murphy S. ReBandit: random effects based online reinforcement learning algorithm for reducing cannabis use. arXiv preprint. 2024. Paper 2402.17739. URL: <https://arxiv.org/abs/2402.17739> (дата звернення: 21.12 2024).

199. Goldstein R. Z., Volkow N. D. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*. 2011. Vol. 12, No. 11. P. 652–669. DOI: [10.1038/nrn3119](https://doi.org/10.1038/nrn3119)

200. Goodman P. *Gestalt Therapy and the Field Theory Perspective*. New York: Gestalt Journal Press, 1977. 214 p. ISBN 9780939266176.

201. Gorski T. T., Miller M. *Counseling for Relapse Prevention*. Independence, MO: Independence Press, 1982.

202. Grant J. E., Potenza M. N. (eds.) *The Oxford handbook of impulse control disorders*. Oxford: Oxford University Press, 2008. 576 p. ISBN 978-0-19-538971-5.

203. Gravetter F. J., Wallnau L. B. *Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston: Cengage Learning, 2016. 768 p.

204. Gross J. J., Thompson R. A. Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation* / ed. J. J. Gross. New York: Guilford Press, 2007. P. 3–24.

205. Hasler B. P., Pedersen S. L. Sleep and circadian risk factors for alcohol problems: a brief overview and proposed mechanisms. *Current Opinion in Psychology*. 2020. Vol. 34. P. 57–62. DOI: [10.1016/j.copsyc.2019.09.005](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.005)

206. HBSC Ukraine Report. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді: аналітичний звіт за результатами опитування українських підлітків у 2022/2023 роках у межах міжнародного проєкту BOO3 *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)*. Київ, 2024. 94 с.

207. Heilig M., Egli M. Pharmacological treatment of alcohol dependence: target symptoms and target mechanisms. *Pharmacology & Therapeutics*. 2006. Vol. 111. Iss. 3. P. 855–876.

208. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 2015.

209. Herman J. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992. 276 p. ISBN 9780465087303.

210. Hermans H. J. M., Hermans-Jansen E. *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford Press, 2001. 306 p.

211. Higgins E. T. Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*. 1987. Vol. 94. No. 3. P. 319–340.

212. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, No. 3. P. 513–524. DOI: [10.1037/0003-066X.44.3.513](https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513)

213. Holzhauer C. G., Cucciare M., Epstein E. E. Sex and Gender Effects in Recovery From Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2020. Vol. 40 (3). P. 1–19. DOI: [10.35946/arcr.v40.3.03](https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.03)

214. Howell D. C. *Statistical Methods for Psychology*. 8th ed. Belmont: Wadsworth Cengage Learning, 2013. 802 p.

215. Hutchinson D., Tindall J., Hawke C. Alcohol in adolescence. *Adolescent Addiction* / eds. C. A. Essau, P. H. Delfabbro. 2nd ed. Amsterdam: Academic Press, 2020. P. 45–109. DOI: [10.1016/B978-0-12-818626-8.00003-7](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00003-7)

216. Hutchinson D., Wilson J., Burns L., Allsop S., Olsson C. A., Najman J. M., McCormack C., Betts K., Youssef G., Spry E., Macdonald J. A., Yuen W. S., Bor W., Clavarino A., Romaniuk H. Longitudinal prediction of periconception alcohol use: A 20-

year prospective cohort study across adolescence, young adulthood and pregnancy. *Addiction*. 2022. Vol. 117, No. 2. P. 343–353. DOI: [10.1111/add.15632](https://doi.org/10.1111/add.15632)

217. Huxhold O., Fiori K. L., Windsor T. D. Rethinking social relationships in adulthood: The differential investment of resources model. *Personality and Social Psychology Review*. 2022. Vol. 26. P. 57–82. DOI: [10.1177/10888683211067035](https://doi.org/10.1177/10888683211067035)

218. Kandel E. R. The molecular biology of memory storage: A dialog between genes and synapses: Nobel Lecture, December 8, 2000. *NobelPrize.org*. 2001.

219. Kelly J. F., Hoepfner B. A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research & Theory*. 2015. Vol. 23, No. 1. P. 5–9. DOI: [10.3109/16066359.2014.930132](https://doi.org/10.3109/16066359.2014.930132)

220. Kernberg O. F. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975. 376 p.

221. Keyes K. M., Hatzenbuehler M. L., Hasin D. S. Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: The epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*. 2011. Vol. 218, No. 1. P. 1–17. DOI: [10.1007/s00213-011-2236-1](https://doi.org/10.1007/s00213-011-2236-1)

222. Khantzian E. J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997. Vol. 4, No. 5. P. 231–244. DOI: [10.3109/10673229709030550](https://doi.org/10.3109/10673229709030550)

223. Kim J.-I., Ganesan S., Luo S. X., Wu Y.-W., Park E. J., Huang E. J., Chen L., Ding J. B. Aldehyde dehydrogenase 1a1 mediates a GABA synthesis pathway in midbrain dopaminergic neurons. *Science*. 2015. Vol. 350, No. 6256. P. 102–106. DOI: [10.1126/science.aac4690](https://doi.org/10.1126/science.aac4690)

224. Koivumaa-Honkanen H., et al. Self-reported life satisfaction and alcohol use: a 15-year follow-up of healthy adult twins. *Alcohol and Alcoholism*. 2012. Vol. 47, No. 2. P. 160–168. DOI: [10.1093/alcalc/agr151](https://doi.org/10.1093/alcalc/agr151)

225. Koob G. F. Drug addiction: Hyperkatifeia/negative reinforcement as a framework for medications development. *Pharmacological Reviews*. 2021. Vol. 73, No. 1. P. 163–201. DOI: [10.1124/pharmrev.120.000083](https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000083)

226. Koob G. F., Le Moal M. Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science*. 1997. Vol. 278, No. 5335. P. 52–58. DOI: [10.1126/science.278.5335.52](https://doi.org/10.1126/science.278.5335.52)

227. Koob G. F., Volkow N. D. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, No. 8. P. 760–773. DOI: [10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)

228. Kuhn M. H., McPartland T. S. An empirical investigation of self-attitudes. *American Sociological Review*. 1954. Vol. 19, No. 1. P. 68–76. DOI: [10.2307/2088175](https://doi.org/10.2307/2088175)

229. Labouvie-Vief G. Chapter in: M. L. Commons, F. A. Richards, C. Armon (Eds.). *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*. New York: Praeger, 1984.

230. Levinson D. J. *The Seasons of a Man's Life*. New York: Knopf, 1978. 384 p.

231. Lewin, K. *Field Theory in Social Science*. New York: Harper & Row, 1951. 346 p.

232. Lindgren K. P., Neighbors C., Gasser M. L., Ramirez J. J., Cvencek D. A review of implicit and explicit substance self-concept as a predictor of alcohol and tobacco use and misuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2017. Vol. 43, No. 3. P. 237–246. DOI: [10.1080/00952990.2016.1229324](https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1229324).

233. London M., Sessa V. I., Shelley L. A. Developing self-awareness: Learning processes for self- and interpersonal growth. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2023. Vol. 10. P. 261–288. DOI: [10.1146/annurev-orgpsych-120920-044531](https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-044531)

234. Lopez G., Orchowski L. M., Reddy M. K., Nargiso J., Johnson J. E. A review of research-supported group treatments for drug use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2021. Vol. 16. Art. 51. DOI: [10.1186/s13011-021-00371-0](https://doi.org/10.1186/s13011-021-00371-0)

235. Malone J. C., Liu S. R., Vaillant G. E., Rentz D. M., Waldinger R. J. Midlife Eriksonian psychosocial development: Setting the stage for late-life cognitive and emotional health. *Developmental Psychology*. 2016. Vol. 52, No. 3. P. 496–508. DOI: [10.1037/a0039875](https://doi.org/10.1037/a0039875)

236. Markus H., Nurius P. Possible selves. *American Psychologist*. 1986. Vol. 41, No. 9. P. 954–969. DOI: [10.1037/0003-066X.41.9.954](https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954).

237. Marlatt G. A., Donovan D. M. (eds.). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 2005. 416 p. ISBN 9781593856410.

238. Martinez-Maldonado A., Verdejo-Román J., Sion A., Rubio G., Pérez-García M., Jurado-Barba R. Effect of chronic alcohol consumption on brain structure in males with alcohol use disorder without a family history of alcoholism. *Journal of Psychiatric Research*. 2022. Vol. 149. P. 210–216. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2022.03.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.005)

239. Mathes Winnicki B. M., Lee D. J., Hawn S. E., Livingston N. A., Marx B. P., Keane T. M. Alcohol consumption and dependence risk among male and female veterans: trajectories and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*. 2024. Vol. 257. Art. 111138. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2024.111138](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111138)

240. McAdams D. P. *The stories we live by: personal myths and the making of the self*. New York: Guilford Press, 1993. 277 p.

241. McAdams, D. P., & McLean, K. C. Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*. 2013. Vol. 22, No. 3. P. 233–238. DOI: [10.1177/0963721413475622](https://doi.org/10.1177/0963721413475622)

242. McCrady B. S., Flanagan J. C. The role of the family in alcohol use disorder recovery for adults. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2021. Vol. 41, No. 1. Art. 06. DOI: [10.35946/arcr.v41.1.06](https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.06)

243. Menon V. Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model. *Trends in Cognitive Sciences*. 2011. Vol. 15, No. 10. P. 483–506. DOI: [10.1016/j.tics.2011.08.003](https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.08.003)

244. Miller A. *The drama of the gifted child: the search for the true self*. New York: Basic Books, 1981. 143 p. ISBN 9780465016907.

245. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013.

246. Mishchykha L. MBSR Program as a Resource in Stress. The 10th International scientific and practical conference “Problems and prospects of modern

science and education” (March 12–15, 2024). Stockholm: International Science Group, 2024. P. 274–276. DOI: [10.46299/ISG.2024.1.10](https://doi.org/10.46299/ISG.2024.1.10).

247. Mishchykha L., Cherniavska N., Kravchenko V., Vitiuk N., Kulesha-Liubinets M., Khrushch O. Application of mindfulness practices in work on stress reduction during the war. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*. 2023. Vol. 81. P. 25–38. DOI: [10.33788/rcis.81.2](https://doi.org/10.33788/rcis.81.2)

248. Moos R. H., Moos B. S. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*. 2006. Vol. 101, No. 2. P. 212–222. DOI: [10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x)

249. Morin A. Levels of consciousness and self-awareness: a comparison and integration of various neurocognitive views. *Consciousness and Cognition*. 2006. Vol. 15, No. 2. P. 358–371. DOI: [10.1016/j.concog.2005.09.006](https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.09.006)

250. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: NICE, 2011. (Clinical guideline CG115).

URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>

251. Neimeyer R. A. Constructivist psychotherapy: distinctive features. London: Routledge, 2009. 232 p.

252. Nestler E. J. Epigenetic mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology*. 2014. Vol. 76. P. 259–268. DOI: [10.1016/j.neuropharm.2013.04.004](https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.04.004)

253. Northoff G. Unlocking the brain. Vol. 1: coding. Oxford: Oxford University Press, 2013. 704 p. ISBN 9780199826995.

254. Oaklander V. Windows to our children: a Gestalt therapy approach to children and adolescents. Gouldsboro, ME: GestaltPress, 2006.

255. Okun B. F. Effective helping: interviewing and counseling techniques. 8th ed. Belmont, CA: Cengage Learning, 2011. 512 p.

256. Perls F., Hefferline R., Goodman P. Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality. Gouldsboro, ME: Gestalt Journal Press, 1994.

257. Peseschkian N. Positive psychotherapy: theory and practice. New York: Springer, 2000. 289 p.

258. Piaget J. *Psychology and epistemology: towards a theory of knowledge*. New York: Viking Press, 1970. 150 p.

259. Polishchuk V. M. Crisis behavioural symptoms set in person's age development. *International Journal of Education and Science*. 2019. Vol. 2, No. 2. P. 37–51. DOI: [10.26697/ijes.2019.2.37](https://doi.org/10.26697/ijes.2019.2.37)

260. Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. Vol. 51, No. 3. P. 390–395. DOI: [10.1037/0022-006X.51.3.390](https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390)

261. Raichle M. E. The brain's default mode network. *Annual Review of Neuroscience*. 2015. Vol. 38. P. 433–447. DOI: [10.1146/annurev-neuro-071013-014030](https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014030)

262. Rochat P. The ontogeny of human self-consciousness. *Current Directions in Psychological Science*. 2018. Vol. 27, No. 5. P. 345–350. DOI: [10.1177/0963721418760236](https://doi.org/10.1177/0963721418760236)

263. Rogers C. *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin, 1961. 420 p.

264. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press, 1965. 265 p.

265. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. 1966. Vol. 80, No. 1. P. 1–28. DOI: [10.1037/h0092976](https://doi.org/10.1037/h0092976)

266. Ruiperez M.A.; A. Belloch. Dimensions of the self-consciousness scale and their relationship with psychopathological indicators. *Personality and Individual Differences*. 2003. Vol. 35, No. 4. P. 829–841. DOI: [10.1016/S0191-8869\(02\)00286-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00286-6)

267. Sacks J. M., Levy S. The Sentence Completion Test. *Journal of Projective Techniques*. 1950. Vol. 14, No. 3. P. 198–204

268. Sapolsky R. M. *Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst*. New York: Penguin Press, 2017. 800 p. ISBN: 9781594205071

269. Satir V. *Conjoint Family Therapy / 3rd ed.* Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 1983. ISBN 978083140063

270. Schaie K. W. Toward a stage theory of adult cognitive development. *The International Journal of Aging and Human Development*. 1978. Vol. 8, No. 2. P. 129–138. DOI: [10.2190/1TEA-M6PK-28A0-49HV](https://doi.org/10.2190/1TEA-M6PK-28A0-49HV)

271. Schmitt, D. P., Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005. Vol. 89, No. 4. P. 623–642. DOI: [10.1037/0022-3514.89.4.623](https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623)

272. Schulenberg J. E., Maggs J. L. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*. 2002. No. S14. P. 54–70. DOI: [10.15288/jsas.2002.s14.54](https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54)

273. Schwenker R., Dietrich C. E., Hirpa S., Nothacker M., Smedslund G., Frese T., Unverzagt S. Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. No. 12: CD008063. DOI: [10.1002/14651858.CD008063.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub3)

274. Seeley W. W., Menon V., Schatzberg A. F., et al. Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *Journal of Neuroscience*. 2007. Vol. 27, No. 9. P. 2349–2356. DOI: [10.1523/JNEUROSCI.5587-06.2007](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5587-06.2007)

275. Self-consciousness. APA Dictionary of Psychology [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://dictionary.apa.org/self-consciousness> (дата звернения: 26.12.2021).

276. Seligman M. E. P. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being. New York: Free Press, 2011. 368 p. ISBN: 9781439190760.

277. Seligman M. E. P. Helplessness: On Depression, Development, and Death. New York: W. H. Freeman, 1992. 250 p.

278. Selzer M. L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*. 1971. Vol. 127, No. 12. P. 1653–1658. DOI: [10.1176/ajp.127.12.1653](https://doi.org/10.1176/ajp.127.12.1653)

279. Shaffer H. J., LaPlante D. A., LaBrie R. A., Kidman R. C., Donato A. N., Stanton M. V. Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004. Vol. 12, No. 6. P. 367–374. DOI: [10.1080/10673220490905705](https://doi.org/10.1080/10673220490905705)

280. Shchudlo S., Mirchuk I., Zelena O., Klymanska L., Herasym H., Savka V., Klimanska M., Haletska I., Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. Alcohol consumption among Ukrainian adolescents: family and pandemic factors. *Alcoholism and Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania*. 2022. Vol. 35, No. 2. P. 73–92. DOI: [10.5114/ain.2022.121994](https://doi.org/10.5114/ain.2022.121994)

281. Sheehy G. *Passages: Predictable Crises of Adult Life*. New York: E. P. Dutton, 1976. 372 p.

282. Sher K. J., Lee M. R. Alcohol use disorders. *Encyclopedia of Mental Health*. 3rd ed. 2023. P. 52–61. DOI: [10.1016/B978-0-323-91497-0.00244-7](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00244-7)

283. Shope J. T., Waller P. F., Raghunathan T. E., Patil S. M. Adolescent antecedents of high-risk driving behavior into young adulthood: substance use and parental influences. *Accident Analysis and Prevention*. 2001. Vol. 33, No. 5. P. 649–658. DOI: [10.1016/S0001-4575\(00\)00079-8](https://doi.org/10.1016/S0001-4575(00)00079-8)

284. Smeraldi C., Angelone S. M., Movalli M., Cavicchioli M., Mazza G., Notaristefano A., Maffei C. Testing three theories of cognitive dysfunction in alcohol abuse. *Journal of Psychopathology*. 2015. Vol. 21, No. 2. P. 125–132.

285. Smith P. B., Trompenaars F., Dugan S. The Rotter Locus of Control Scale in 43 countries: A test of cultural relativity. *International Journal of Psychology*. 1995. Vol. 30, No. 3. P. 377–400. DOI: [10.1080/00207599508246576](https://doi.org/10.1080/00207599508246576)

286. Solms M. *The Hidden Spring: A Journey to the Source of Consciousness*. New York: W. W. Norton & Company, 2021. 432 p. ISBN 9780393542011.

287. Stalnaker T. A., Cooch N. K., Schoenbaum G. What the orbitofrontal cortex does not do. *Nature Neuroscience*. 2015. Vol. 18, No. 5. P. 620–627. DOI: [10.1038/nn.3982](https://doi.org/10.1038/nn.3982)

288. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*. 2008. Vol. 28. P. 78–106. DOI: [10.1016/j.dr.2007.08.002](https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002)

289. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006. 236 p.

290. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders. Evidence-Based Practices (EBP) KIT. Publication ID SMA08-4366. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010.

291. Suszek H., Fronczyk K., Kopera M., Maliszewski N. Implicit and explicit self-concept clarity and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*. 2018. Vol. 123. P. 253–256. DOI: [10.1016/j.paid.2017.11.038](https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.038)

292. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9, No. 3. P. 455–471. DOI: [10.1002/jts.2490090305](https://doi.org/10.1002/jts.2490090305)

293. Treutlein J., Kissling C., Frank J., et al. Genetic association of the human corticotropin releasing hormone receptor 1 (CRHR1) with binge drinking and alcohol intake patterns in two independent samples. *Molecular Psychiatry*. 2006. Vol. 11, No. 6. P. 594–602. DOI: [10.1038/sj.mp.4001813](https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001813)

294. Uhl G. R., Koob G. F., Cable J. A. The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019. Vol. 1451, No. 1. P. 5–28. DOI: [10.1111/nyas.13989](https://doi.org/10.1111/nyas.13989)

295. Vaillant G. E. A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*. 1996. Vol. 53, No. 3. P. 243–249. DOI: [/10.1001/archpsyc.1996.01830030065010](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830030065010)

296. Vaillant G. E. Alcoholics Anonymous: Cult or Cure?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005. Vol. 39, No. 6. P. 431–436. DOI: [10.1080/j.1440-1614.2005.01600.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01600.x)

297. Volkow N. D., Baler R. D. Addiction: A disease of self-control. *Neurosciences and the Human Person: New Perspectives on Human Activities*. Vatican City: Pontifical Academy of Sciences, 2013. P. 1–13.

298. Wang J., Yao Z., Li L., Qian J., Yang Z., Yu H. ChatThero: An LLM-Supported Chatbot for Behavior Change and Therapeutic Support in Addiction Recovery. arXiv preprint. 2025. arXiv:2508.20996. URL: <https://arxiv.org/abs/2508.20996> (дата звернення: 19.09.2025).

299. White M., Epston D. Narrative means to therapeutic ends / M. White, D. Epston. New York: W. W. Norton & Company, 1990. 244 p.

300. White W. L. Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868–2011 / W. L. White. Philadelphia: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services; Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2012. 58 p.

301. Winnicott D. W. The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development. 1st ed. London: Routledge, 2018. 296 p. DOI: [10.4324/9780429482410](https://doi.org/10.4324/9780429482410)

302. Wong Y. J., Burkley M., Bell A. C., Wang S-Y., Klann E. M. Manly to the core: measuring men's implicit masculine self-concept via the Semantic Misattribution Procedure. *Personality and Individual Differences*. 2017. Vol. 104. P. 320–325. DOI: [10.1016/j.paid.2016.08.026](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.026)

303. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2023. Geneva: World Health Organization, 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074990> (дата звернення: 26.12.2023).

304. World Health Organization. Споживання алкоголю в Україні: поведінка та ставлення – грудень 2023: основні результати: техн. документ. 12 берез. 2024. 4 с. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/alcohol-consumption-in-ukraine-key-findings> (дата звернення: 03.01.2024).

305. Yang W., Singla R., Maheshwari O., Fontaine C. J., Gil-Mohapel J. Alcohol use disorder: neurobiology and therapeutics. *Biomedicines*. 2022. Vol. 10, No. 5. Art. 1192. DOI: [10.3390/biomedicines10051192](https://doi.org/10.3390/biomedicines10051192).

306. Zaborowski Z., Slaski S. Contents and forms theory of self-awareness. *Imagination, Cognition and Personality*. 2003. Vol. 23, No. 2. P. 99–119. DOI: [10.2190/TCX3-E1U1-5G7M-U2V1](https://doi.org/10.2190/TCX3-E1U1-5G7M-U2V1).

307. Zelazo P. D., Hong Gao H., Todd R. The development of consciousness. *The Cambridge handbook of consciousness* / ed. by P. D. Zelazo, M. Moscovitch, E. Thompson. New York: Cambridge University Press, 2007. P. 405–434.

308. Zeman A., Coebergh J. A. The nature of consciousness. *Handbook of Clinical Neurology* / ed. by J. L. Bernat, R. Beresford. Amsterdam: Elsevier B.V., 2013. Vol. 118. P. 373–407. DOI: [10.1016/B978-0-444-53501-6.00031-7](https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00031-7).

309. Zilverstand A., Parvaz M. A., Goldstein R. Z. Neuroimaging cognitive reappraisal in clinical populations to define neural targets for enhancing emotion regulation: a systematic review. *NeuroImage*. 2017. Vol. 151. P. 105–116. DOI: [10.1016/j.neuroimage.2016.06.009](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.06.009).

ДОДАТКИ

Додаток А

**Список публікацій здобувача за темою дисертації та відомості про
апробацію результатів дисертації:**

**Статті у наукових виданнях, які входять до наукометричної бази
Scopus:**

1. Mishchykha L., Cherniavska N., Kravchenko V., Vityuk N., Kulesha-Liubinetz, Khrushch O. Application of Mindfulness Practices in Work on Stress Reduction during the War. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*. 2023. Vol. 81. P. 25–38.

DOI: [10.33788/rcis.81.2](https://doi.org/10.33788/rcis.81.2)

URL: <https://www.scopus.com/pages/publications/85163360441?origin=resultslist>

Статті у наукових фахових виданнях України категорії Б:

2. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Концептуалізація феномену самосвідомості у контексті психологічного дискурсу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія «Психологія»*. 2024. Т. 35 (74), № 6. С. 10–14.

DOI: [10.32782/2709-3093/2024.6/02](https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.6/02)

URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/6_2024/4.pdf

3. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Психологічні передумови конструювання моделі самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2025. Вип. 25. С. 113–120.

DOI: [10.30970/PS.2025.25.13](https://doi.org/10.30970/PS.2025.25.13).

URL: https://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/25_2025/15.pdf

4. Чернявська Н. В. Концептуальна модель самосвідомості у чоловіків з алкогольною залежністю. *Габітус*. 2024. № 67. С. 233–237.

DOI: [10.32782/2663-5208.2024.67.38](https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.67.38)

URL: <https://habitus.od.ua/journals/2024/67-2024/40.pdf>

5. Чернявська Н. В. Самосвідомість особистості в період ранньої дорослості. Проблеми сучасної психології, 2024, вип. 61, с. 164–180.

DOI: [10.26661/2310-4368/2025-1-17](https://doi.org/10.26661/2310-4368/2025-1-17)

URL: <https://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/4506>

6. Чернявська Н. В. Емпіричне дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю. Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія. 2025. № 2 (6). С. 196–201.

DOI: [10.32782/3041-1297/2025-2-30](https://doi.org/10.32782/3041-1297/2025-2-30)

URL: <https://journal.ldubgd.edu.ua/index.php/pp/article/view/3056>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Особливості розвитку самосвідомості у ранньому дорослому віці. Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 5 грудня 2024 р.). Львів–Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 217–220.

URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/340/10130/22856-1>

8. Міщиха Л. П., Чернявська Н. В. Нейробіологічні механізми впливу алкоголю на психічне здоров'я особистості. Матеріали звітної наукової вебконференції викладачів, докторантів, аспірантів університету за 2024 рік Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (м. Івано-Франківськ, 24–28 березня 2025 р.). Івано-Франківськ, 2025. С. 107–108.

URL: <https://pedagogical.cnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/7/2026/01/zbirnyk-tez-vykladachiv-2025.pdf#page=107>

9. Чернявська Н. В. Авторська модель психокорекційної програми для чоловіків з алкогольною залежністю. International Scientific and Practical Conference “Strategic Guidelines for the Development of Science, Education, Technologies, and Key Spheres of Public Life”: conference abstracts. 2025. С. 96–100.

URL: <https://www.economics.in.ua/2025/11/10.html>

10. Чернявська Н. В. Нейробіологічні аспекти самосвідомості осіб з алкогольною залежністю. Глобальний світ і Україна: сучасні виклики та пошук відповідей: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції (Харків, 31 січня 2025 р.). Харків: Право, 2025. С. 75–78.

URL: https://pravo-izdat.com.ua/index.php?download_id=1942&product_id=5499&route=product/product/download

11. Чернявська Н. В. Особливості терапевтичного альянсу з особами із алкогольною залежністю в період війни. Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології: матеріали науково-практичної конференції, 16–17 вересня 2023 року. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 163–166.

URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/736608/2/Zbirnyk%20conf%20adyctolog2023.pdf>

12. Чернявська Н. В. Реабілітація чоловіків з алкогольною залежністю в контексті самосвідомості. Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: зимові дебати: матеріали VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (лютий 2025 р.). Дніпро, 2025. С. 340–341. ISBN 978-617-8293-41-3.

URL: <http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2025/02/Conference-Proceedings-February-6-7-2025-1.pdf?utm>

13. Чернявська Н. В. Роль самосвідомості у психологічному благополуччі чоловіків з алкогольною залежністю. У: Psychological and Pedagogical Problems of Modern Specialist Formation: Collective Scientific Monograph. Lviv–Toruń: Liha-Pres, 2024. С. 178–180.

DOI: [10.36059/978-966-397-496-5-14](https://doi.org/10.36059/978-966-397-496-5-14)

URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/385/12174/27548-1>

14. Чернявська Н. В. Феномен самосвідомості особистості в руслі екзистенційно-суб'єктних засад сучасної персонології. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Івано-Франківськ, 23–24 вересня 2021 р.) / упоряд. О. Г. Паркулаб. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2021. С. 178–180.

URL:https://www.researchgate.net/publication/358749325_Fenomen_samosvidomosti_osobistosti_v_rusli_ekzistencijno-sub'ektnih_zasad_sucasnoi_personalogii

15. Чернявська Н. В. Феномен самосвідомості у чоловіків з алкогольною залежністю: психологічні механізми та чинники формування. International scientific conference (Riga, the Republic of Latvia, 19–20 March 2025): conference abstracts. Riga, 2025. С. 22–25.

URL:<http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/593/15974/33708-1>

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи були представлені та апробовані на науково-практичних конференціях різного рівня, зокрема:

на міжнародних: «Psychological and Pedagogical Problems of Modern Specialist Formation» (Львів–Торунь, 2024 р.); International Scientific and Practical Conference “Strategic Guidelines for the Development of Science, Education, Technologies, and Key Spheres of Public Life” (2025 р.); International scientific conference (Рига, Латвійська Республіка, 19–20 березня 2025 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» (Київ, 2024 р.); VI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: зимові дебати» (Дніпро, 2025 р.);

на всеукраїнських: Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології (Київ, 2023 р.); III Всеукраїнська науково-практична конференція «Глобальний світ і Україна: сучасні виклики та пошук відповідей» (Харків, 2025 р.); звітна наукова вебконференція викладачів, докторантів та аспірантів

Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (Івано-Франківськ, 2025 р.); «Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості» (Івано-Франківськ, 2021 р.).

Результати дослідження також обговорювалися на розширених засіданнях кафедри соціальної психології та кафедри загальної психології Карпатського національного університету імені Василя Стефаника упродовж 2022–2025 років.

Етапи емпіричного дослідження особливостей самосвідомості чоловіків з
алкогольною залежністю

Етап	Рік(и) проведення	К-ть учасників	Завдання та використані методики
I етап - теоретичний аналіз	2021	–	Аналіз наукової літератури, систематизація підходів до вивчення самосвідомості, формулювання робочої гіпотези дослідження.
II етап - добір інструментарію	2021	–	Сформовано комплекс із 9 методик: 1) Мічіганський скрінінг-тест (MAST); 2) Опитувальник особистісної здійсненності (О. С. Штепа); 3) Шкала сприйнятого стресу (PSS, S. Cohen; Cohen et al.; укр. адаптація О. О. Вельдбрехт, Н. І. Тавровецька); 4) «Хто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд); 5) Шкала самоповаги (М. Розенберг); 6) Методика незакінчених речення (модифікований варіант); 7) Опитувальник стилю саморегуляції поведінки; 8) «Рівень суб'єктивного контролю» за Дж. Роттером); 9) PERMA-Профайлер (М. Seligman).
III етап - формування вибірки	2021-2024	134	Добір респондентів за критеріями включення (чоловіки 20-40 років, досвід алкоголізації, участь у програмі реабілітації).
IV етап - збір емпіричних даних	2021-2024	134 (2021 - 36; 2022 - 29; 2023 - 32; 2024 - 37)	Анкетування та тестування за повним комплексом із 9 методик. Збір даних здійснювався у двох форматах: офлайн (паперово в центрі) та онлайн (Google Form). Вибірки різних років не перетиналися.

V етап - первинна обробка	2021-2024	134	Кодування результатів, перевірка повноти, обчислення субшкальних та інтегральних індексів, підготовка бази даних для статистичного аналізу.
VI етап - статистичний аналіз	2025	–	Описова статистика (середні, стандартні відхилення, розподіли); кореляційний аналіз (r Пірсона); факторний аналіз (КМО, Бартлетт, Varimax) для виявлення латентної структури.
VII етап - інтерпретація результатів	2025	–	Якісна та кількісна інтерпретація даних, формування висновків і ресурсних компонентів самосвідомості.

Додаток В

Стисла характеристика поширених програм

<i>Автор / програма</i>	<i>Рік</i>	<i>Цільова група</i>	<i>Основні методи</i>	<i>Очікувані результати</i>
Старков Д. – Інтегративна особистісно-орієнтована розвиваюча модель реабілітації (ІООР)	2020	Особи з алкогольним (та наркотичним) узалежненням	Системний, когнітивно-регулятивний, гуманістичний, психодинамічний, екзистенційний	Стійка ремісія, поетапне відновлення функціонування особистості, інтеграція адиктивних і нормативних аспектів Я
Михайлів С. – особистісна реабілітація та протирецидивна програма	2021	Наркозалежні	Психотерапія, ресоціалізація, підтримка	Соціальна інтеграція, профілактика зривів
Федотова З. – трансдіагностична програма	2024	Різні типи залежностей	Стандартизована психологічна вправа	Універсальність, відтворюваність результатів
Сальникова А. – програма для ігрової залежності	2024	Лудоманія	КПТ, прогнозування рецидиву	Зменшення тяги до гри, попередження зривів
Alcoholics Anonymous – «12 кроків»	1953	Алко-, нарко-, інші залежності	Духовно-соціальний, групова підтримка	Ремісія завдяки спільнотності
Beck, Marlatt – когнітивно-поведінкові програми	1993, 2005	Хімічні й поведінкові залежності	КПТ, профілактика рецидивів	Зниження рецидивів, формування копінг-стратегій
Carroll K., Onken L. – Behavioral Therapies for Drug Abuse	2005	Особи із залежністю від ПАР	Когнітивно-поведінкові, мотиваційне інтерв'ю, сімейна терапія	Підвищення саморегуляції, усвідомлення тригерів, профілактика рецидивів, зміцнення соціальної підтримки

Garland E. –MORE	2013	Хімічні та поведінкові залежності	Майндфулнес, реаппрейзал, позитивні емоції	Зниження крейвінгу, підвищення якості життя
reBandit, ChatThero	2024–2025	Переважаю молодь, онлайн-користувачі	Алгоритми ШІ, КПТ, мотиваційне інтерв'ю	Персоналізована підтримка, підвищення залученості, гнучкість терапевтичного процесу

Ілюстративні клінічні приклади застосування програми психологічного супроводу

Етап моделі	Клієнт Б. (вип. 1)	Клієнт М. (вип. 2)	Клієнт О. (вип. 3)	Клієнт К. (вип. 4)
<i>0. Преконтакт</i>	Сумніви, провина («Я всіх підвів...»). Атмосфера безпеки зняла напруження	Тотальна недовіра («Мені ніхто не допоможе»). Мінімальний контакт	Опір через інтроєкт «чоловіки не плачуть», поступове зниження опору	Сумніви («Я все одно зірвуся»), пояснення рамок утримало в процесі
<i>1. Діагностика і стабілізація</i>	Щоденники емоцій, «безпечне місце», заземлення. Покращення сну	Щоденник емоцій, психоедукація про тригери, вправи на заземлення	Щоденники, робота з автоматичним и думками. Усвідомлення залежності як втечі	Вправи на заземлення, усвідомлення тригерів
<i>2. Опрацювання травми</i>	Провина того, хто вижив («Чому я живий...»). Гештальт, керована уява. Плекання внутрішньої дитини	Дитячі спогади. Початок плекання («Я дорослий і можу себе захистити»), але процес перерваний	Критика батька. Робота з інтроєктами. Плекання внутрішньої дитини до зрілого самовираження	Інтроєкти дитинства («Я мушу терпіти»). Початок плекання внутрішньої дитини
<i>3. Ресурс</i>	Тілесні вправи, дихання, соціальна підтримка («Можу триматися з близькими»)	Обмежені ресурси (музика, прогулянки, тварини). Ефект короткочасний	Тілесні вправи, наративи. Формування внутрішніх опор	Тілесні вправи, наративи. Залучення родини й друзів

<i>4. Сенси</i>	Новий орієнтир – бажання сім'ї, батьківства	Бажання «жити без страху», але відсутність конкретних цілей	Головна цінність – сімейні стосунки («Хочу мати нормальні стосунки...»)	Головний мотив – батьківство («Хочу, щоб син бачив батька»)
<i>5. Асиміляція і закріплення</i>	Нові способи спілкування («Мені легше говорити прямо...»). Завершене плекання внутрішньої дитини	Копінг-стратегії слабкі, навички не закріплені	Переписування наративів («Не мушу все тримати всередині»). Завершене плекання	Переписування наративів, інтеграція досвіду та відновлення цілісності «Я».
<i>6. Постконтакт</i>	Профілактика рецидивів, групи АА. Стабільність	Рекомендовано стаціонар і групи АА	Ремісія, профілактичні зустрічі	Один зрив, використаний як досвід. Групи АА
<i>Результат</i>	Стійка ремісія, одруження, соціальна інтеграція	Часткова стабілізація, ремісія не досягнута	Стабільна ремісія, покращення стосунків	Ремісія з одним зривом, покращення сімейних відносин

Анкета первинних даних**Шановні учасники!**

Просимо Вас взяти участь в анонімному анкетуванні, спрямованому на вивчення самосвідомості та життєвого досвіду чоловіків із алкогольної залежності. Дослідження проводиться з науковою метою в межах дисертаційної роботи.

Опитування є конфіденційним; усі дані аналізуються лише у зведеному вигляді. Просимо відповідати щиро - тут немає правильних чи неправильних відповідей. Найточнішою є та відповідь, яка першою спадає на думку. Дякуємо Вам за участь!

Ваш вік (цифрою): _____

Біологічна стать:

Чоловік

Місце проживання:

- Місто
- Село
- Районний центр

Сімейний статус:

- Неодружений
- Одружений
- Розлучений
- Вдівець

Соціальний статус:

- Не працевлаштований
- Частково працевлаштований
- Повна зайнятість
- Військовий

Рівень освіти:

- Базова загальна середня освіта (9 класів)
- Повна загальна середня освіта (11 класів)
- Професійно-технічна освіта (коледж, училище)
- Неповна вища освіта (бакалаврат)
- Базова вища освіта (магістр)
- Повна вища освіта

Період зловживання

алкоголем:

- 1–3 роки
- 4–8 років
- Понад 8 років
- Ремісія (кількість років): _____

Мічиганський скринінговий тест на алкоголізм (MAST)

Інструкція.

Нижче наведені твердження стосуються Вашого досвіду та ставлення до вживання алкоголю. Пам'ятайте, що правильних чи неправильних відповідей немає.

Будь ласка, оберіть варіант відповіді, який є вірним для Вас у даний момент: «Так», «Ні»

1. Чи відчуваєте ви, що нормально п'єте? (під нормою ми маємо на увазі, що ви п'єте менше або стільки ж, як і більшість людей **так ні**

2. Ви коли-небудь прокидалися в ранці після того, як ви пили напередодні ввечері, і виявляли, що не можете згадати частину вечора? **так ні**

3. Ваша дружина, чоловік, батьки чи близькі родичі коли-небудь турбувалися чи скаржилися на те, що ви п'єте? **так ні**

4. Чи можете ви силою волі припинити пити після однієї-двох чарок (бокалів вина, пива) **так ні**

5. Чи відчуваєте ви коли-небудь почуття провини за те, що ви п'єте? **так ні**

6. Друзі чи родичі думають, що ви п'яниця? **так ні**

7. Чи можете ви кинути пити, коли хочете хочете? **так ні**

8. Чи були ви коли-небудь присутні на зборах Анонімних Алкоголіків чи в інших терапевтичних групах, щоб кинути пити? **так ні**

9. Чи траплялися у вас фізичні бійки під час випивки? **так ні**

10. Чи коли-небудь ваше вживання алкоголю створювало проблеми між вами та вашою дружиною, чоловіком, батьком або іншим родичем? **так ні**

11. Ваша дружина, чоловік (або інші члени сім'ї) коли-небудь зверталися до когось за допомогою щодо вашого вживання алкоголю? **так ні**

12. Ви коли-небудь втрачали друзів через випивку? **так ні**

13. Чи траплялися у вас проблеми на роботі чи в школі через алкоголь? **так ні**

14. Ви коли-небудь втрачали роботу через алкоголь? **так ні**

15. Чи нехтували ви коли-небудь своїми зобов'язаннями, сім'єю або роботою протягом двох або більше днів поспіль, тому що випили? **так ні**

16. Ви досить часто п'єте до обіду? **так ні**

17. Чи казали вам коли-небудь, що у вас проблеми з печінкою, цироз? **так ні**

18. Чи була у вас біла гарячка чи судоми внаслідок сильного пияцтва, чи чули ви голоси чи бачили речі, яких насправді не було? **так ні**

19. Чи зверталися ви коли-небудь за допомогою щодо вашого пияцтва? **так ні**

20. Ви коли-небудь потрапляли у лікарню через алкоголь? **так ні**

21. Чи були ви коли-небудь пацієнтом психіатричної лікарні або психіатричного відділення загальної лікарні, при чому пияцтво було частиною проблеми, яка призвела до госпіталізації? **так ні**

22. Чи бували ви коли-небудь у психіатричній клініці, чи зверталися до будь якого лікаря, соціального працівника чи священнослужителя за допомогою з емоційною проблемою, де пияцтво було частиною проблеми? **так ні**

23. Чи заарештовували вас коли-небудь за керування транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння? (Якщо ТАК, то скільки разів? _____) **так ні**

24. Чи вас коли-небудь заарештовували або брали під варту хоча б на кілька годин через вашу поведінку в стані алкогольного сп'яніння? (Якщо ТАК, скільки разів? _____) **так ні**

25. Чи вживали ви коли-небудь алкоголь у місцях, де це заборонено або соціально неприйнятно? **так ні**

«Опитувальник рівня суб'єктивного контролю (УСК)» (за методикою J. Rotter).

Інструкція.

Нижче наведено твердження щодо Ваших поглядів, відчуттів і ставлення до різних життєвих ситуацій. Будь ласка, оберіть відповідь, яка найбільше відповідає Вашій думці, та позначте її відповідною цифрою.

Зверніть увагу: перед кожним твердженням наведено шкалу, у якій значення цифр є однаковими, тому уважно обирайте відповідь.

Шкала відповідей:

- 1 – Повністю не згоден
- 2 – Здебільшого не згоден
- 3 – Частково не згоден
- 4 – Частково згоден
- 5 – Здебільшого згоден
- 6 – Повністю згоден

1.Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей і зусиль людини.

2.Більшість розлучень відбувається тому, що люди не захотіли пристосуватися одне до одного.

3.Хвороба – справа випадку; якщо вже судилося захворіти, то нічого не поробиш.

4.Люди виявляються самотніми через те, що самі не виявляють інтересу і дружелюбності до оточуючих.

5.Здійснення моїх бажань часто залежить від везіння.

6.Марно докладати зусилля для того, щоб завоювати симпатії інших людей.

7.Зовнішні обставини – батьки і добробут – впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.

8.Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.

9.Як правило, керівництво виявляється більш ефективним, коли керівник повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їхню самостійність.

10.Мої оцінки в школі, в інституті часто залежали від випадкових обставин (наприклад, настрою викладача) більше, ніж від моїх власних зусиль.

11.Коли я будую плани, то, загалом, вірю, що зможу здійснити їх.

12.Те, що багатьом людям здається удачею чи везінням, насправді є результатом довгих цілеспрямованих зусиль.

13.Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі і ліки.

14.Якщо люди не підходять один одному, то, як би вони не старалися, налагодити сімейне життя все одно не зможуть.

15.Те хороше, що я роблю, зазвичай буває гідно оцінене іншими.

16.Люди виростають такими, якими їх виховують батьки.

17.Думаю, що випадок чи доля не грають важливої ролі в моєму житті.

18.Я не намагаюся планувати далеко вперед, оскільки багато залежить від того, як складуться обставини.

19. Мої оцінки в школі найбільше залежали від моїх зусиль і рівня підготовленості.

20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю відповідальність за собою, ніж за протилежною стороною.

21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.

22. Я волю таке керівництво, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.

23. Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб.

24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям добитися успіху в своїх справах.

25. У кінцевому рахунку, за погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.

26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в сформованих обставинах.

27. Якщо я дуже захочу, то зможу повернути до себе майже кожного.

28. На підростаюче покоління впливає так багато обставин, що зусилля батьків по його вихованню часто виявляються марними.

29. Те, що зі мною трапляється, – це справа моїх власних рук.

30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять саме так, а не інакше.

31. Чоловік, який не зміг добитися успіху у своїй роботі, швидше за все, не проявив достатньо зусиль.

32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, що хочу.

33. У неприємностях і невдачах, які були в моєму житті, частіше були винні інші люди, ніж я сам.

34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за ним стежити і правильно одягати.

35. У складних обставинах я вважаю за краще почекати, поки проблеми не вирішаться самі собою.

36. Успіх є результатом наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.

37. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюся одним людям і не подобаюся іншим.

38. Я завжди віддаю перевагу приймати рішення і діяти самостійно, а не сподіватися на допомогу інших людей чи на долю.

39. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, незважаючи на всі його старання.

40. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити навіть при самому сильному бажанні.

41. Здібні люди, які не зуміли реалізувати свої можливості, мають звинувачувати в цьому тільки самих себе.

42. Багато мої успіхи були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.

43. Більшість моїх невдач сталося від невміння, незнання чи ліні і мало залежало від везіння чи невезіння.

44. У складних умовах моє майбутнє значною мірою визначається зовнішніми обставинами.

Методика «ХТО Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд)

Інструкція:

Протягом **12 хвилин** дайте якомога більше відповідей на запитання: «Хто Я?»

Кожну нову відповідь починайте з нового рядка, нумеруючи її.

Ви можете відповідати будь-яким способом, фіксуйте все, що приходить на думку.

У цьому завданні **немає правильних чи неправильних відповідей**.

Після кожної відповіді позначте, **було вам легко чи важко її сформулювати**, та за бажанням коротко зафіксуйте емоційну реакцію.

Бланк відповідей

1.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

2.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

3.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

4.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

5.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

6.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

7.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

8.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

9.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

10.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

11.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

12.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

13.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

14.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

15.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

16.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

17.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

18.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

19.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

20.Хто Я? _____

Важко відповідати? так ні

PERMA-ПРОФАЙЛЕР

Інструкція

Надайте відповіді на запитання за **11-бальною шкалою від 0 до 10**, залежно від того, наскільки твердження відповідає Вашому стану чи досвіду.

0 = зовсім ні / ніколи

10 = повністю / завжди

Зверніть увагу: у різних питаннях крайні значення шкали мають різні словесні формулювання. Уважно читайте шкалу перед вибором відповіді.

Питання

1. Як часто Ви відчуваєте, що просуваєтеся у досягненні своїх цілей?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

2. Як часто Ви повністю поглинаєтеся тим, що робите?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

3. Загалом, як часто Ви відчуваєте радість?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

4. Загалом, як часто Ви відчуваєте тривогу?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

5. Як часто Ви досягаєте важливих цілей, які поставили перед собою?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

6. Загалом, як би Ви оцінили своє здоров'я?
жахливе 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 відмінне

7. Загалом, наскільки осмислене та наповнене життя Ви ведете?
зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

8. Якою мірою Ви отримуєте допомогу та підтримку від інших, коли це необхідно?
зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

9. Загалом, якою мірою цінним і вартим уваги є те, що Ви робите у своєму житті?
зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

10. Загалом, якою мірою Ви відчуваєте захоплення та інтерес до чогось?
зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

11. Наскільки самотнім Ви почуваетесь у повсякденному житті?
зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

12. Наскільки Ви задоволені своїм поточним фізичним здоров'ям?
зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

13. Загалом, як часто Ви відчуваєте позитивні емоції?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

14. Загалом, як часто Ви відчуваєте злість?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

15. Як часто Ви справляєтеся зі своїми завданнями?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

16. Загалом, як часто Ви сумуєте?
ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

17. Як часто Ви втрачаєте відчуття часу, виконуючи те, що Вам подобається?

ніколи 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 завжди

18. Як Ви оцінюєте своє здоров'я порівняно з іншими людьми Вашого віку та статі?

жахливе 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 відмінне

19. Якою мірою Ви відчуваєте себе любимим?

зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

20. Загалом, чи маєте Ви відчуття правильного напрямку власного життя?

зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

21. Наскільки Ви задоволені своїми особистими стосунками?

зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

22. Загалом, наскільки Ви відчуваєте себе умиротвореним?

зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

23. Загалом, наскільки Ви щасливі?

зовсім ні 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 повністю

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Інструкція: Запитання стосуються Ваших думок і почуттів протягом останнього місяця.

Для кожного твердження виберіть один варіант відповіді, який найточніше відображає, як часто ви відчували або думали саме так:

0 – ніколи

1 – майже ніколи

2 – іноді

3 – досить часто

4 – дуже часто

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось несподіване?

0 1 2 3 4

2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?

0 1 2 3 4

3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?

0 1 2 3 4

4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?

0 1 2 3 4

5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається відповідно до ваших планів і бажань?

0 1 2 3 4

6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?

0 1 2 3 4

7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати своє роздратування через те, що відбувається у вашому житті?

0 1 2 3 4

8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?

0 1 2 3 4

9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?

0 1 2 3 4

10. Як часто за останній місяць ви відчували, що труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

0 1 2 3 4

Шкала самооцінки М. Розенберга (RSES)**Інструкція:**

Визначте, наскільки ви **згодні** або **не згодні** з наведеними нижче твердженнями.

Обведіть відповідну цифру:

4 – повністю згоден

3 – згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

1. Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні не менше ніж інші.

1 2 3 4

2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.

1 2 3 4

3. Мені здається, у мене є ряд хороших якостей.

1 2 3 4

4. Я здатний дещо робити не гірше, ніж більшість.

1 2 3 4

5. Мені здається, що мені особливо нічим пишатися.

1 2 3 4

6. Я до себе добре ставлюся.

1 2 3 4

7. В цілому я задоволений собою.

1 2 3 4

8. Мені б хотілося більше поважати себе.

1 2 3 4

9. Іноді я ясно відчуваю свою неефективність.

1 2 3 4

10. Іноді я думаю, що я в усьому нехороший.

1 2 3 4

Опитувальник особистісної здійсненості за О. Штепою

Інструкція:

Серед наведених характеристик оберіть один із варіантів: *властиво мені* або *не властиво мені*. Підкресліть необхідне.

1. **Наполегливість – це мій шлях до успіху**
властиво мені / не властиво мені
2. **Загалом, я впевнена у собі людина**
властиво мені / не властиво мені
3. **Мені не подобається відповідати за інших**
властиво мені / не властиво мені
4. **Коли необхідно приймати рішення, я не впевнений, що оберу вірний варіант**
властиво мені / не властиво мені
5. **Я волію тримати при собі свої речі, думки та переживання**
властиво мені / не властиво мені
6. **Для мене важливо, щоб мої зусилля не були марними**
властиво мені / не властиво мені
7. **Я намагаюсь уникати людей, які можуть у мене щось попросити**
властиво мені / не властиво мені
8. **Не вважаю себе цілеспрямованою людиною**
властиво мені / не властиво мені
9. **Якщо завдання відповідальне, намагаюсь його уникнути**
властиво мені / не властиво мені
10. **Мені є кого любити**
властиво мені / не властиво мені
11. **Мені цікаві люди, які мислять самостійно**
властиво мені / не властиво мені
12. **Я вмію надихати інших на творчі рішення або добрі вчинки**
властиво мені / не властиво мені
13. **Я вмію пропонувати свою допомогу, не принижуючи людину**
властиво мені / не властиво мені
14. **Мені подобається розмірковувати, філософствувати**
властиво мені / не властиво мені
15. **Я відчуваю життя більш повно, коли прагну цілі**
властиво мені / не властиво мені
16. **Я не бачу перспектив саморозвитку**
властиво мені / не властиво мені
17. **Я відчуваю життя більш повно, коли здатний любити**
властиво мені / не властиво мені
18. **Час від часу мені необхідно побути наодинці, щоб поміркувати над життям**
властиво мені / не властиво мені
19. **Я знаю, як себе організувати, щоб досягти мети**
властиво мені / не властиво мені

20. Я не знаю меж власних творчих та професійних можливостей
властиво мені / не властиво мені

21. Іншим людям важлива моя моральна підтримка
властиво мені / не властиво мені

22. Я не здатний робити щось, щоб почуватись у безпеці
властиво мені / не властиво мені

Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки»

Інструкція:

Послідовно прочитавши кожне висловлювання, виберіть одну з чотирьох відповідей:

«Правильно», «Мабуть, вірно», «Мабуть, невірно», «Неправильно»

та позначте її у відповідній графі.

- 1 – Правильно
- 2 – Мабуть, вірно
- 3 – Мабуть, невірно
- 4 – Неправильно

Пам'ятайте: немає правильних чи неправильних відповідей – важлива лише індивідуальна особливість вашої поведінки.

ПИТАННЯ

- 1.Свої плани на майбутнє люблю розробляти в найменших деталях.
1 2 3 4
- 2.Люблю всякі пригоди, можу йти на ризик.
1 2 3 4
- 3.Намагаюся завжди приходити вчасно, але тим не менш часто запізнююся.
1 2 3 4
- 4.Дотримуюся девізу: «Вислухай пораду, але зроби на власний розсуд».
1 2 3 4
- 5.Часто покладаюся на свої здібності орієнтуватися по ходу справи і не прагну задалегідь уявити послідовність своїх дій.
1 2 3 4
- 6.Оточуючі відзначають, що я недостатньо критичний до себе і своїх дій, але сам я це не завжди помічаю.
1 2 3 4
- 7.Напередодні контрольних або іспитів у мене зазвичай з'являлося відчуття, що мені не вистачило 1–2 днів для підготовки.
1 2 3 4
- 8.Щоб відчувати себе впевнено, необхідно знати, що чекає на тебе завтра.
1 2 3 4
- 9.Мені важко себе змусити щось переробляти, навіть якщо якість зробленого мене не влаштовує.
1 2 3 4
- 10.Не завжди помічаю свої помилки, частіше це роблять оточуючі люди.
1 2 3 4
- 11.Перехід на нову систему роботи не завдає мені особливих незручностей.
1 2 3 4
- 12.Мені важко відмовитися від прийнятого рішення навіть під впливом близьких мені людей.
1 2 3 4

13. Я не відношу себе до людей, життєвим принципом яких є «Сім разів відміряй – один раз відріж».
1 2 3 4
14. Ненавиджу, коли мене опікують і за мене щось вирішують.
1 2 3 4
15. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє.
1 2 3 4
16. У новому одязі часто відчуваю себе ніяково.
1 2 3 4
17. Завжди заздалегідь планую свої витрати, не люблю робити незапланованих покупок.
1 2 3 4
18. Уникаю ризику, погано справляюся з несподіваними ситуаціями.
1 2 3 4
19. Моє ставлення до майбутнього часто змінюється: то будую «райдужні» плани, то майбутнє здається мені «похмурим».
1 2 3 4
20. Завжди намагаюся продумати способи досягнення мети, перш ніж почну діяти.
1 2 3 4
21. Віддаю перевагу зберігати незалежність навіть від близьких людей.
1 2 3 4
22. Мої плани на майбутнє зазвичай реалістичні, і я не люблю їх змінювати.
1 2 3 4
23. У перші дні відпустки (канікул) при зміні способу життя завжди з'являється почуття дискомфорту.
1 2 3 4
24. При великому обсязі роботи неминуче страждає якість результатів.
1 2 3 4
25. Люблю зміни в житті, зміну обстановки і способу життя.
1 2 3 4
26. Не завжди вчасно помічаю зміни обставин і через це терплю невдачі.
1 2 3 4
(дубль прибрано, тепер лише один пункт 26)
27. Буває, що наполягаю на своєму, навіть коли не впевнений у своїй правоті.
1 2 3 4
28. Люблю дотримуватися завчасно наміченого плану на день.
1 2 3 4
29. Перш ніж з'ясовувати стосунки, намагаюся уявити різні способи подолання конфлікту.
1 2 3 4
30. У разі невдачі завжди шукаю, що було зроблено неправильно.
1 2 3 4

31. Не люблю посвячувати когось у свої плани, рідко дотримуюся чужих порад.
1 2 3 4
32. Вважаю розумним принцип: спочатку вплутайся в бій, а потім шукай засоби перемоги.
1 2 3 4
33. Люблю помріяти про майбутнє, але це скоріше фантазії, ніж реальність.
1 2 3 4
34. Намагаюся завжди враховувати думку товаришів про себе та свою роботу.
1 2 3 4
35. Якщо я зайнятий чимось важливим, можу працювати в будь-якій обстановці.
1 2 3 4
36. В очікуванні важливих подій прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій за різних сценаріїв.
1 2 3 4
37. Перш ніж взятися за справу, мені необхідно зібрати докладну інформацію про умови її виконання.
1 2 3 4
38. Рідко відступаю від розпочатої справи.
1 2 3 4
39. Часто допускаю недбале ставлення до своїх зобов'язань у разі втоми або поганого самопочуття.
1 2 3 4
40. Якщо я вважаю, що правий, то думка інших мене мало хвилює.
1 2 3 4
41. Про мене кажуть, що я «розкидаюся», не вмію відокремити головне від другорядного.
1 2 3 4
42. Я не вмію і не люблю заздалегідь планувати свій бюджет.
1 2 3 4
43. Якщо в роботі не вдалося досягти потрібної якості, намагаюся переробити навіть тоді, коли це неважливо для інших.
1 2 3 4
44. Після вирішення конфліктної ситуації часто подумки повертаюся до неї та аналізую свої дії.
1 2 3 4
45. Невимушено почуваюся в незнайомій компанії, нові люди зазвичай цікаві мені.
1 2 3 4
46. Зазвичай різко реаую на заперечення, намагаюся думати і робити все по-своєму.
1 2 3 4

Методика «Незавершені речення» (модифікована версія)**Інструкція:**

Нижче наведено 60 незакінчених речень. Прочитайте кожне і закінчіть його, записуючи перше судження, яке спадає на думку. Виконуйте завдання швидко, не задумуючись. Якщо не можете закінчити речення одразу - обведіть номер і поверніться пізніше.

1. Думаю, що мій батько рідко

2. Якщо всі проти мене, то

3. Я завжди хотів

4. Майбутнє вбачається мені

5. Якби я обіймав керівну посаду

6. Мій учитель (керівник, начальник)

7. Знаю, що нерозумно, але боюся

8. Думаю, що справжній друг

9. Коли я був дитиною

10. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є

11. Коли бачу чоловіка поруч із жінкою

12. У порівнянні з іншими родинами моя сім'я

13. Найкраще мені займатися (працювати) з

14. Моя мати і я

15. Зробив би все, щоб забути

16. Якби мій батько тільки захотів

17. Думаю, що досить здатний, щоб

18. Я міг би бути дуже щасливим, якби

19. Якщо хтось буде під моїм керівництвом

20. Сподіваюся на

21. У школі мої вчителі

22. Більшість моїх товаришів не знає, що я

23. Не люблю людей, які

24. У дитинстві я

25. Вважаю, що більшість дівчат і юнаків

26. Сімейне життя здається мені

27. Моя родина поводить ся зі мною як з

28. Люди, з якими я вчуся (працюю)

29. Моя мати

30. Моєю найбільшою помилкою було

31. Я хотів би, щоб мій батько

32. Моя найбільша слабкість полягає в тому, що

33. Моїм прихованим бажанням у житті є

34. Мої підлеглі

35. Настане день, коли

36. Коли до мене наближається вчитель (начальник)

37. Мені б хотілося перестати

38. Більше за все люблю людей, які

39. Якщо мені подобається дівчина (хлопець), я

40. Вважаю, що більшість дівчат (хлопців)

41. Коли я згадую своє дитинство

-
42. Більшість родин, які я знаю,
-
43. Люблю вчитися (працювати) з людьми, які
-
44. Вважаю, що більшість матерів
-
45. Коли я був дитиною, я відчував
-
46. Думаю, що мій батько
-
47. Коли мені не таланить, я
-
48. Коли я прохаю інших що-небудь зробити
-
49. Більше за все я хотів би в житті
-
50. Коли я буду старим
-
51. Люди, перевагу яких над собою я визнаю,
-
52. Мої побоювання часто змушували мене
-
53. Коли мене немає, мої друзі
-
54. Моє найяскравіше спогад дитинства
-
55. Мені дуже не подобається, коли жінка (чоловік)
-
56. Якщо я залишаюся наодинці з жінкою (чоловіком)
-
57. Коли я був дитиною, моя родина
-
58. Люди, які навчаються (працюють) зі мною
-
59. Я люблю свою матір, але
-
60. Найгірше, що мені доводилося робити, це
-

Авторські додаткові пункти (для адиктивного профілю)

61. Я п'ю тому, що
-
62. Я п'ю для того, щоб
-
63. Я живу для того, щоб
-

Додаток Р

Матриця конструктивного перерозподілу активності «10×10»

№	Життєва сфера	Запланована дія (коротко)	Факт виконання (✓/–)	Суб'єктивний ефект (0–10)	Коментар
1	Тілесність (здоров'я)				
2	Фізична активність				
3	Навчання / розвиток				
4	Професійна діяльність				
5	Сім'я				
6	Соціальні контакти				
7	Творчість / хобі				
8	Відпочинок				
9	Самопізнання				
10	Допомога іншим / сенс				



Соціально-психологічний
центр «Відновлення»
Контактний телефон: +380978038083

Соціально-психологічний центр «Відновлення»

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
аспірантки Чернявської Наталі Володимирівни на тему:
«Особливості самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю»**

Соціально-психологічний центр «Відновлення» підтверджує, що результати дисертаційного дослідження аспірантки спеціальності 053 «Психологія» Карпатського національного університету імені Василя Стефаника Чернявської Наталі Володимирівни були використані у діяльності центру у 2021–2024 рр.

Наукові висновки та аналітичні матеріали, отримані в результаті дослідження, мають важливе теоретичне й прикладне значення та були застосовані фахівцями центру при:

- удосконаленні підходів до психологічного супроводу чоловіків із досвідом залежної поведінки;
- розробленні психоосвітніх матеріалів, спрямованих на підвищення рівня саморефлексії та усвідомлення внутрішніх ресурсів клієнтів;
- уточненні критеріїв оцінювання емоційно-ціннісних та поведінкових особливостей самосвідомості осіб, які проходять реабілітацію;
- плануванні індивідуальних та групових консультацій із урахуванням виявлених закономірностей функціонування самосвідомості в умовах адиктивних порушень.

Результати дослідження Н. В. Чернявської сприяли збагаченню методичного забезпечення психологів та консультантів центру, підвищили якість професійної взаємодії з клієнтами та розширили можливості діагностичного й консультативного супроводу осіб, що перебувають у процесі відновлення.

Засновник М.Д.



Наукові положення дисертаційної роботи рекомендовано до подальшого використання у практиці психологічної допомоги та в методичній роботі фахівців центру.

Довідку видано для подання до атестаційної справи.

25 вересня 2025 року



Директор
Заставний М.О.



Міністерство освіти і науки України

КАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА

вул. Шевченка, 57, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018; код згідно з ЄДРПОУ 02125266
тел. (+380-342) 75-23-51; факс (+380-342) 53-15-74; e-mail office@cnu.edu.ua; сайт https://cnu.edu.ua

24.12.2025 № 03.04-29/24

На № _____ від _____

Д О В І Д К А

про впровадження

результатів дисертаційного дослідження Чернявської Наталі Володимирівни на тему «Особливості самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю» у Карпатському національному університеті імені Василя Стефаника, поданої на здобуття третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»)

Упродовж проведення дисертаційного дослідження Чернявською Наталею Володимирівною на тему «Особливості самосвідомості чоловіків з алкогольною залежністю» (з 2023 року по теперішній час) матеріали теоретичного й емпіричного аналізу, а також результати самостійної методичної розробки дисертантки використовуються в освітньому процесі Карпатського національного університету імені Василя Стефаника.

Отримані результати апробації дисертаційного дослідження були обговорені та затверджені на засіданні кафедри загальної психології (протокол N 5 від 04.12.2025р.). Матеріали дисертаційного дослідження використовуються у процесі викладання професійно-орієнтованих дисциплін з освітньо-професійної програми «Психологія» за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти спеціальності 053 «Психологія»: «Загальна психологія», «Вікова та педагогічна психологія», «Персонологія», а також у підготовці здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» за освітніми програмами «Психологія» та «Клінічна та

реабілітаційна психологія» у процесі викладання навчальних дисциплін «Основи адиктології» та «Основи логотерапії».

Загалом дисертаційне дослідження Чернявської Наталі Володимирівни має важливе теоретичне та практичне значення, є актуальним і перспективним для подальшого використання в освітньому процесі закладів вищої освіти та у професійній підготовці фахівців психологічного профілю.

Проректор з науково-педагогічної
роботи і міжнародної діяльності

Т. в. о. завідувач кафедри
загальної психології



Лілія ТУРОВСЬКА

Оксана ФЕДИК