

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій**  
Кафедра психології та соціальної роботи

**Савицька Ольга Володимирівна**

**Зміст і способи мотиваційної роботи у процесі  
психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб/  
Content and methods of motivational work in the process of  
psychosocial rehabilitation of addicted persons**

спеціальність: 053 – Психологія  
освітньо-професійна програма – Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи  
ПСЗМ-21  
О. В. Савицька

---

*підпис*

науковий керівник:  
к.мед.н., ст. викл.,  
В. І. Пришляк

---

*підпис*

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.  
Завідувач кафедри

---

**А. Н. Гірняк**  
*підпис*

Тернопіль – 2025

## АНОТАЦІЯ

**Савицька Ольга Володимирівна. Зміст та способи мотиваційної роботи в процесі психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб. – Рукопис.**

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійна програма «Психологія». – Західноукраїнський національний університет. Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій. Тернопіль. 2025.

У роботі представлено концептуальну модель мотиваційної роботи з uzалежненими особами у процесі їх психосоціальної реабілітації. Залежність розглянуто як порушення мотиваційної структури та саморегуляції, що зумовлює деформацію цілей, потреб і поведінкових стратегій. Емпіричне дослідження за участю осіб із алкогольною залежністю виявило домінування уникнення невдачі, високої фрустрованості та низького рівня саморегуляції. На підґрунті отриманих в ході емпіричного дослідження результатів розроблено тренінгову програму, спрямовану на підвищення усвідомленої мотивації, відновлення суб'єктності та формування навичок подолання залежності.

**Ключові слова:** мотивація, залежність, психосоціальна реабілітація, адиктивна поведінка, мотивація до змін, саморегуляція, соціальна фрустрованість, суб'єктність.

## ANNOTATION

**Savytska Olha Volodymyrivna. Content and methods of motivational work in the process of psychosocial rehabilitation of addicted persons.- Manuscript.**

Research for obtaining a master's degree in specialty 053 “Psychology”, educational and professional program “Psychology.” - West Ukrainian National University. Educational and Research Institute of New Educational Technologies. Ternopil. 2025.

The study presents a conceptual model of motivational work with addicted individuals within the process of psychosocial rehabilitation. Addiction is examined as a disruption of the motivational structure and self-regulatory mechanisms, leading to distortions in goals, needs, and behavioral strategies. An empirical investigation involving individuals with alcohol dependence revealed a predominance of avoidance-oriented tendencies, heightened frustration, and reduced self-regulation. Based on the empirical findings, a training program was developed to enhance autonomous and conscious motivation, restore personal agency, and foster skills for overcoming dependence.

**Keywords:** motivation, addiction, psychosocial rehabilitation, addictive behavior, readiness to change, self-regulation, social frustration, agency.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ В ПРОЦЕСІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ.....	8
1.1. Наукові підходи до концептуалізації поняття мотивації у психологічній літературі.....	8
1.2. Психологічна характеристика uzалежнених осіб та основних способів мотиваційної роботи в процесі їх психосоціальної реабілітації.....	13
Висновки до розділу 1.....	20
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ І СПОСОБІВ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ В ПРОЦЕСІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ.....	22
2.1. Характеристика вибірки та обґрунтування комплексу психодіагностичних методик емпіричного дослідження мотиваційної роботи в реабілітації uzалежнених осіб.....	22
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження .....	27
Висновки до розділу 2.....	38
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ У ПСИХОСОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ.....	40
3.1. Програма формування мотиваційної готовності в uzалежнених осіб у процесі психосоціальної реабілітації .....	40
3.2. Система психологічних рекомендацій uzалежненим особам щодо розвитку мотивації до подолання адиктивної поведінки.....	47
Висновки до розділу 3.....	52
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	57

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Сучасна психологія дедалі більше зосереджується на виявленні мотиваційних механізмів людської поведінки, оскільки саме вона визначає спрямованість, стійкість і результативність дій суб'єкта. Адиктивна поведінка, зокрема алкогольна залежність, істотно деформує природні механізми мотиваційної регуляції, що спричинює розбалансування потребово-ціннісних структури особистості, толерантності до фрустрації та втрати суб'єктного контролю. За цих умов особливої актуальності набуває розроблення теоретично обґрунтованих і емпірично верифікованих психологічних підходів до формування в uzалежнених осіб мотивації до змін у процесі психосоціальної реабілітації. Національний та міжнародний досвід свідчить, що саме мотиваційний компонент є провідною детермінантою успіху лікування, запобігання рецидивам і відновлення життєвої перспективи осіб із діагностованою алкогольною залежністю. Попри значну кількість досліджень у галузі адиктології, мотиваційна сфера uzалежнених осіб усе ще потребує детальнішої теоретичної систематизації та практичної конкретизації, оскільки стійкість результатів терапевтичного впливу безпосередньо залежить від інтеграції усвідомлюваних і прихованих мотивів у загальну регулятивну структуру особистості.

Стан наукової розробки проблеми мотиваційної сфери uzалежнених осіб в українській та зарубіжній психології вирізняється значною теоретичною й методологічною розгалуженістю. У зарубіжних дослідженнях, ця проблематика висвітлюється у працях працями К. Левіна, Е. Фромма, А. Бандури, Дж. Прочаски, Р. Марлатта, А. Маслової[3; 10; 40; 41; 45; 46], переважають підходи, що інтерпретують залежність як порушення когнітивно-афективної регуляції, де ключовою детермінантою змін виступає мотиваційна готовність.

В українському науковому контексті дослідження адиктивної поведінки розвивалися переважно в руслі загальнопсихологічних і клініко-психологічних підходів, зосереджуючись на дефіциті суб'єктності

та порушеннях емоційної регуляції в uzалежнених осіб, Антонюк В.З., Болтівець С.І., О.М. Балакірева, Н.А. Денисенко М.М., Карпенко З.С., Сердюк Л.З. та ін.[1; 2; 6; 9; 13; 24] значною мірою окреслили зв'язок між психосоціальною дезадаптацією та адиктивними формами поведінки. Попри це, станом на сьогодні залишається недостатньо вивченою проблема розробки комплексних моделей мотиваційної роботи в ході психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб, яка б одночасно враховувала рівень соціальної фрустрованості, тяжкість алкогольної залежності та структурну організацію їх мотиваційної готовності до змін.

Зважаючи на актуальність, новизну та практичну значущість проблеми, сформульовано тему магістерської роботи: **«Зміст та способи мотиваційної роботи в процесі психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб».**

**Об'єкт дослідження** – мотиваційна сфера uzалежнених осіб у процесі психосоціальної реабілітації.

**Предмет дослідження** – психологічний зміст, структура та механізми формування мотиваційної готовності до подолання адиктивної поведінки, а також їхній взаємозв'язок із рівнем соціальної фрустрованості й тяжкістю алкогольної залежності.

**Метою кваліфікаційної роботи** є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення мотиваційної динаміки uzалежнених осіб, розкриття чинників, що визначають ефективність мотиваційної роботи, та розроблення психологічно вивіреної програми формування і підтримки мотиваційної готовності до змін у процесі психосоціальної реабілітації.

Реалізація поставленої мети передбачила виконання таких дослідницьких завдань:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння мотивації та специфіки її функціонування в осіб з адиктивною поведінкою.

2. Схарактеризувати психологічні особливості uzалежнених осіб у контексті мотиваційної дисфункції.

3. Обґрунтувати добір валідних психодіагностичних методик для зреалізування емпіричного дослідження.

4. Емпірично виявити типові профілі мотиваційної готовності до змін і визначити їхні психологічні особливості.

5. Розробити структурно-функціональну програму формування в узалежнених осіб мотиваційної готовності до змін та систему психологічних рекомендацій, спрямованих на її розвиток і підтримання.

**Методи дослідження.** Для розв'язання поставлених завдань у роботі були використані методи теоретичного й емпіричного дослідження: *теоретичні методи* (аналіз, порівняння, класифікація, систематизація, узагальнення) дали можливість науково-теоретичного обґрунтування отриманих нами даних; *емпіричні методи дослідження* «Опитувальник рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана, «Мічиганський алкогольний скринінговий тест»(MAST), «Опитувальник мотивації до змін»(RCQ-TV).

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про багаторівневу організацію мотиваційної сфери узалежнених осіб, зокрема через інтеграцію понять прихованої й усвідомлюваної мотивації, виявлення ролі когнітивно-афективних регуляторів, фрустраційних переживань та особистісних деформацій у формуванні адиктивного патерну. Розроблена модель мотиваційної роботи розкриває закономірності переходу від зовнішньо детермінованих форм мотивації до внутрішньої, автономної та суб'єктно зумовленої, що поглиблює теоретичні підходи до психологічної реабілітації та розширює можливості пояснення стійкості й рецидивності залежності. Теоретико-методологічна інтеграція різних наукових напрямів – когнітивно-поведінкової, гуманістичної, афективно-регулятивної та біопсихосоціальної парадигм – дає змогу запропонувати цілісне бачення мотиваційної динаміки та визначити її центральну роль у процесі особистісної трансформації.

**Практична значущість роботи** полягає у створенні програми формування мотиваційної готовності в узалежнених осіб у процесі

психосоціальної реабілітації, а також у розробці комплексу психологічних рекомендацій, які забезпечують послідовний розвиток навичок самоспостереження, емоційної регуляції, суб'єктного контролю, корекції дисфункційних переконань та профілактики рецидиву. Запропоновані інструменти можуть бути використані у практиці реабілітаційних центрів, психологічних служб, клінічної та консультативної психології, а також у підготовці майбутніх психологів. Виявлені емпіричні профілі uzалежнених осіб уможливають здійснення диференційованого планування психологічних інтервенцій, підвищуючи ефективність терапевтичного процесу та сприяючи їхній довготривалій ремісії.

**Структура та обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел, що налічує 49 найменувань. Основний зміст роботи викладено на 49 сторінках машинописного тексту.

**РОЗДІЛ 1.**  
**ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ**  
**МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ В ПРОЦЕСІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ**  
**РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ**

**1.1. Наукові підходи до концептуалізації поняття мотивації у**  
**психологічній літературі**

Проблематика мотивації в сучасній психології посідає особливе місце, оскільки саме мотиваційні чинники визначають спрямованість, інтенсивність та стійкість поведінкових актів людини. У різних напрямках психологічної думки мотивація постає ключовим пояснювальним конструктом, що об'єднує внутрішні потреби, когнітивні орієнтації, цінності, емоційні стани та диспозиційні утворення особистості. Це зумовлює значну варіативність теоретичних інтерпретацій і водночас засвідчує високий рівень складності феномена. У контексті психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб мотивація набуває ще більшої ваги, оскільки виступає основним внутрішнім двигуном змін, детермінуючи готовність до відмови від адиктивної поведінки, підтримку терапевтичного ефекту та формування нових копінг-стратегій.

У загальнопсихологічній традиції поняття мотивації зазвичай визначається як динамічна система чинників, що спонукають суб'єкта до певної активності. Водночас різні автори акцентують різні аспекти цієї системи. Класичне розуміння мотивації як процесу, що ґрунтується на потребах і цінностях особистості, простежується у працях С.Л. Рубінштейна, який наголошував, що людська діяльність завжди має свідому, цілеспрямовану природу, а мотиви виконують функцію смислових структур, які забезпечують перехід від намірів до дії [23, с. 99]. У його підході мотивація невіддільна від активності суб'єкта, себто особа не обмежується

реагуванням на стимули, а перетворює дійсність відповідно до своїх задумів і цінностей.

У гуманістичному напрямі значний внесок у концептуалізацію мотивації зробив А. Адлер, який розглядав її як процес постійного самовдосконалення. У його працях індивід постає як суб'єкт, який мотивований прагненням до цілісності та значущості, що проявляється у формуванні неповторного стилю життя [31, с.78]. Зауважимо, що цей видатний науковець одним із перших наголошував на життєвому виборі як фундаментальній характеристиці мотиваційного процесу, за якої мотивація відображає як наявні потреби, так і спосіб, у який особистість інтерпретує життєві ситуації та ухвалює рішення.

У сучасній психології мотивація тлумачиться крізь призму інтеграції різнорівневих психічних компонентів, що виявляються у поведінці. Її розглядають як систему детермінант, що містить як усвідомлювані, так і латентні компоненти, що зумовлюють напрям і характер активності. Таке бачення відображене у визначенні Л.З. Сердюк, яка розглядала мотивацію як складну систему регуляції поведінки, що включає внутрішні та зовнішні спонукальні сили, які активують діяльність, спрямовану на досягнення як особистих, так і соціально значущих цілей [24, с.35]. Автор акцентує на системному характері мотивації, що дозволяє трактувати її не лише на рівні індивідуальної поведінки, але й у ширших соціальних і організаційних контекстах.

Цікавою є позиція А.І. Турчинова, який наголошує на подвійній природі мотивації. З одного боку, вона детермінується зовнішніми стимулами, а з іншого – внутрішнім психічним змістом, що відображає індивідуальну структуру потреб. При цьому автор підкреслює суперечливість мотиваційного процесу, оскільки він одночасно є і зовнішньою, і внутрішньою детермінацією поведінки [27, с.73]. Така амбівалентність особливо чітко проявляється у поведінці залежних осіб, де взаємодія

внутрішніх імпульсів та зовнішніх умов часто набуває конфліктного характеру.

Сутність мотивації неможливо зрозуміти без аналізу потреб людини, які лежать в основі мотиваційних процесів. Л.З. Сердюк відзначала, що змінність людських бажань є природним механізмом розвитку. Водночас фіксація на потребах нижчого порядку може свідчити про активацію невротичних механізмів особистості, які порушують здорове функціонування мотиваційної системи [24, с.74]. Такий погляд узгоджується з ієрархією потреб А. Маслоу, відповідно до якої потреби організовані в ієрархічну структуру, починаючи від базових фізіологічних і закінчуючи потребами самореалізації. Цей підхід дає змогу зрозуміти, чому в умовах узалежнення спостерігається порушення мотиваційної структури, адже їх поведінка фокусується на задоволенні домінантної, патологічно загостреної потреби, пов'язаної з уживанням психоактивних речовин, що «витісняє» інші потреби та руйнує їхню ієрархію.

Важливий внесок у розвиток теорії мотивації належить психоаналітичному напрямку. З. Фройд наголошував, що людська поведінка детермінується переважно несвідомими потягами, а мотиви часто маскують справжні внутрішні конфлікти та неусвідомлювані імпульси [37]. Психоаналітичний підхід дає змогу глибше зрозуміти феномен залежності, вказуючи на те, що адиктивна поведінка нерідко є способом зняття напруги або уникнення внутрішньої тривоги. У цьому контексті мотивація залежної особи може бути суперечливою, частково неусвідомленою та спрямованою на тимчасове полегшення, а не на досягнення цілісних життєвих цілей.

На противагу психоаналітичним інтерпретаціям, когнітивні підходи трактують мотив насамперед як ментальний конструкт, що відображає раціональні оцінки особистості. Ж. Годфруа розумів мотив як «міркування», тобто ідею, що пояснює і виправдовує дію суб'єкта [34, с.236]. А. Хекхаузен також наголошував на когнітивній природі мотиву, вважаючи його теоретичним конструктом, що дозволяє описувати різні види потреб,

особистісних диспозицій або причин поведінки [36, с.427]. Згідно з цим підходом, мотивація формується на основі інтерпретації ситуацій, прийняття рішень та прогнозування наслідків дій.

Незважаючи на теоретичну багатоманітність, у психології окреслено кілька ключових підходів до розуміння мотиву – як цілі, як потреби, як наміру, як риси особистості та як усвідомленого спонукання. Мотив як ціль визначає спрямованість поведінки та дозволяє пояснити, «навіщо» здійснюється певна активність [21, с.59]. Мотив як потреба відповідає на питання «чому?» та розкриває енергетичну природу поведінки. Намір, як мотив, відображає раціональний компонент мотивації і пов'язаний із плануванням. Риси особистості, такі як тривожність, агресивність, або рівень домагань, також можуть виконувати функцію мотивів, оскільки вони детермінують модальні форми поведінки. Найбільш поширеним у сучасних підходах є розуміння мотиву як усвідомленого спонукання до дії, що є внутрішнім джерелом активності особистості [9, с.98].

Формування мотивації нерозривно пов'язане з розвитком самосвідомості. Розвинена система саморефлексії забезпечує контроль над мотивами, здатність до їхньої ієрархізації та трансформації. Саме завдяки самосвідомості особистість формує внутрішні норми, вольові регулятори та основні напрями власної діяльності. З огляду на це, недостатньо сформована саморефлексія є одним із чинників уразливості до адиктивної поведінки, що зумовлює фрагментарність і неузгодженість мотиваційних процесів.

У межах діяльнісної парадигми мотивацію розглядають як похідну від системи діяльності, у якій мотиви, цілі, умови та засоби взаємодіють між собою. Мотивація є не лише внутрішньою властивістю особистості, але й функціональним утворенням, що змінюється залежно від ситуації. Т.М. Костенко зазначає, що будь-яку поведінку можна пояснити як внутрішніми, так і зовнішніми чинниками, а мотивація є процесом безперервного аналізу альтернатив та вибору оптимальної поведінкової стратегії [14, с.44]. У цьому розумінні особливого значення набуває усвідомлення мотивації залежних

осіб, поведінка яких нерідко визначається домінуванням імпульсивних або ситуативно зумовлених мотивів.

Сучасні дослідження розширюють уявлення про мотивацію, розглядаючи її в контексті самодетермінації. Теорія самодетермінації Е. Дісі та Р. Раяна виокремлює типи мотивації залежно від ступеня автономності – від зовнішньо зумовленої до внутрішньої, інтегрованої мотивації[48]. Узалежнені особи, як правило, характеризуються зсувом мотиваційного континууму в бік контрольованих форм мотивації, що пов'язано з домінуванням зовнішніх стимулів таких як полегшення абстинентних симптомів чи соціальний тиск та недостатньою сформованістю автономної, внутрішньо зумовленої мотивації до змін. Цей підхід пояснює труднощі у формуванні стійкої відповідальності за процес реабілітації.

Представники когнітивно-поведінкових підходів акцентують на тому, що мотивація є результатом взаємодії переконань, очікувань та оцінки власної ефективності. У контексті залежності це означає, що переконання «я не можу інакше», «я не здатен контролювати себе» істотно знижують мотивацію до змін. Тому мотиваційна робота в реабілітаційних програмах нерозривно пов'язана зі зміною дисфункціональних переконань, підвищенням самоефективності та розвитком навичок самоконтролю.

У соціально-психологічних підходах мотивація трактується не як суто внутрішній феномен, а як продукт взаємодії індивіда з соціальним середовищем. Представники цього підходу вважають, що соціальні норми, очікування, підтримка або стигматизація можуть істотно впливати на формування мотивації до лікування й реабілітації. У випадку залежності соціальні фактори почасти постають як бар'єр через сором, страх осуду або, навпаки, як ресурс через підтримку сім'ї, груп самопомоги.

Отже, аналіз наукових підходів свідчить про надзвичайну теоретичну складність феномена мотивації, який не може бути зведений до одного чинника або рівня психічної організації. Мотивація є одночасно когнітивною, емоційною, потребовою, диспозиційною та соціально зумовленою системою.

У контексті роботи з uzалежненими особами ця складність набуває особливої значущості, оскільки адиктивна поведінка порушує природний розвиток мотиваційної структури, руйнує ієрархію потреб і спричиняє деформацію цілей. Саме тому ефективна психосоціальна реабілітація повинна включати удетальнене розуміння мотиваційної динаміки та орієнтуватися не лише на зовнішню поведінку, а й на внутрішні смислові й емоційні структури, що лежать в основі дії.

## **1.2. Психологічна характеристика uzалежнених осіб та основних способів мотиваційної роботи в процесі їх психосоціальної реабілітації**

Uzалежненість як психологічний та соціальний феномен є однією з найбільш складних проблем сучасної клінічної та консультативної психології. Вона вже давно перестала сприйматися лише як медичний діагноз, натомість інтерпретується як результат багаторівневих порушень у системі регуляції поведінки, структури мотивації, ідентичності та міжособистісних взаємин. Найбільш соціально небезпечними визнають хімічні форми залежності – наркотичну, алкогольну, тютюнову, токсикоманію, – оскільки саме вони призводять до деградації особистісного потенціалу, втрати працездатності, конфліктів з оточенням, криміналізації поведінки та хронічної соціальної дезадаптації [30, с.156]. У дослідженнях підкреслюється, що залежна поведінка тісно пов'язана зі зловживанням психоактивними речовинами, однак її коріння сягає глибше – в сферу порушених потреб, невирішених внутрішніх конфліктів і деформованої мотиваційної системи.

Термінологічно поняття «залежність» та «uzалежнена особа» увійшли у вітчизняний науковий обіг відносно нещодавно, зокрема завдяки перекладам сучасних психіатричних і психологічних словників, де фіксується розрізнення між різними рівнями й формами адиктивності [29, с.14]. У більшості українських і російськомовних публікацій переважає фокус на

залежності від хімічних речовин, проте щораз більше уваги приділяється і нехімічним адикціям – ігровій, харчовій, інтернет-залежності тощо. Спільним для всіх цих форм є те, що в їх підґрунті лежить прагнення уникнути нестерпної, фруструючої або травматичної реальності; об'єкт залежності стає засобом «виходу» із ситуації, яку особа не вміє чи не може витримати конструктивно.

Поведінка людини, що не має залежності, вбудована в систему соціальних норм, які В.В. Чоп'як описує як колективно поділювані уявлення і судження групи про допустимі форми поведінки, прив'язані до соціальних ролей та умов життя [28, с.92]. Вихід за межі цієї нормативної системи, що набуває стійкого характеру, пов'язаний із феноменом поведінкової патології, котру С.І. Болтівець характеризує через такі ознаки, як схильність до дезадаптації, тотальність і стабільність порушень [6, с.13]. Дезадаптація розуміється як стереотипний спосіб реагування, який не дозволяє людині ефективно інтегруватися в соціальне середовище, провокує конфліктність, хронічне незадоволення, опозиційність до реальності та психологічну ізоляцію [8]. Девіантна поведінка, яка протистоїть ustalеним нормам, супроводжується розбалансуванням психічних процесів, збоєм у процесах самоактуалізації, порушенням етичного та естетичного самоконтролю [11, с. 137]. Узалежненість у цьому контексті виступає крайньою формою девіації, оскільки поведінка все більше підпорядковується єдиному мотиву – отримати доступ до об'єкта залежності.

У вітчизняному дискурсі вживається також поняття «адикція», яке семантично перегукується зі словом «пристрасть» і акцентує на надмірній залученості до певного об'єкта чи процесу. У західній традиції «addiction» здебільшого ототожнюється з залежністю, але в низці українських робіт наголошується, що адиктивна поведінка може розглядатися як етап, на якому патологічні риси вже виразно окреслені, але клінічна картина ще не повністю завершена. Українські дослідники наголошують, що адиктивна поведінка опосередковується формуванням стійкого психічного стану «відходу від

реальності», де людина або вживає психоактивні речовини, або провокує інтенсивні емоційні стани задля витіснення болісного досвіду [17; 18; 19].

Психологічний механізм залежності зазвичай формується поступово. На ранніх етапах певна речовина чи дія сприймається як ефективний спосіб полегшення напруги, подолання внутрішнього конфлікту чи компенсації дефіциту емоційного комфорту. З часом така стратегія перетворюється на звичку, яка вбудовується в структуру особистості й починає диктувати поведінку незалежно від початкових ситуаційних причин. Відтак індивід втрачає відчуття авторства власного життя, перестає брати відповідальність за наслідки, спостерігається зупинка духовного та особистісного розвитку.

Важливим для розуміння психології uzалежнених є розмежування психічної та фізичної залежності. Визначення, запропоновані Всесвітньою організацією охорони здоров'я, описують залежність як стан хронічної інтоксикації, зумовленої повторним уживанням природних або синтетичних речовин. Психічна залежність виявляється в нав'язливому бажанні прийняти речовину заради відчуття ейфорії, полегшення чи «забуття». Щоб досягти бажаного ефекту, дозу доводиться підвищувати; утримання від уживання викликає дискомфорт, тривогу, депресивні переживання, втрачається інтерес до інших діяльностей [22, с.179]. Фізична залежність проявляється тоді, коли речовина стає необхідною для підтримання базового функціонування організму, а її відсутність призводить до тяжких неврологічних, психічних і соматичних порушень [25]. За умов формування і психічної, і фізичної залежності психологічний простір особистості різко звужується, а будь-які проблеми «розв'язуються» виключно через вживання ПАР, що остаточно руйнує волю і здатність до самоконтролю [26, с.9].

У психологічній літературі виокремлюють хімічні та нехімічні форми адикцій. До хімічних належать алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, тютюнопаління; до нехімічних – азартні ігри, комп'ютерна залежність, нав'язливе споживання їжі та інші види поведінки, що мають характер компульсивного повторювання й внутрішнього примусу. Незважаючи на

різну «матеріальну» природу цих форм, їхній психологічний патогенез має спільні риси: деформація мотиваційної сфери, нестача навичок емоційної регуляції, порушення самоповаги та образу Я.

Алкогольна адикція привертає особливу увагу через свою поширеність і соціальні наслідки. В.Ю. Зав'ялов так описує диференційовані ефекти алкоголю: «з одного боку, він провокує стан ейфорії, піднесений настрій, що сприймається як звільнення, а з іншого – викликає розслаблення, транквілізуючий ефект, можливість відірватися від дійсності, занурюючись у світ фантазій» [16, с.104]. Усе це робить алкоголь привабливим інструментом для тих, хто не має адаптивних способів переживання тривоги, сорому, провини чи самотності. При тривалому вживанні формується фізична залежність, що виражається неконтрольованим потягом, втратою контролю над кількістю, неможливістю утриматися. На цьому тлі формуються специфічні «адиктивні мотивації»: прийом алкоголю для зняття емоційного дискомфорту, «за компанію», заради задоволення, для стимуляції активності чи для справляння враження на оточення [49].

Наркотична залежність і токсикоманія пов'язані з уживанням речовин, що викликають зміни психічного стану, а також із надзвичайно високим потенціалом формування і психічної, і фізичної залежності. Портрет наркозалежної особи, за даними Л.З. Сердюк, включає дефіцит соціальних інтересів, відсутність стійких захоплень, орієнтацію на сильні сенсорні враження, агресивну або опозиційну налаштованість до суспільства, домінування групової субкультури [24, с.235]. О.О. Яременко відзначає, що передумовами формування так званої пре-наркотичної особистості є несамотійність, нездатність протистояти впливу значущого оточення, підвищена вразливість, схильність підкорятися зовнішнім тискам [30, с.179]. С. Лазарус звертав увагу, що вирішальне значення має не стільки «ступінь аномалії», скільки тип характеру – найбільш схильними до наркоманії є особи з епілептоїдними, нестійкими, циклотимними, гіпертимними та істероїдними рисами [39, с.135]. Для них характерна емоційна незрілість,

низький рівень самоконтролю, невміння переносити фрустрацію, труднощі з інтерналізацією норм, неприйняття відмови з боку значущих інших.

Психологічна характеристика uzалежнених осіб тісно пов'язана з питанням мотивації: не лише мотивації вживання, але й мотивації відмови, мотивації звернення по допомогу та мотивації включеності в реабілітаційний процес. Вивчення цього аспекту активно розгортається у клінічній психології, зокрема в роботах С. Фолкмана, Дж. Клімас і С. Нолана, Д. Голдмана, де підкреслюється, що залежна поведінка розгортається як динамічний процес змін, а не як статичний стан. На цій основі будуються моделі «стадій готовності до змін», де мотивація розглядається як варіативна, у певних фазах – нестійка, амбівалентна[33; 35; 37].

Практика психосоціальної реабілітації демонструє, що у значної частини клієнтів реабілітаційних центрів наявні виражені мотиваційні труднощі: амбівалентність щодо відмови від ПАР, недовіра до допомоги, зовнішній локус контролю, очікування «швидких» результатів. За даними досліджень, майже половина осіб, які вступають у програми лікування залежності, мають неусталену або зовнішньо зумовлену мотивацію, такими як тиск родини, страх перед юридичними наслідками, брак ресурсів, але не внутрішнє рішення змінити життя. Це робить мотиваційну роботу ключовим компонентом реабілітаційних програм[38].

У цьому контексті особливого значення набувають моделі психосоціальної реабілітації, які інтегрують мотиваційний компонент як наскрізний. У сучасній практиці виділяють принаймні кілька концептуальних моделей. Медико-біологічна модель розглядає залежність як хронічне рецидивуюче захворювання, де провідна роль належить фармакотерапії, детоксикації та контролю симптомів. Проте її обмеженість полягає у недостатньому врахуванні психологічного та соціального вимірів, включно з мотиваційною сферою, ціннісними орієнтаціями, особистісними ресурсами.

Біопсихосоціальна модель, яка набула широкого визнання, трактує залежність як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних

чинників. У ній мотиваційна робота розгортається одночасно на кількох рівнях: відновлення здатності до саморегуляції, формування нових цілей, реконструкція Я-образу, зміна релевантних соціальних ролей, підтримка в процесі формування нових стосунків. Ідея полягає в тому, що без зміни системи смислів, цінностей та соціальних зв'язків неможливо забезпечити стабільність ремісії.

Терапевтична спільнота як модель реабілітації виходить з того, що саме соціальне середовище стає ключовим фактором змін. У ній група людей, які перебувають на різних етапах одужання, разом з фахівцями створюють «реабілітаційну мікроспільноту», де формуються нові правила, норми, механізми зворотного зв'язку. Для мотиваційної роботи в рамках цієї моделі особливо важливі групова ідентичність, взаємна підтримка, моделювання альтернативних способів життя. Завдяки цьому поступово формується внутрішня мотивація, яка вже не спирається лише на зовнішній контроль.

Поширена також модель, яка ґрунтується на програмах «12 кроків», де залежність осмислюється як хвороба, а процес одужання пов'язується зі зміною способу мислення, переорієнтацією цінностей і прийняттям відповідальності в межах духовно-соціальної спільноти. У цій парадигмі мотиваційна робота реалізується через самоусвідомлення, групову рефлексію, прийняття досвіду інших, формування нової ідентичності – «людини, що одужує». Важливо, що саме спільнота підтримує мотиваційний ресурс, коли індивідуальні зусилля тимчасово послаблюються [38].

Вітчизняні науковці визначають психологічну реабілітацію як цілеспрямований, комплексний процес надання допомоги людям із залежністю, спрямований на відновлення втрачених соціально-психологічних механізмів, розвиток життєвих і комунікативних навичок, формування здорового способу життя, зміцнення самостійності та самоповаги. Кінцева мета – повернення особи до повноцінної участі в суспільному житті, попри наслідки її залежності. У цій логіці мотиваційна робота не є одноразовим етапом, а триває протягом усього реабілітаційного процесу: від моменту

прийняття рішення про лікування до побудови стабільного, тверезого стилю життя.

У структурі мотиваційної роботи доцільно розрізняти щонайменше три фокуси. Перший пов'язаний із розумінням причин і мотивів звернення до ПАР. Л.З. Сердюк, класифікуючи моделі вживання психоактивних речовин, описує заспокійливу, комунікативну, активуючу, гедоністичну, конформну, маніпулятивну та компенсаторну моделі, кожна з яких відображає особливий спосіб «розв'язання» внутрішніх проблем [24, с.47]. Відповідно, мотиваційна робота повинна допомогти людині побачити, які саме потреби вона намагається задовольнити через ПАР, і запропонувати альтернативні, адаптивні стратегії їх реалізації.

Другий фокус пов'язаний із формуванням мотивації відмови від ПАР. Дослідження З.С. Карпенко показують, що мотиви припинення вживання часто є змішаними: поєднують турботу про здоров'я, страх перед соціальними й юридичними наслідками, тиск родини, втому від залежності, але далеко не завжди містять усвідомлене бажання глибинної особистісної зміни [13, с.142]. Тому завдання реабілітаційного психолога – перевести зовнішню, «симптоматичну» мотивацію в площину внутрішньої, ціннісно зумовленої.

Третій фокус пов'язаний із мотивацією участі в реабілітаційному процесі та довготривалого підтримання змін. Саме тут особливого значення набувають моделі психосоціальних втручань, орієнтовані на мотиваційне інтерв'ювання, когнітивно-поведінкову терапію, розвиток навичок подолання, профілактику рецидивів. У межах мотиваційного інтерв'ювання терапевт працює з амбівалентністю клієнта, допомагаючи йому краще усвідомити внутрішні суперечності між цінностями та реальною поведінкою, підсилюючи «мову змін» і знижуючи опір.

Структура профілактики ПАР – первинна, вторинна і третинна – дає змогу узгодити різні етапи мотиваційної роботи. Первинна профілактика пов'язана із запобіганням залучення до вживання ПАР і вимагає розуміння

причин, що підштовхують до першої спроби, а також демонстрації альтернативних способів розв'язання життєвих проблем. Вторинна профілактика адресована тим, хто вже має досвід уживання, але ще не сформував стійкої залежності; тут важливо працювати з дезадаптивними моделями поведінки, замінюючи їх на більш здорові. Третинна профілактика (фактично – реабілітація) спрямована на відновлення особистості, зниження ймовірності рецидиву, роботу з тими, хто вже страждає від хімічної залежності, та включає діяльність з мінімізації шкоди для тих, хто поки не готовий до повної відмови [32, с.182].

Отже, психологічний портрет uzалежненої особи окреслюється поєднанням порушеної мотиваційної структури, емоційної нестійкості, недостатньої саморефлексії, низької фрустраційної толерантності, деформованої системи цінностей і ускладненої соціальної інтеграції. Психосоціальна реабілітація, яка спирається на біопсихосоціальні та середовищні моделі, повинна охоплювати не лише симптоматичне лікування, а й глибинну мотиваційну перебудову: допомогу у реконструкції життєвих сенсів, формуванні нових цілей, зміцненні суб'єктності та здатності діяти відповідно до власних цінностей, а не до логіки адикції. Саме мотиваційна робота стає тим стрижнем, який поєднує медичні, психологічні та соціальні компоненти реабілітації в єдиний процес особистісного відновлення.

### **Висновки до розділу 1.**

Теоретичний аналіз досліджуваної проблеми засвідчив, що психологічна феноменологія мотивації ґрунтується на взаємодії потреб, цінностей, когнітивних орієнтацій та емоційних регуляторів. Жоден окремий науковий підхід не може вичерпно її витлумачити, адже мотивація формується на перетині внутрішніх смислових структур і зовнішніх умов життєвого середовища. Для психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб мотиваційна робота є вкрай важливою, адже у них ця проблема проявляється

особливо гостро, оскільки адикція руйнує природну ієрархію потреб, деформує цілі й обмежує здатність до саморегуляції, що вказує на докорінні мотиваційні зміни у структурі особистості.

Психологічна характеристика uzалежненої особи виявляє стійкі порушення мотиваційної та емоційно-вольової сфери, а саме знижену фрустраційну толерантність, імпульсивність, дефіцит саморефлексії, схильність до уникання проблем через психоактивні речовини. У модусі адиктивної поведінки ПАР стають засобом заміщення емоційної регуляції та підтримання ілюзорного контролю, що спричиняє прогресуючу дезадаптацію та втрату суб'єктності. Розглянуті моделі психосоціальної реабілітації – медико-біологічна, біопсихосоціальна, терапевтичної спільноти та «12 кроків», демонструють різні концепти відновлення, але всі підкреслюють вирішальну роль мотиваційної динаміки як умови терапевтичних змін і стабілізації поведінкових патернів.

Мотиваційна робота в психосоціальній реабілітації постає системоутворювальним принципом, що визначає можливість переходу від залежного способу функціонування до внутрішньо керованого, ціннісно обґрунтованого вибору векторів життєдіяльності, а її ефективність нерозривно пов'язана з реконструкцією смислової структури особистості, відновленням самоефективності, розвитком здатності до саморегуляції та формуванням альтернативних, адаптивних стратегій задоволення потреб. Отож, мотиваційна робота слугує засадничою умовою успішної психосоціальної реабілітації, оскільки саме вона забезпечує сталість змін, знижує ризик рецидивів і створює фундамент для відновлення цілісності та суб'єктної активності uzалежненої особи.

## **РОЗДІЛ 2.**

### **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ І СПОСОБІВ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ В ПРОЦЕСІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ**

#### **2.1. Характеристика вибірки та обґрунтування комплексу психодіагностичних методик емпіричного дослідження мотиваційної роботи в реабілітації uzалежнених осіб**

Емпіричне дослідження мотиваційної роботи в процесі психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб вимагає особливо ретельного визначення вибірки, оскільки саме популяційні характеристики обстежуваних значною мірою визначають валідність висновків про психологічні механізми зміни поведінки та ефективність реабілітаційних програм. Дослідження проводилося серед осіб із алкогольною залежністю, які перебували на етапі структурованої реабілітації після завершення детоксикаційного лікування. Участь у дослідженні взяли 70 респондентів віком від 22 до 48 років. Такий віковий інтервал охоплює період зрілої дорослості, у якому вже склалися відносно стабільні форми адиктивної поведінки і де вплив залежності на соціальне функціонування є максимально вираженим. Саме ця категорія часто потребує найбільш інтенсивної мотиваційної підтримки та глибокої перебудови психологічних структур, що робить її надзвичайно інформативною для вивчення механізмів реабілітації. Крім того, специфіка даної вибірки дозволяє аналізувати феномени мотиваційної динаміки на тлі стійко сформованої залежності, а не у контексті ризикового чи ситуативного вживання алкоголю.

Обґрунтування кількісного складу вибірки ґрунтується на критеріях внутрішньої достатності для виявлення психологічних закономірностей за допомогою кореляційного та порівняльного аналізу. Вибірка у 70 осіб є

статистично прийнятною для аналізу зв'язків середнього та високого рівня сили, а також дозволяє, у разі потреби, структурувати респондентів за рівнями мотивації або фрустрованості без втрати репрезентативності. Вибірка була збалансована за тривалістю залежності: у дослідженні брали участь як особи з відносно коротким досвідом (3–5 років), так і ті, чия залежність тривала понад десятиліття. Така варіативність створює можливість виявити зв'язок між хроничністю залежності, характеристиками мотиваційної готовності та актуальним станом психосоціального функціонування.

Дослідження проводилося у природних умовах реабілітаційного центру. Особи, які дали згоду на участь, перебували у стані стабілізованої ремісії та не мали гострих психотичних чи когнітивних порушень, що могли б вплинути на достовірність відповідей. Добровільність участі, право на відмову та анонімність були забезпечені відповідно до етичних стандартів психологічних досліджень. Важливо підкреслити, що включення учасників саме на етапі психосоціальної реабілітації, а не в період кризового стану або детоксикації, забезпечило більш високу стабільність мотиваційних структур і підвищило валідність оцінки готовності до змін.

З методологічного погляду вибірка має низку особливостей, що потребують удетальненого тлумачення. По-перше, всі респонденти вже мали підтверджений клінічний діагноз алкогольної залежності, що формує специфічний патопсихологічний профіль з вираженими деформаціями мотиваційної сфери, зниженням усвідомленості власних станів, нестачею емоційної регуляції та загостреною чутливістю до фрустраційних чинників. По-друге, перебування в умовах реабілітаційного середовища створює унікальний контекст, у якому актуалізуються процеси самоусвідомлення, переосмислення життєвих стратегій, формування нових смислових орієнтацій та відновлення соціальної ідентичності. Це означає, що мотиваційні показники у цієї групи не лише відображають стійкі особистісні властивості, але й дозволяють оцінити реакцію на реабілітаційні впливи та

потенціал до подальших змін. По-третє, специфіка алкогольної залежності як хронічного рецидивуючого розладу створює підвищений рівень амбівалентності щодо змін, що робить цю вибірку надзвичайно релевантною для аналізу мотиваційної динаміки.

Обґрунтування застосованого комплексу психодіагностичних методик ґрунтується на сучасних наукових підходах до вивчення залежності, її патопсихологічних механізмів і принципів психосоціальної реабілітації. Ефективне дослідження мотиваційної роботи неможливе без інструментів, здатних відобразити різні складові мотиваційної сфери, емоційно-поведінкових реакцій та соціальних чинників, що можуть як підсилювати, так і послаблювати готовність особи відмовитися від адиктивної поведінки. Для цього було використано три психодіагностичні методики, які доповнюють одна одну та забезпечують комплексний аналіз: опитувальник мотивації до змін RCQ-TV, Мічиганський алкогольний скринінговий тест MAST, а також методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана.

Опитувальник мотивації до змін RCQ-TV є фундаментальним інструментом, який дозволяє оцінити стадію готовності особи до змін відповідно до транстеоретичної моделі Протаски і ДіКлементе. Ця модель розглядає зміни не як одномоментне рішення, а як процес, який розгортається через послідовні стадії передроздумування, роздумування, підготовки, дії та підтримання. Кожна стадія має свої мотиваційні характеристики, рівень внутрішньої амбівалентності та потребує різних інтервенцій. Застосування цього інструменту дає змогу оцінити, чи знаходиться особа на етапі пасивного заперечення, чи вже здійснила внутрішній зсув у бік потреби змінити життя, чи здатна утримувати новий стиль поведінки. У реабілітаційній практиці це має вирішальне значення, оскільки ступінь готовності визначає, які саме техніки мотиваційної роботи будуть найбільш ефективними. Методика також дозволяє діагностувати амбівалентність, що є характерною рисою uzалежнених осіб, оскільки вони

одночасно прагнуть змін і бояться втратити звичні механізми регуляції. Психометричні властивості RCQ-TV підтверджені численними дослідженнями, а його застосування у клінічній популяції осіб із залежністю вважається міжнародним стандартом оцінки мотиваційної готовності.

Другим інструментом виступає Мічиганський алкогольний скринінговий тест MAST, який дає змогу визначити ступінь алкогольної залежності чи схильності до неї. Це важливий компонент дослідження, адже мотиваційна динаміка значною мірою залежить від тяжкості залежності, частоти рецидивів, тривалості патологічного вживання та глибини соціальних наслідків. Пропонований психодіагностичний інструмент уможливорює кількісну оцінку порушення у соціальному, професійному та міжособистісному функціонуванні, виявити ознаки залежності, що можуть бути неусвідомленими або неявними для респондента. Скринінгова природа тесту є перевагою в роботі з uzалежненими, оскільки він дає змогу швидко отримати інформативний показник ступеня алкогольної проблемності, що у поєднанні з оцінкою мотиваційної готовності забезпечує диференційоване розуміння психічного стану особи. Використання MAST у поєднанні з RCQ-TV дозволяє досліджувати, як тяжкість залежності співвідноситься з готовністю до змін. Наприклад, у деяких осіб високий рівень алкогольної проблемності поєднується з низькою мотивацією, що свідчить про глибоку дисфункцію механізмів самоусвідомлення; у інших, навпаки, виражені наслідки залежності можуть виступати сильним мотиваційним стимулом.

Третя методика, що доповнює дослідження, це діагностика рівня соціальної фрустрованості Л.І. Вассермана. Соціальна фрустрованість у контексті залежності є маркером незадоволеності соціальним статусом, нереалізованості, порушенням базових соціальних ролей та конфліктом між бажаною та реальною життєвою траєкторією. Для uzалежнених осіб цей феномен має подвійний характер. З одного боку, соціальна фрустрованість може бути чинником, що сприяє рецидиву, оскільки почуття невдачі та безнадії підсилює потребу в адиктивному способі регуляції. З іншого боку,

певний рівень фрустрованості може посилювати мотивацію до змін, якщо особа починає усвідомлювати розрив між теперішнім становищем і бажаними життєвими перспективами. Методика дозволяє кількісно оцінити, наскільки гостро респондент переживає незадоволеність у різних сферах життя, що дає змогу комплексно аналізувати взаємозв'язок між мотивацією, соціально-рольовими конфліктами та ступенем соціальної адаптованості. Рівень соціальної фрустрованості також може бути предиктором успішності реабілітації, оскільки він позначає ресурсність або вразливість особи щодо подолання кризових ситуацій.

Узгодження цих трьох методик створює комплексний діагностичний інструментарій, що охоплює ключові площини досліджуваного феномена. RCQ-TV зосереджений на внутрішній мотиваційній структурі. MAST дозволяє кількісно визначити ступінь вираженості алкогольної залежності та її наслідків. Методика Вассермана висвітлює соціально-психологічні умови, у яких формуються мотиваційні рішення. Разом ці інструменти дозволяють виявити, які саме чинники підсилюють або послаблюють готовність до змін, що є критично важливим для побудови ефективної реабілітаційної програми.

Не менш важливим у контексті обґрунтування вибору методик є їх здатність досліджувати різні рівні психологічної організації. Мотиваційна сфера включає когнітивні оцінки, емоційні переживання, поведінкові наміри та соціальні детермінанти. Жодна методика окремо не здатна відобразити багатовимірність цього феномена. Проте їх поєднання дає змогу створити інструментальний міст між внутрішньою динамікою особистості та зовнішніми чинниками. У випадку залежних осіб цей міст є особливо важливим, оскільки саме дисбаланс між зовнішнім і внутрішнім простором часто стає джерелом рецидиву.

Обрана система методів також відповідає актуальним тенденціям доказової психології, яка наполягає на необхідності інтеграції кількісних показників, що дозволяють об'єктивно оцінювати динаміку реабілітаційного процесу. Опитувальники RCQ-TV і MAST мають широке міжнародне

застосування і визнані золотим стандартом оцінки мотивації та алкогольної залежності. Методика соціальної фрустрованості дає можливість оцінити контекстуальні чинники, що визначають життєву адаптацію та психологічну стійкість. Таким чином, обраний комплекс інструментів дає змогу не лише отримати вірогідні емпіричні дані, але й інтерпретувати їх у ширших теоретичних рамках сучасних моделей залежності та психосоціальної реабілітації.

Отож обґрунтування вибірки та діагностичного інструментарію дозволяє стверджувати, що дослідження має наукову релевантність, методологічну коректність і здатність забезпечити глибоке розуміння мотиваційної динаміки осіб, які проходять реабілітацію від алкогольної залежності. Саме включення різних рівнів психічної організації, від індивідуально-мотиваційного до соціально-контекстуального, створює підґрунтя для побудови інтегративної моделі мотиваційної роботи у процесі психосоціальної реабілітації.

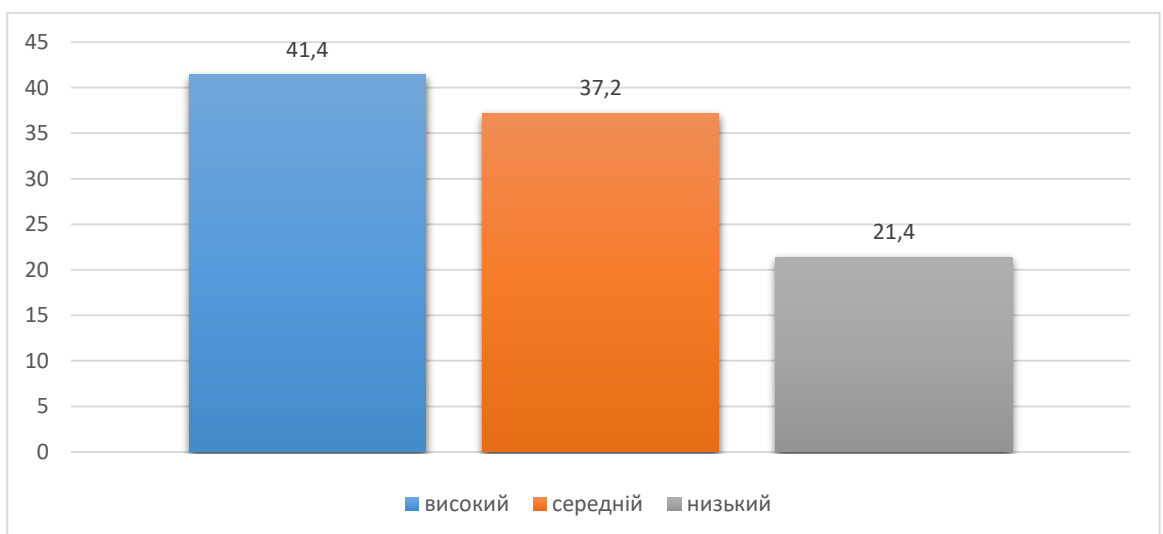
## **2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження**

Емпіричний етап дослідження був спрямований на комплексне вивчення мотиваційної сфери, рівня алкогольної залежності та інтенсивності соціальної фрустрованості в осіб, які перебувають у процесі психосоціальної реабілітації. До вибірки увійшли 70 респондентів віком від 22 до 48 років, які проходили програму лікування алкогольної залежності на базі спеціалізованого реабілітаційного центру. Метою аналізу було виокремлення психологічних профілів uzалежнених осіб, виявлення взаємозв'язків між досліджуваними параметрами та встановлення прогнозу ефективності реабілітаційного впливу залежно від мотиваційної структури, тяжкості адиктивних проявів і психологічного стану обстежуваних.

На цьому етапі дослідження систематизовано кількісний і якісний результати трьох психодіагностичних методик, а саме «Опитувальника рівня

соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана, «Мічиганського алкогольного скринінгового тесту» (MAST) та «Опитувальника мотиваційної готовності до змін» (RCQ-TV). Для кожної методики було проведено трирівневу класифікацію результатів (високий, середній, низький рівні), що дозволило сформувати аналог профілів ризику, розмежувати підгрупи респондентів і виокремити психологічні чинники, що відіграють ключову роль у можливості рецидиву та ефективності реабілітаційної роботи.

Першим аналітичним кроком була інтерпретація результатів за методикою Л.І. Вассермана, задля встановлення рівнів соціальної фрустрованості, що слугує базовим предиктором адиктивної поведінки, адже цей опитувальник визначає фонові стани та переживання особистості. Обраний психодіагностичний інструмент уможлиблює оцінку ступеня незадоволеності респондентів своїм соціальним становищем, можливостями самореалізації та рівнем досягнень. Соціальна фрустрованість постає як емоційний феномен, і як важливий когнітивно-регуляторний чинник, що формує установки щодо самооцінки, саморегуляції і співставлення власних здобутків із найближчим соціальним довкіллям. Емпіричні дані отримані у результаті обстеження (Рис. 1) свідчать про те, що у 41,4% респондентів виявлено високий рівень соціальної фрустрованості, у 37,2% – середній і у 21,4% – низький рівень.



**Рис. 1. Розподіл рівнів соціальної фрустрованості у осіб із алкогольною залежністю на основі емпіричних даних(у %) за методикою Л.І. Вассермана**

Високий рівень соціальної фрустрованості, діагностований у 41,4% uzалежнених осіб, відображає системне переживання внутрішньої незадоволеності, яке має хронічний, кумулятивний характер. Для цієї групи типовими є відчуття особистісної неспроможності, втрата контролю над власною життєвою ситуацією, зниження самоцінності й генералізоване сприйняття себе як суб'єкта, позбавленого ефективних соціальних ролей. Такі переживання не обмежуються емоційним дискомфортом, а трансформуються у глибинні когнітивні схеми, що формують песимістичні уявлення про майбутнє та знижують здатність до конструктивного подолання труднощів. На тлі високої фрустрованості поведінкові реакції стають імпульсивними й унікальними, а алкоголь починає виконувати функцію швидкого, хоча й деструктивного регулятора емоційної напруги. Саме тому високий рівень фрустрованості є ключовим чинником, який суттєво підсилює й закріплює адиктивні патерни, сприяючи формуванню рецидивного перебігу залежності.

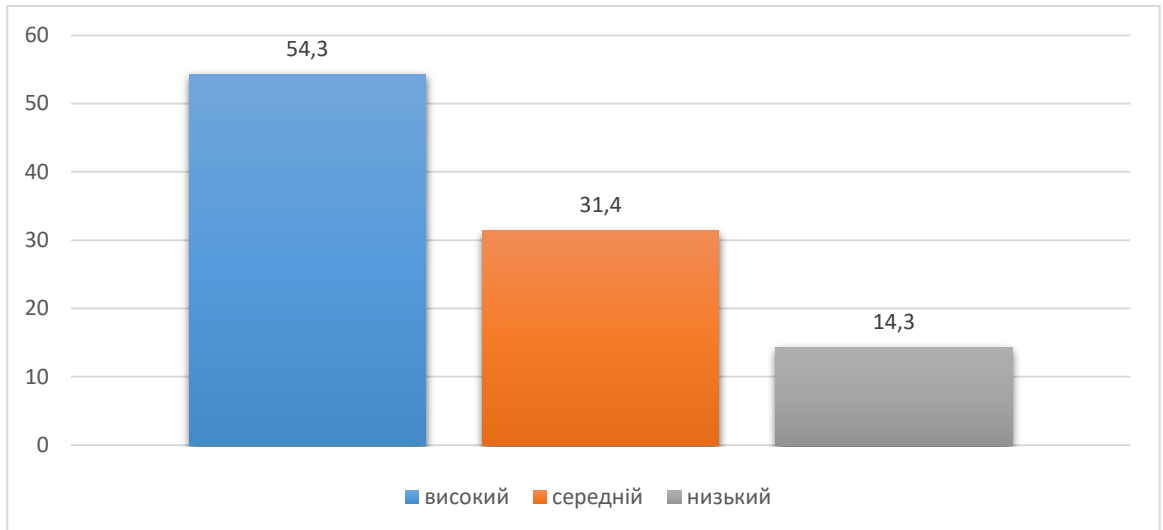
Середній рівень фрустрованості, виявлений у 37,2% обстежуваних, характеризується нестійким балансом між внутрішньою незадоволеністю та збереженням певного особистісного ресурсу. Ці респонденти, на відміну від групи з високим рівнем фрустрованості, демонструють часткову здатність утримувати продуктивні соціальні ролі, хоча й переживають значний тиск нереалізованих очікувань та суперечностей між бажаним і досягнутим. Для них властиві коливання в емоційній сфері, підвищена вразливість до стресу, однак наявне прагнення до відновлення внутрішньої рівноваги та пошуку конструктивних рішень. У клінічній практиці такі особи часто перебувають у зоні психологічного «перелому», коли будь-який додатковий стрес може посилити адиктивну поведінку, але водночас цей рівень фрустрованості не виключає можливість активної реабілітаційної роботи. Саме ця група є

найбільш перспективною для психосоціальних втручань, оскільки має ресурси для зміни та здатна трансформувати фрустраційне переживання у мотиваційний імпульс.

Водночас низький рівень фрустрованості, виявлений у найменшій частці респондентів, а саме у 21,4%, не завжди свідчить про повноцінне соціальне благополуччя, адже у частини осіб з цього рівня він може бути наслідком дії психічних механізмів захисту— заперечення, мінімізації проблеми, раціоналізації. Проте більшість представників цієї групи зазвичай зберігають базову емоційну стабільність, позитивні соціальні зв'язки та здатність сприймати власний життєвий досвід без глобального знецінення. У них відзначається вища толерантність до фрустрації, кращі адаптивні копінг-стратегії та більш інтегрований образ Я. Такі особи, навіть за наявності адиктивної поведінки, частіше проявляють здатність до рефлексії та відповідального ставлення до власного психофізіологічного стану. Низький рівень фрустрованості слугує прогностично сприятливим чинником у процесі психосоціальної реабілітації, оскільки забезпечує вищу мотиваційну готовність та потенціал до стабільної ремісії.

Наступним діагностичним кроком була інтерпретація результатів обстеження за методикою «Мічиганський алкогольний скринінговий тест» (MAST), який дає змогу оцінити як ступінь вираженості алкогольної проблематики, так і структуру пов'язаних із нею негативних наслідків, а також фіксує факт зловживання, міру його впливу на поведінку, емоційний стан та соціальні ролі. У результаті тестування цією методикою (Рис. 2.) встановлено, що 54,3% респондентів демонструють високий рівень прояву ознак алкогольної залежності, що відображає сформовану та стійку адиктивну поведінку. Особи цієї групи мають виразні симптоми втрати контролю над кількістю та частотою вживання алкоголю, виражену толерантність, наявність абстинентних проявів, а також соціальні й міжособистісні порушення. Їм властивий низький розвиток емоційної саморегуляції, залежність від алкоголю як швидкого механізму редукції

психоемоційного напруження та відтворенням замкненого циклу негативних переживань, у якому алкоголь стає засобом тимчасового полегшення, але водночас посилює внутрішню дезорганізацію. У даної групи найвищий ризик рецидиву, що зумовлено структурними змінами в мотиваційній сфері та проживанням адиктивних когнітивних процесів, які утримують залежність навіть попри зовнішні обмеження реабілітаційного середовища.



**Рис. 2. Розподіл рівнів прояву алкогольної залежності у представників вибірки на основі емпіричних даних (у %) за методикою «Мічиганський алкогольний скринінговий тест» (MAST)**

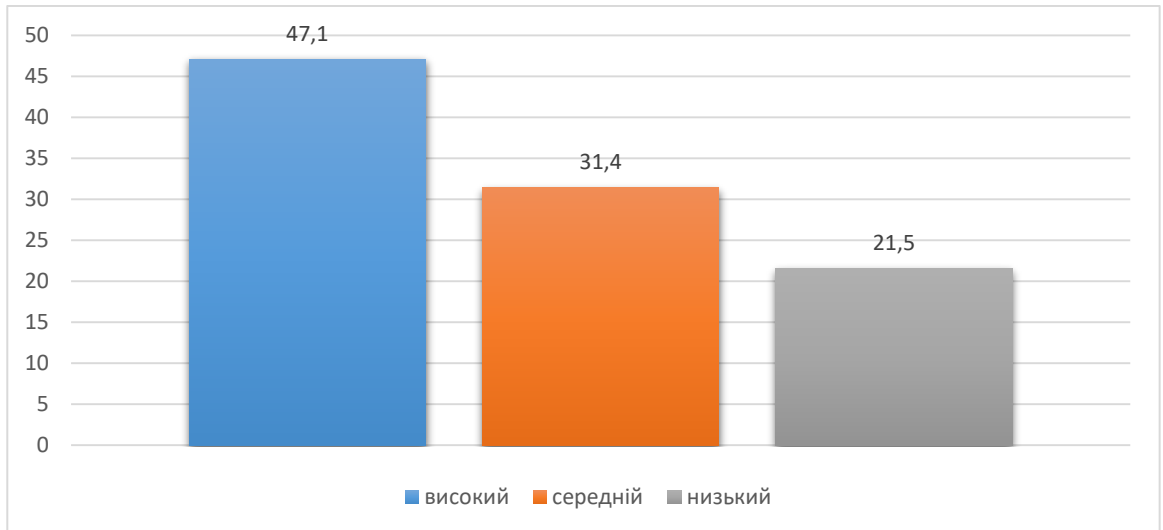
Середній рівень вираженості ознак алкогольної залежності, встановлено у 31,4% респондентів, що свідчить про суттєві, але нестійкі та незворотні прояви адиктивної поведінки. У цих осіб наявні окремі ознаки втрати контролю, епізодичні конфлікти, інтенсивне вживання під впливом стресових факторів, а також погіршення соціального функціонування. Водночас зберігається певний потенціал до регуляції поведінки та критичного ставлення до власного стану. У них домінує амбівалентність, за якої вони частково усвідомлюють проблему, але нерідко розглядають алкоголь як доступний спосіб впоратися з емоційними труднощами. Ця група є особливо чутливою до мотиваційної роботи і своєчасне втручання може змістити їх із фаз внутрішньої суперечності у напрямку стійкої підготовки до

змін, тоді як за відсутності належної підтримки ризик прогресування ознак залежності суттєво зростає.

Низький рівень прояву ознак алкогольної залежності, діагностовано у 14,3% вибірки. Такий показник може відповідати або раннім стадіям ризикового вживання, або певній тенденції до невизнання адиктивних проявів під впливом механізмів заперечення та соціально бажаних відповідей. Особи цієї групи зберігають достатній рівень життєвої організованості, здатність до відтермінування імпульсів та альтернативні копінг-стратегії, не пов'язані з алкоголем. Саме вони мають найкращий прогноз щодо психосоціальної реабілітації, однак саме в цій групі важливо своєчасно ідентифікувати приховані або латентні фактори ризику, які можуть проявитися в умовах стресу. Ефективна мотиваційна підтримка дасть змогу закріпити адаптивні способи регуляції та запобігти переходу від ризикового вживання до структурованої залежності, що вкрай важливо для довготривалої ремісії.

Третім дослідницьким кроком слугувало обстеження вибірки методикою «Опитувальник мотиваційної готовності до змін» (RCQ-TV) (Рис. 3). Вмотивована готовність до змін, за моделлю Дж. Прочаски та К. ДіКлементе[45], слугує показником намірів особи і критерієм суб'єктної позиції у процесі реабілітації, в такий спосіб ця методика дає змогу визначити стадії прийняття змін, а відтак встановити рівні готовності до них. У результаті дослідження встановлено, що високий рівень мотиваційної готовності, притаманний 47,1% респондентів. Це відображає їх перебування на стадії підготовки або навіть ранньої фази дії у моделі пролонгованої поведінкової трансформації. Ця частина обстежуваних демонструє достатню здатність до саморефлексії, усвідомлення причин власної залежності та критичне ставлення до попереднього досвіду вживання алкоголю. Вони визнають власну вразливість і потребу в системних змінах, здатні брати відповідальність за процес одужання та частіше виявляють ініціативність у пошуку альтернативних стратегій поведінки. Для них характерне поступове

формування внутрішньої мотивації, яка не ґрунтується на зовнішньому тиску, а впливає з власних цінностей, очікувань і переосмисленої ідентичності. Саме ця група має найбільш сприятливий прогноз у психосоціалній реабілітації, оскільки їх мотиваційна структура вже зазнала початкових конструктивних змін, а потенціал до саморегуляції та відмови від адиктивної поведінки є відносно високим.



**Рис. 3. Рівні мотиваційної готовності uzалежнених осіб до змін на основі емпіричних даних (у %) за методикою «Опитувальник мотиваційної готовності до змін» (RCQ-TV)**

Середній рівень мотиваційної готовності до змін простежується у 31,4 % обстежуваних, характеризує стадію вагань і латентного внутрішнього конфлікту між усвідомленням необхідності змін і психологічною прив'язаністю до попередніх патернів поведінки. Для цієї частини uzалежнених осіб властива непослідовність у рішеннях, емоційні коливання та суперечливе ставлення до власного психологічного стану. Вони можуть визнавати проблему, але не вірити у можливість її подолання або недооцінювати масштаби залежності. Часто їм притаманний змішаний мотиваційний профіль, де внутрішні та зовнішні мотиви конкурують між собою. Саме у цій групі проявляється найвищий потенціал для позитивного зрушення за умови правильно організованого мотиваційного втручання.

Разом з тим, подібна амбівалентність становить і значний ризик, оскільки відсутність стабільного наміру змін підвищує ймовірність повернення до попередньої моделі поведінки в ситуаціях стресу або фрустрації. Основним завданням психолога в роботі з такими клієнтами є допомога у формуванні ясності мотиваційних орієнтирів, зміцнення відчуття автономії та розвиток здатності оцінювати власні рішення як значущі та ефективні.

Низький рівень мотиваційної готовності до змін діагностовано у 21,5% обстежуваних, є найбільш проблемним з точки зору прогнозу ефективності психологічної взаємодії. Ці особи здебільшого перебувають на стадії доконання, яка характеризується запереченням проблеми, мінімізацією негативних наслідків або перекладання відповідальності на зовнішні обставини. Їм часто не вистачає навичок критичного мислення, вони демонструють низьку задіяність і зацікавленість у реабілітаційному процесі та значну залежність від зовнішнього контролю, що може виражатися у домінуванні захисних механізмів, таких як раціоналізація, витіснення або проектування, що перешкоджають формуванню реалістичного бачення власної життєвої ситуації. Низький рівень мотивації суттєво підвищує ризик рецидиву, оскільки будь-які реабілітаційні зміни сприймаються такими респондентами не як внутрішньо необхідні, а як нав'язані середовищем. Саме тому робота з ними повинна передбачати інтенсивні мотиваційні інтервенції, спрямовані на подолання заперечення, підвищення усвідомленості та формування первинної внутрішньої готовності до трансформації, без якої ефективність реабілітації суттєво знижується.

Узагальнений аналіз результатів дослідження засвідчує, що взаємозв'язок між рівнем соціальної фрустрованості, проявами алкогольної залежності та ступенем мотиваційної готовності до змін не є випадковим чи поверхневим. Він ґрунтується на глибоких закономірностях психічної регуляції поведінки, описаних у когнітивно-поведінкових, мотиваційних і афективно-регуляторних моделях залежності. Методологічно логіка такої інтерпретації опирається на принцип системності, за якого кожен із

параметрів (фрустрованість, алкоголізація, готовність до змін) є частиною цілісного психологічного контуру, в якому зміни одного елемента закономірно трансформують інші. Тому аналітичне співставлення отриманих даних уможливорює реконструкцію каузальних взаємин, який описуватимуть механізми формування, підтримання, модифікації та подолання адиктивної поведінки.

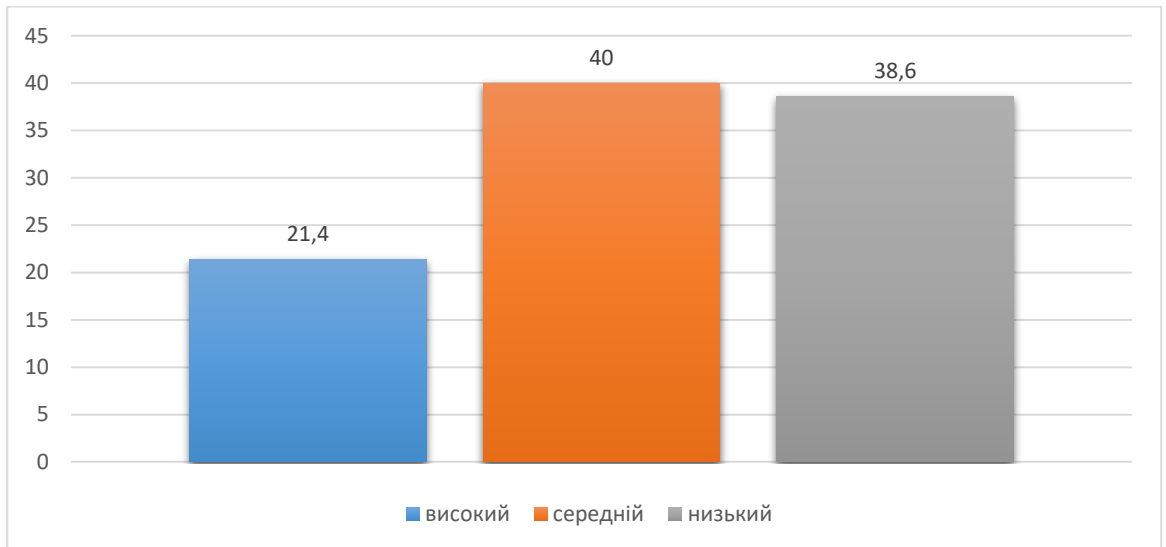
Першою ланкою цього системного ланцюга є соціальна фрустрованість. Здобуті емпіричним способом дані свідчать, що 41,4% респондентів перебувають у зоні високої фрустрованості, що психологічно означає переживання хронічної невдоволеності своїм життєвим становищем, відсутністю перспектив, відчуттям обмежених можливостей самореалізації. Такі стани, згідно з теоріями Ф. Хоппе, К. Левіна[40; 46] та сучасними емоційно-регуляторними концепціями, формують підґрунтя для дезорганізації мотивації, зниження толерантності до напруги та підвищення тенденції до уникання, а висока фрустрованість не лише провокує емоційний дистрес, а й деформує когнітивну оцінку ситуації, створюючи ґрунт для дисфункційних схем на кшталт «я не можу вплинути на власне життя» або «будь-які спроби приречені». За таких умов алкоголь набуває функції швидкодіючого засобу емоційного полегшення і розради.

Друга ланка – це вираженість ознак алкогольної залежності, що підтверджує саме такий механізм компенсації. Дані MAST показали, що 54,3% респондентів належать до групи високого прояву залежності, що свідчить про стійку інтеграцію алкоголю у структуру регуляції їхнього емоційного стану. Для них характерна залежність від алкоголю як від інструменту негайного «зняття» напруги, втечі від фрустраційного досвіду, тимчасового покращення самопочуття або ілюзії контролю над життям. Фактично алкоголь виконує роль дефектного механізму емоційної регуляції, що відповідає концепціям М. Кокса та Дж. Беккера[32]. У ситуації хронічної фрустрованості адиктивна поведінка розвивається як звичка, а також як умовно-рефлекторний спосіб усунення когнітивно-афективного

дискомфорту. Це пояснює високу кореляцію між фрустрацією та алкоголізацією, зафіксовану нами в кількісних даних чинного емпіричного дослідження.

Третьою ланкою цього психорегуляторного контуру є мотиваційна готовність до змін. Згідно з інтегральним аналізом, лише 47,1% респондентів належать до категорії високої готовності, тоді як 31,4% перебувають у зоні невизначеності, а 21,5% – у зоні низької готовності. Це означає, що значна частина осіб не здатна перейти у фазу підготовки до реальної трансформації поведінки. Під цим розуміється дефіцит суб'єктності, описаний у працях А. Бандури, за якого люди з низькою мотиваційною готовністю демонструють зовнішній локус контролю, низьку самоефективність та недовіру до власних можливостей змінювати ситуацію, а їхня мотивація є радше реактивною, ніж проактивною, що значно підвищує ризик рецидиву.

На основі співставлення кількісних і якісних показників було виокремлено три мікропрофілі uzалежнених осіб (Рис. 4), які відображають удетальнену психологічну структуру залежності. Профіль високого ризику рецидиву, який охоплює 38,6% вибірки, характеризується констатацією високої фрустрованості, високого рівня залежності та низької або середньої мотиваційної готовності. Представники цього профілю продемонстрували фрагментовану структуру Я, нестійкі життєві орієнтири, домінування емоційно-компенсаторних стратегій та схильність до уникання прийняття важливих рішень. Така структура особистості часто ускладнює реабілітаційний процес, оскільки внутрішнє напруження підсилює адиктивні імпульси, а низька мотивація заважає стабільному проходженню реабілітації.



**Рис. 4. Узагальнені психологічні профілі uzалежнених осіб за трьома психодіагностичними методиками на основі емпіричних даних (у %)**

Профіль середнього ризику охоплює 40% вибірки. Носіям цього профілю притаманна менш виражена фрустрованість та помірний рівень ознак і проявів алкогольної залежності. Ці особи демонструють суперечливий, але потенційно ресурсний мотиваційний стан, адже вони усвідомлюють проблему, але нерідко вагаються у власній рішучості, виявляючи нестабільність у поведінці. Ця частка обстежуваних здатна увійти у фазу змін за умов належної психотерапевтичної підтримки. Саме для цієї групи доцільні методи мотиваційного інтерв'ювання та групові інтервенції, спрямовані на укріплення внутрішньої мотивації та розвиток навичок саморегуляції.

До профілю сприятливого прогнозу віднесено 21,4% обстежуваних, у яких діагностовано низький рівень фрустрованості та невисокі показники алкоголізації в поєднанні з високою мотиваційною готовністю до змін, такі дані створюють умови для ефективного проходження психосоціальної реабілітації. Представники цього профілю зберігають внутрішню цілісність Я концепції особистості, достатній рівень самоконтролю та здатність до довготривалих змін. Часто саме вони формують ресурсне ядро реабілітаційної спільноти, позитивно впливаючи на інших учасників завдяки моделюванню успішних копінг-стратегій.

Отже, результати емпіричного дослідження підтверджують фундаментальне положення сучасних психологічних розвідок проблеми залежності, а саме про те, що адиктивна поведінка виникає та підтримується у взаємодії трьох параметрів – соціальної фрустрованості, порушеної емоційної регуляції та деформованої мотиваційної структури. Кожен із цих елементів виконує функцію тригера у порушеному регуляційному циклі, а їх поєднання формує високий ризик рецидиву та труднощі в реабілітації. Таким чином, дана вибірка демонструє класичну для залежності структуру «трикутника дестабілізації»: високий рівень фрустрації → виражена алкоголізація → низька мотиваційна готовність.

Висока фрустрованість і виражені адиктивні прояви істотно знижують потенціал мотивації, що вимагає створення реабілітаційних програм із диференційованим підходом. Такі програми мають будуватися з урахуванням індивідуального профілю фрустрованості, рівня адиктивних проявів та ступеня сформованості мотиваційної готовності. Тільки інтегрована модель втручання, що охоплює роботу з емоційною регуляцією, мотивацією, когнітивними схемами та соціальною реінтеграцією, може забезпечити стабільну ремісію та зменшити ймовірність рецидиву.

## **Висновки до розділу 2.**

Емпіричне дослідження підтвердило, що мотиваційна сфера, тяжкість алкогольної залежності та рівень соціальної фрустрованості утворюють взаємопов'язану систему, у якій кожен компонент визначає інтенсивність і траєкторію перебігу адиктивної поведінки. Висока фрустрованість, характерна для значної частини обстежуваних, відображає глибоку внутрішню незадоволеність, втрату контролю над життєвими перспективами та зниження суб'єктності. У таких умовах алкоголь набуває функції емоційного компенсатора, що тимчасово знижує напруження, але водночас

закріплює дезадаптивні способи регуляції та підсилює когнітивні викривлення, які формують відчуття безсилля й знецінення власних можливостей. Саме тому фрустрованість виступає важливим предиктором вираженості алкозалежності і становить основу дестабілізації мотиваційної структури uzалежненої особи.

Результати за методиками «Мічиганський алкогольний скринінговий тест» (MAST) та «Опитувальник мотиваційної готовності до змін» (RCQ-TV) показали, що тяжчі адиктивні прояви закономірно поєднуються зі зниженим рівнем мотиваційної готовності до змін, тоді як середні та низькі показники алкогольної залежності супроводжуються більшою здатністю до рефлексії й прийняття відповідальності за власний стан. Поєднання цих показників дало змогу окреслити три психологічні профілі uzалежнених осіб. Профіль високого ризику, який характеризується глибокою фрустрованістю, високою алкоголізацією та нестачею мотивації, що відображає фрагментовану структуру Я і домінування емоційно-компенсаторних стратегій. Профіль середнього ризику засвідчує потенційну здатність до змін, але потребує стабілізації мотиваційної сфери та підтримки у формуванні суб'єктності. Профіль сприятливого прогнозу демонструє інтегрований образ Я, помірну або низьку залежність і високий мотиваційний потенціал, що створює найкращі умови для стійкої ремісії.

Узагальнюючи отримані результати, зазначимо, що ефективність психосоціальної реабілітації залежних осіб визначається тяжкістю адиктивних проявів, а також тим, наскільки глибоко фрустраційний досвід інтегрований у психічну структуру та рівнем сформованості внутрішньої готовності до особистісних змін. Виявлені каузальні закономірності окреслюють необхідність диференційованої психосоціальної реабілітаційної програми, яка передбачатиме мотиваційну роботу психолога із uzалежненими особами з урахуванням формування у клієнтів навичок емоційної регуляції, альтернативних копінг-стратегій, розвитком суб'єктності та мотиваційних прагнень до самовдосконалення. Запровадження орієнтованого на

індивідуальний профіль клієнта підходу, підвищуватиме ймовірність успішної трансформації поведінки uzалежнених осіб та їхньої довготривалої ремісії.

### **РОЗДІЛ 3.**

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ У ПСИХОСОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ**

### **3.1. Програма формування мотиваційної готовності в uzалежнених осіб у процесі психосоціальної реабілітації**

Мотиваційна робота з особами, що проходять психосоціальну реабілітацію від алкогольної залежності, належить до найбільш складних і водночас найбільш значущих напрямів психологічної допомоги. На відміну від традиційних психокорекційних технологій, що націлені на зміну зовнішньої поведінки, мотиваційне втручання спрямоване на трансформацію внутрішньої регулятивної структури особистості, відновлення її суб'єктності, формування здатності приймати відповідальні рішення і утримувати сталі зміни. Емпіричне дослідження, результати якого викладено у попередньому розділі, показало, що мотиваційна готовність тісно пов'язана з двома іншими

ключовими компонентами адиктивної поведінки – рівнем соціальної фрустрованості та тяжкістю алкогольної залежності. Саме тому розробка цілісної програми мотиваційної роботи має ґрунтуватися на розумінні того, що зміна поведінки можлива лише за умови модифікації внутрішніх установок, подолання фрустраційних станів і формування нової внутрішньої координатної системи, у якій алкоголь втрачає свої емоційно-регулятивні функції.

Одним із ключових методологічних принципів, який обґрунтовує необхідність спеціалізованої програми, є положення про багаторівневу організацію мотиваційної сфери uzалежнених осіб. Як показують теорії К. Левіна, Е. Фромма, А. Бандури, Дж. Прочаски, Х. Хекхаузена та ін. [3;10; 36; 40; 45;], мотив завжди має дві площини – усвідомлювану та приховану, і лише перша з них піддається прямій вербалізації. Узалеженені особи майже завжди декларують соціально прийнятні мотиви припинення вживання алкоголю, серед яких домінують потреба відновити стосунки, покращити здоров'я, уникнути юридичних наслідків або «не підвести близьких». Проте ці мотиви нерідко є вторинними і не становлять справжньої рушійної сили поведінкових змін. Реальні мотиви, що формують адиктивний цикл, часто мають глибинний емоційно-регулятивний характер і не усвідомлюються самим суб'єктом, що ускладнює їх виявлення та подальшу роботу з ними.

Сфера прихованої мотивації є визначальною у формуванні адиктивної поведінки, оскільки саме вона зумовлює механізми самообману, раціоналізації, витіснення та заперечення. Як зазначав Е. Фромм, «віра суб'єкта у правдивість власного висловлювання не є гарантією істинності мотиву»[10, с.175], адже людина здатна щиро вірити у вигадану причину власної поведінки. У випадку алкогольної залежності приховані мотиви набувають специфічної сенсорно-афективної структуризація якої алкоголь набуває для uzалежнених осіб значення засобу зниження внутрішнього напруження, способу уникнення болісних думок, компенсацією відчуття неповноцінності, механізмом подолання фрустраційних переживань або

навіть способом символічного протесту проти соціальних обмежень. Розуміння цієї динаміки є ключем до формування ефективної мотиваційної програми.

Важливим положенням, що випливає з аналізу прихованої мотивації, є уявлення про багатофакторне детермінування опору змінам. Опір не є свідомим саботажем або небажанням співпрацювати з психологом, а результатом суперечності між усвідомлюваними бажаннями та прихованими регулятивними структурами, які забезпечують відносну психічну рівновагу за рахунок підтримання звичних, хоча й деструктивних моделей поведінки. Тому мотиваційна робота має бути спрямована не стільки на конфронтацію із запереченням, скільки на м'яке поступове розгортання прихованих змістів, їх інтеграцію у свідомість і заміщення більш адаптивними мотиваційними конструкціями.

Розробка програми формування мотиваційної готовності до змін у процесі психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб має ґрунтуватися на комплексному врахуванні трьох ключових параметрів, які були встановлені у проведеному емпіричному дослідженні. Першим із них є рівень соціальної фрустрованості, що відображає масштаб внутрішнього дистресу, ступінь суб'єктивної виснаженості та дефіцит відчуття впливу на власне життя. Другим параметром виступає рівень вираженості ознак алкогольної залежності, який демонструє глибину деструкції емоційно-регулятивної системи та стійкість адиктивного патерну. Третій параметр – стадія мотиваційної готовності до змін, що характеризує рівень інтеріоризації потреби трансформації й окреслює потенціал клієнта до формування внутрішнього ресурсу подолання залежності. На перетині цих трьох вимірів формується цілісний психологічний профіль узалежненої особи, який слугує вихідною точкою для побудови індивідуалізованої, науково обґрунтованої та психологічно чутливої програми мотиваційної роботи.

Узагальнюючи результати дослідження, програма спирається на низку теоретико-методологічних принципів, що визначають її структуру й логіку

застосування. Принцип суб'єктності передбачає підтримку клієнта в процесі відновлення авторства власних рішень та життєвих стратегій, що є критично важливим у контексті адиктивної поведінки, яка руйнує індивідуальну автономію. Принцип індивідуалізації вимагає врахування мотиваційного профілю клієнта і вибору таких інтервенцій, які відповідають його актуальному стану, ресурсам та обмеженням. Принцип когнітивно-афективної інтеграції наголошує на необхідності одночасної роботи з емоційними, когнітивними та поведінковими компонентами мотивації, оскільки зміни у будь-якому з них впливають на загальну динаміку залежності. Принцип поетапності забезпечує відповідність обраних втручань конкретній стадії мотиваційного процесу, що запобігає передчасним вимогам і знижує ризик опору. Принцип діагностичної підтримки передбачає регулярне оцінювання як усвідомлюваної, так і прихованої мотивації, оскільки їхній взаємозв'язок визначає реальний потенціал змін. Нарешті, принцип безпечного терапевтичного простору спрямований на створення таких умов, у яких клієнт може відкрито рефлексувати власні переживання та суперечності без страху оцінювання чи втручання у внутрішній світ.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу та емпіричних даних, нами пропонується структурно-функціональна модель мотиваційної програми психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб (Табл.1), яка розроблена відповідно до виявлених каузальних закономірностей між фрустрованістю, проявами алкозалежності та мотиваційною готовністю до змін. Програма структурована у вигляді комплексу індивідуальних та групових психологічних інтервенцій, інтегрованих у єдину логіку розвитку внутрішньої мотивації, відновлення емоційної регуляції та формування альтернативних копінг-механізмів. Вона складається з трьох взаємопов'язаних модулів – діагностичного, мотиваційно-формуального та закріплювального, кожен із яких відіграє принципову роль у становленні сталих змін.

*Структурно-функціональна модель програми мотиваційної роботи з  
узалежненими особами*

<b>Модуль</b>	<b>Мета</b>	<b>Основні інтервенції та техніки</b>	<b>Психодіагности- чні інструменти</b>	<b>Очікувані результати</b>
<b>1. Діагностич- ний</b>	Виявити усвідомлені й приховані мотиви, визначити рівень фрустрації та адиктивного ризику, сформувавши мотиваційний профіль	Структуроване інтерв'ю; аналіз мотиваційних наративів; проєктивні техніки; спостереження	«Мічиганський алкогольний скринінговий тест»; «Опитувальник мотиваційної готовності до змін»; «Опитувальник соціальної фрустрованості»; Метод незавершених речень	Визначена стадія мотиваційної готовності; окреслена зона опору та прихованих мотивів; сформовано індивідуальний мотиваційний профіль
<b>2. Мотивацій- но- формува- льний</b>	Зміцнення внутрішньої мотивації, зменшення фрустрації, реконструкція когнітивних і емоційних патернів	Мотиваційне інтерв'ювання; аналіз амбівалентності; КПТ-техніки; тілесно-орієнтовані методи стабілізації; формування суб'єктності	«Дерево цінностей»; аналіз тригерів; когнітивна реструктуризація; рольові сценарії альтернативної поведінки	Зміцнення самоєфективності; зменшення залежності від алкоголю; перехід до внутрішньої мотивації; розвиток здатності до самоконтролю
<b>3. Закріплю- вальний</b>	Стабілізація змін, профілактика рецидиву, формування нових життєвих стратегій	План запобігання рецидиву; навчання саморегуляції; інтеграція соціальної підтримки; розвиток навичок формування довготривалих цілей	Індивідуальний «План ремісії»; «Карта ризиків»; групи підтримки «рівний–рівному»	Стійка ремісія; сформовані навички саморегуляції; відновлення життєвої перспективи; нові конструктивні поведінкові патерни

Діагностичний модуль передбачає використання комплексу прямих і непрямих методів вивчення мотиваційної сфери. Враховуючи високий рівень соціальної бажаності та схильність узалежнених осіб до приховування справжніх мотивів, лише анкетних методів недостатньо. Ефективна

діагностика включає структуроване інтерв'ю, стандартизовані опитувальники (зокрема «Мічиганський алкогольний скринінговий тест» (MAST) та «Опитувальник мотиваційної готовності до змін» (RCQ-TV) та опитувальник соціальної фрустрованості Л.І. Вассермана), проєктивні методики, аналіз мотиваційних мікронаративів та поведінкове спостереження. Проєктивні інструменти особливо важливі для роботи з прихованою мотивацією, оскільки вони зменшують опір і дозволяють обійти механізми раціоналізації й витіснення. Діагностика здійснюється не лише на початковому етапі, але й повторюється упродовж усього процесу реабілітації, що відповідає динамічній природі мотивації та дозволяє фіксувати зміну її структури. На основі зібраних даних формується індивідуальний мотиваційний профіль, який визначає інтенсивність, спрямованість і зміст подальших інтервенцій та забезпечує індивідуалізацію реабілітаційного процесу.

Мотиваційно-формульальний модуль є центральним у структурі програми. Він ґрунтується на засадах мотиваційного інтерв'ювання, когнітивно-поведінкової терапії, теорії самодетермінації та транстеоретичної моделі змін. На цьому етапі здійснюється систематичне формування внутрішньої мотивації, поглиблення усвідомленості, розвиток відповідальності та відновлення здатності до саморегуляції. Важливим завданням є робота зі сфокусованим усвідомленням, яка передбачає м'яке виявлення суперечностей між бажаним і реальним способом життя. Техніки мотиваційної дискусії, аналіз амбівалентності, вправи на дослідження особистісних цінностей та ідентифікація тригерів вживання алкоголю створюють умови для того, щоб приховані мотиви проявилися у формі, придатній для подальшого психологічного опрацювання. На цьому етапі клієнт уперше стикається з можливістю подивитися на власну поведінку крізь призму внутрішніх конфліктів, а не зовнішніх обставин, що сприяє зародженню суб'єктно орієнтованого погляду на проблему залежності.

Наступним важливим напрямом є модифікація дисфункційних переконань. Застосування когнітивно-поведінкових технік дозволяє виявити глибинні ірраціональні схеми, які підтримують адиктивну поведінку, зокрема переконання «я не здатен змінитися», «алкоголь – єдиний спосіб зняти напругу» чи «життя без алкоголю неможливе». Ці переконання формують низький суб'єктний контроль і підтримують фрустраційні стани, тому їх корекція має стати основою для формування нових внутрішніх регулятивних структур. Поруч із когнітивними змінами відбувається робота з емоційною регуляцією. Оскільки алкоголь часто виконує функцію швидкодійного стабілізатора афекту, клієнту необхідно опанувати альтернативні способи зниження напруги. Використовуються тілесно орієнтовані техніки, методи роботи з афектом, навчання адаптивним копінг-стратегій та моделювання поведінки у стресових ситуаціях. Групові заняття відіграють особливу роль, оскільки вони дозволяють нормалізувати переживання клієнта, сформувати відчуття підтримки та подолати ізоляцію, характерну для адиктивної поведінки.

Завершальним аспектом цього модуля є формування відповідальності та суб'єктності. Робота спрямована на розвиток внутрішнього локусу контролю, усвідомлення авторства власних рішень, формування здатності планувати й прогнозувати наслідки. Рефлексивні техніки та рольові ситуації сприяють тому, щоб клієнт не лише інтелектуально засвоїв необхідність змін, але й психологічно прийняв їх як власний вибір. Лише на цьому рівні формується внутрішня мотивація, а не зовнішній тиск, що забезпечує стійкість змін у довготривалій перспективі.

Закріплювальний модуль спрямований на стабілізацію досягнутих результатів та формування навичок підтримки тривалої ремісії. Він передбачає розвиток механізмів саморегуляції, формування довготривалих життєвих цілей, навчання навичкам запобігання рецидиву, а також інтеграцію соціальної підтримки як захисного фактора. На цьому етапі особлива увага приділяється формуванню стійкої життєвої перспективи, що

забезпечує клієнту ціннісну основу для збереження тверезості. Групові заняття виконують функцію соціального моделювання, створюють умови для повернення до конструктивної взаємодії та зміцнюють відчуття належності, яке є критично важливим у профілактиці рецидиву.

Отже, запропонована програма є комплексною системою психологічних впливів, що поєднує діагностику, формування мотивації та її стабілізацію. Вона враховує усю складність мотиваційної сфери uzалежнених осіб, включно з прихованими мотивами, які часто визначають реальну стійкість поведінкових змін. Програма створює умови для переходу від зовнішніх форм примусу чи соціального тиску до внутрішньо вмотивованої трансформації, що забезпечує більш довготривалі результати реабілітаційного процесу.

### **3.2. Система психологічних рекомендацій uzалежненим особам щодо розвитку мотивації до подолання адиктивної поведінки**

Формування мотивації до подолання адиктивної поведінки потребує відповідних умов психосоціальної реабілітації, а також надання uzалежненим особам чітких психологічних настанов, заснованих на закономірностях функціонування їхньої мотиваційної сфери, специфіці прихованих і усвідомлюваних мотивів та результатах емпіричного дослідження. Рекомендації повинні бути скеровані на те, щоб суб'єкт міг у безпечний спосіб модифікувати власну поведінку, змінювати регулятивні механізми, долати фрустраційні стани та переходити від зовнішньої до внутрішньої, стійкої мотивації прагнення до змін. У цьому контексті рекомендації не є загальними порадами чи інформаційними повідомленнями, натомість вони визначають конкретні, психологічно обґрунтовані кроки, які uzалежнена

особа може практикувати щоденно і які забезпечують поступове відновлення суб'єктності та розвиток мотиваційної готовності.

Насамперед узалежненим особам рекомендується систематично здійснювати спостереження за власними станами, що передують вживанню алкоголю. Для цього потрібно вести «щоденник тригерів», у якому фіксується ситуація, у якій виникло бажання вжити алкоголь, зовнішні обставини, внутрішній емоційний стан, тілесні відчуття та думки, що супроводжували відповідний імпульс. Така практика слугує першим рівнем відновлення контролю, оскільки дозволяє суб'єкту відокремити імпульс чи інтенцію від дії та сформуванню здатності до попереднього усвідомлення. Регулярне усвідомлення тригерів сприяє виявленню прихованої мотивації, адже у процесі спостереження стає можливим розпізнання тих емоційних конфліктів, які раніше компенсувалися алкоголем. У перспективі це підсилює мотивацію до змін, оскільки суб'єкт отримує змогу побачити причинно-наслідкову логіку власної поведінки, що раніше залишалася неусвідомленою.

Узалежненим особам також рекомендується щоденно практикувати техніку короткого самоосмислення «зупинка – запит – відповідь». У момент виникнення імпульсу вживання необхідно на 30 секунд зупинити дію, поставити собі три запитання: «Що я зараз відчуваю?», «Чого я хочу уникнути?», «Що мені може допомогти, окрім алкоголю?». Ця техніка спрямована на миттєве включення префронтальної регуляції та розвиток здатності відкладати реакцію. Наукова ефективність такого підходу підтверджена дослідженнями когнітивно-поведінкової терапії, які свідчать про те, що коротка пауза між імпульсом і дією різко знижує частоту автоматичних адиктивних реакцій. Для узалежнених осіб, мотиваційна сфера яких часто спотворена механізмами раціоналізації, така техніка допомагає перевести реакцію зі стихійної у регульовану, що стає основою формування внутрішньої мотивації.

Рекомендується також щодня виконувати вправу «три способи впливу», спрямовану на зниження фрустраційної напруги та розвиток суб'єктного контролю. Особа повинна обирати будь-яку складну життєву ситуацію та визначати три конкретні дії, які вона може здійснити для впливу на обставини, навіть якщо ці дії є мінімальними (наприклад, телефонний дзвінок, уточнення інформації, коротка розмова, планування наступного кроку). Управа сприяє переорієнтації мислення з позиції безпорадності на позицію суб'єктивної активності, що є необхідною умовою подолання фрустрованості. Систематичне виконання цієї рекомендації сприяє формуванню внутрішньої установки на здатність змінювати власне життя, що є ключовою для появи стійкої мотиваційної готовності до самовдосконалення.

Узалежненим особам рекомендується розвивати навичку розпізнавання власних емоцій, оскільки емоційна регуляція є одним з основних чинників адиктивної поведінки. Для цього пропонується щоденна вправа емоційної інвентаризації, яка передбачає практикування тричі на день, під час якого протягом двох хвилин особа визначає й називає домінантні емоції, оцінюючи їх за шкалою інтенсивності. Ця рекомендація ґрунтується на даних досліджень про зв'язок між дефіцитом диференціації емоцій (алекситимією) та тяжкістю залежності. Систематичне розпізнавання емоцій формує здатність досамоусвідомлення, що здатна долати прагнення до уникнення переживань через вживання алкоголю. Пропонована рекомендація дозволяє мінімізувати механізми витіснення, що є складовою прихованої мотивації, та переводить внутрішні психоемоційні стани у площину усвідомлення.

Однією з ключових рекомендацій є розвиток альтернативних способів зниження напруження через практику тілесної стабілізації. Узалежненим особам необхідно щоденно виконувати вправи глибокого діафрагмального дихання, м'язової релаксації та коротких технік усвідомленої присутності (майндфулнес). Ці техніки є психологічно обґрунтованими методами зменшення фізіологічного збудження та нормалізації кортико-лімбічної

взаємодії, що знижує інтенсивність патологічних потягів. Практика стабілізації заміщує адиктивну дію алкоголю як способу «вимкнення» психічного перенапруження, формуючи новий, ефективніший механізм саморегуляції. У процесі реабілітації рекомендується щонайменше двічі на день приділяти таким вправам п'ять хвилин.

Важливою рекомендацією є поступова модифікація дисфункційних переконань. Узалежненим особам необхідно вести список автоматичних думок, що виникають у ситуаціях напруження та співставляти їх із реалістичними й адаптивними альтернативами. Для цього пропонується щоденна робота з технікою «доведення й спростування», в процесі якої потрібно записувати тривожну або адиктивну думку та визначати докази «за» і «проти» її істинності. Така техніка дозволяє зменшити силу глибинних переконань, що підтримують залежність. Оскільки дисфункційні переконання є інтегрованими в структуру прихованої мотивації, їхня корекція безпосередньо впливає на підвищення мотиваційної готовності до змін.

Черговою рекомендацією є формування практики проактивного уникнення ризикових ситуацій. Узалежненій особі пропонується створити персональний список ризикових контекстів, тобто ситуацій і обставин, за яких ймовірність вживання алкоголю значно зростає. До списку повинні входити місця, люди, часові проміжки та емоційні стани. Після формування списку необхідно визначити конкретні дії уникнення кожного пункту. Психологічним підґрунтям пропонованої рекомендації слугує той факт, що уникнення ризикових ситуацій знижує емоційне навантаження на системи саморегуляції та дає змогу зберігати ресурс для розвитку внутрішньої мотивації. Для осіб з високим рівнем фрустрованості така стратегія зменшує ймовірність емоційного перевантаження, що, згідно з даними дослідження, є провокативним фактором адиктивної поведінки.

Узалежненим особам рекомендується щоденно здійснювати рефлексивну практику «аналіз дня», фіксуючи три елементи, а саме ситуації,

у яких вдалося уникнути вживання алкоголю, обставини, у яких мотивація була слабкою, а також події, що потребують обговорення зі спеціалістом. Рефлексивна практика сприяє формуванню метакогнітивного контролю та дозволяє виявити приховані фактори опору змінам. Така рекомендація має засадниче значення для підтримання мотивації в середньостроковій і довгостроковій перспективі. Ще однією важливою настановою є розвиток внутрішньої відповідальності. Узалежненим особам пропонується щоранку встановлювати одну конкретну ціль на день, пов'язану з одужанням (наприклад, вправа, телефонний дзвінок до психолога, відмова від ризикової зустрічі), а ввечері оцінювати її виконання. Це формує структуру відповідальності, що перетворює процес змін на послідовний і керований. Згідно з теорією самодетермінації, такий підхід зменшує залежність від зовнішнього контролю й підсилює автономну мотивацію.

До комплексу рекомендацій також входить створення та підтримання соціальної мережі підтримки. Узалежненим особам потрібно регулярно взаємодіяти з трьома типами соціального оточення: підтримувальним близьким середовищем, групою рівних (учасників реабілітації) та спеціалістами. Психологічна логіка такої рекомендації полягає в тому, що соціальна ізоляція підсилює фрустрацію, а наявність соціальної підтримки сприяє розвитку відчуття групової приналежності та зміцненню мотивації. Рекомендується двічі на тиждень брати участь у групах підтримки, оскільки вони нормалізують переживання та формують досвід успішних змін інших людей, що має потужний мотиваційний ефект.

Наступною рекомендацією є формування довготривалої життєвої перспективи. Узалежненим особам пропонується створити «карту майбутнього», у якій необхідно визначити основні сфери життя (здоров'я, робота, стосунки, розвиток, духовність) і сформулювати конкретні бажані зміни на горизонті півроку, року і трьох років. Така перспектива підсилює смисловий компонент мотивації, що особливо важливо для осіб із високим

рівнем алкогольної залежності, які схильні до звуження часової перспективи. Формування смислів забезпечує внутрішню сталість процесу одужання.

Черговою рекомендацією є створення персонального плану запобігання рецидиву. Узалежненій особі необхідно визначити три групи елементів, що охоплюють ранні ознаки повернення до адиктивного стилю мислення, конкретні дії реагування та ресурси, до яких можна звернутися (люди, служби, техніки самопомоги). Наявність плану дозволяє мінімізувати втрату контролю в кризових ситуаціях та зменшує інтенсивність регресивних тенденцій. Водночас рекомендується формування позитивної ідентичності одужуючої особи. Узалежненим пропонується вести список особистих цінностей, до яких вони прагнуть повернутися, і регулярно оцінювати, якою мірою їхні сьогоднішні дії відповідають цим цінностям. Така практика сприяє інтеграції змін у структуру Я-концепції та створює новий мотиваційний каркас, у межах якого тверезість перестає бути зовнішньою вимогою, а стає внутрішньою частиною ідентичності.

Узалежненим особам рекомендується навчитися розпізнавати механізми самообману. Кожного разу, коли з'являється думка, що «один раз нічого не змінить» або «я вже досить сильний, щоб контролювати», суб'єкту необхідно співставити ці думки з реальними наслідками минулого досвіду. Така рекомендація спрямована на нейтралізацію прихованої мотивації, яка часто маскується під раціональні пояснення. Важливо розуміти, що самообман не є свідомою брехнею, а функціонує як психічний захист, тому його розпізнання підсилює мотиваційну стійкість.

Суттєвою рекомендацією є формування структури дня. Узалежненим особам, особливо тим, у кого тяжкість залежності є високою, рекомендується чіткий режим сну, харчування, активності та відпочинку. Регулярність знижує рівень фрустрованості та стабілізує емоційний фон, що створює сприятливі умови для розвитку мотивації. Водночас їм рекомендується поступове включення в діяльність, яка приносить задоволення без алкоголю. Це важливий чинник відновлення системи природних винагород. Узалежені

повинні щотижня планувати заняття, що приносять позитивні переживання (спорт, творчість, взаємодія з природою, відвідування культурних подій). Психологічна значущість цієї рекомендації полягає в тому, що вона формує новий спектр мотивацій, який конкурує з адиктивним.

Отже, запропонована система рекомендацій для uzалежнених осіб передбачає чіткі, регулярні й науково обґрунтовані дії, що сприяють формуванню внутрішньої мотиваційної структури, а їх реалізація – забезпечить формування і розвиток навичок самостереження, емоційної регуляції, суб'єктного контролю, рефлексивності, відповідальності, соціальної залученості та смислової перспективи. Застосування цих рекомендацій створюватиме умови для подолання прихованої мотивації до вживання алкоголю, відновлення психологічної цілісності та формування стійкої готовності до тривалої трансформації і подолання адиктивних поведінкових проявів.

### **Висновки до розділу 3**

У третьому розділі визначено науково обґрунтовані психологічні засади мотиваційної роботи у процесі психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб, що базуються на комплексному розумінні структури їхньої мотиваційної сфери, взаємозв'язку усвідомлюваних і прихованих мотивів та їхнього впливу на перебіг адиктивної поведінки. Здійснений аналіз довів, що мотиваційні процеси осіб із алкогольною залежністю мають багаторівневий характер, за якого усвідомлювані мотиви часто функціонують як соціально прийнятні декларації, тоді як реальні рушійні сили поведінки зумовлені прихованими регулятивними структурами, що виконують емоційно-стабілізаційну та компенсаторну функції. Саме прихована мотивація детермінує опір змінам, підтримує раціоналізацію, заперечення та інші психологічні механізми збереження адиктивного патерну, що потребує спеціально розроблених технологій її виявлення та трансформації у процесі реабілітації.

Розроблена програма формування та розвитку мотиваційної готовності ґрунтується на встановлених у дослідженні закономірностях взаємодії трьох ключових параметрів, а саме рівня соціальної фрустрованості, ступеня вираженості ознак алкогольної залежності та стадії мотиваційної готовності до змін. Встановлено, що саме взаємодія цих параметрів формує психологічний профіль uzалежненої особи, який визначає можливості, обмеження та специфіку індивідуальної мотиваційної динаміки. Запропонована модель програми, структурована у три модулі – діагностичний, мотиваційно-формувальний і закріплювальний, відображає необхідність поетапного впливу на всі рівні функціонування мотиваційної сфери, забезпечуючи умови для переходу від зовнішньо зумовлених намірів змін до стійкої внутрішньої мотивації та здатності до саморегуляції.

Система психологічних рекомендацій, розроблена як завершальний компонент мотиваційної роботи, демонструє, що ефективність психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб детермінується науково обґрунтованими й послідовними інструментами розвитку самоспостереження, емоційної регуляції, когнітивної перебудови, відповідальності та життєвої перспективи. Узагальнення отриманих даних підтверджує, що дієва реабілітація можлива лише за умов поєднання діагностичних, формувальних і стабілізаційних впливів, що відновлюють суб'єктність і формують нові механізми саморегуляції.

## **ВИСНОВКИ**

Проведене дослідження уможливило комплексне вивчення психологічного змісту способів мотиваційної роботи у процесі психосоціальної реабілітації uzалежнених осіб та обґрунтувати її фундаментальну роль у формуванні готовності до подолання адиктивної поведінки. Теоретичний аналіз продемонстрував, що мотивація є засадничим психологічним феноменом, який формується у взаємодії потребово-ціннісної сфери, когнітивних орієнтацій, емоційних регуляторів і соціальних

детермінант. У роботі аргументовано, що в осіб з алкогольною залежністю ця система зазнає істотних деформацій, а самеруйнується ієрархія потреб, цілі стають ситуативними й неузгодженими, толерантність до фрустрації – низькою, а здатність до саморегуляції – фрагментарною. Адиктивна поведінка постає як стан психофізіологічної залежності та як глибинне порушення суб'єктності. Ці положення дали змогу сформулювати теоретичні засади мотиваційної роботи як як фундаментального компонента у психосоціальної реабілітації.

Емпіричний етап дослідження забезпечив поглиблене розуміння психологічної динаміки uzалежнених осіб. Аналіз результатів методик «Опитувальник мотиваційної готовності до змін» (RCQ-TV), «Мічиганський алкогольний скринінговий тест»(MAST) і «Опитувальника соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана виявив декілька типових профілів мотиваційної готовності. Для значної частини респондентів характерними проявами були поєднання високої соціальної фрустрованості з амбівалентною мотивацією до змін та середнім або високим ступенем алкогольної залежності. Доведено, що тяжкість залежності не завжди корелює з готовністю до змін,адже у частини осіб висока проблемність алкоголізації поєднується з недостатньою рефлексією та зовнішнім локусом контролю. Водночас у респондентів із помірними показниками фрустрованості частіше простежувалися ознаки переходу до внутрішньо прийнятого рішення про зміну поведінки. Такий розподіл підтверджує концепцію мотиваційної неоднорідності uzалежнених осіб і підкреслює потребу в індивідуалізованих підходах до психологічної підтримки.

Важливим емпіричним результатом стало те, що мотиваційна готовність до змін виявилася чутливою до емоційно-ціннісних особливостей респондентів, оскільки низька здатність до емоційної регуляції та виражена фрустрованість знижують потенціал до терапевтичних змін, тоді як часткове усвідомлення суперечностей між бажаними й реальними життєвими цілями підсилює внутрішню мотивацію. Результати емпіричного аналізу дали змогу

підтвердити взаємозв'язок між тяжкістю алкогольної залежності, рівнем соціальної дезадаптації та стадією мотиваційної готовності, що стало підґрунтям для подальшої розробки реабілітаційно орієнтованих втручань.

На основі здобутих даних створено та теоретично обґрунтовано структурно-функціональну програму формування мотиваційної готовності uzалежнених осіб до змін у процесі психосоціальної реабілітації, яка охоплює принципи мотиваційного інтерв'ювання, когнітивно-поведінкових технік, розвитку суб'єктності та відновлення емоційної регуляції. Вона спрямована на усвідомлення причин вживання психоактивних речовин, розвиток здатності до самостереження, формування альтернативних копінг-стратегій, перебудову деструктивних переконань та формування позитивної життєвої позиції. Емпірично обґрунтовано, що саме послідовне розгортання цих елементів забезпечує перехід від зовнішньо зумовленої мотивації до внутрішньої, автономної, що є основним предиктором стійкої ремісії.

Завершальним елементом дослідження стала розробка системи психологічних рекомендацій для uzалежнених осіб, спрямованих на розвиток довготривалої мотивації до подолання адиктивної поведінки. У рекомендації інтегровано принципи саморегуляції, емоційної інвентаризації, роботу з тригерами, техніки короткої паузи для переривання імпульсивних реакцій, формування відповідального ставлення до процесу одужання та опрацювання внутрішніх конфліктів. Практичні настанови спрямовані не лише на усунення адиктивних форм поведінки, а й на побудову нового смислового поля життя, у якому особистість повертає здатність до вольового вибору, прийняття рішень і конструктивної взаємодії із соціальним довкіллям. Таким чином, система рекомендацій виконує стабілізаційно-підтримувальну функцію та забезпечує поступовий перехід від контролю зовнішнього середовища до внутрішньої саморегуляції.

Підсумовуючи вищевикладене зауважимо, що всі поставлені в дослідженні завдання виконано, а мети роботи досягнуто повною мірою. Теоретично було обґрунтовано сутність мотиваційної динаміки uzалежнених

осіб і визначено чинники, які визначають ефективність мотиваційної роботи в ході психосоціальної реабілітації. Емпірично встановлено типові профілі мотиваційної готовності до змін, їхній взаємозв'язок із соціальною фрустрованістю та тяжкістю алкогольної залежності. Розроблено та обґрунтовано програму формування мотиваційної готовності до змін та систему психологічних рекомендацій, які ґрунтуються на отриманих даних і мають прикладне значення для реабілітаційних центрів та індивідуальної психологічної роботи з uzалежненими особами.

Отримані результати підтверджують, що успішна психосоціальна реабілітація uzалежнених осіб можлива лише за умови цілісного, науково обґрунтованого підходу до розвитку їх мотиваційної сфери. Мотиваційна робота є тим стрижневим механізмом, який поєднує когнітивні, емоційно-вольові та соціально-поведінкові зміни, забезпечує перехід від адиктивного способу функціонування до автономного та відповідального життя. Отож, чинне дослідження робить внесок у розвиток сучасної психології та адиктології, збагачуючи теоретичні моделі мотивації та пропонуючи практичні інструменти підвищення ефективності психосоціальних реабілітаційних програм.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонюк В. З. Суть і характеристика девіантної поведінки особистості. *Педагогічний пошук*. 2021. Вип. 2. С. 7–15.
2. Балакірева О. М. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2008. Київ : Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2023. 174 с.
3. Бандура А. Механізм самоефективності у людському функціонуванні. *Психологія і суспільство*. 2024. № 2. С. 63–94. DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2024.02.063>
4. Батиргарєєва В. С. Протидія поширенню алкоголізму – пріоритетний напрям державної політики у сфері боротьби зі злочинністю. Харків : Право, 2013. 245 с.
5. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка. Київ : Логос, 2008. 344 с.
6. Болтівець С. І. Соціально-педагогічні чинники поширення пияцтва серед молоді. *Практична психологія та соціальна робота*. 2024. № 10. С. 4–16.
7. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація як сфера професійної діяльності майбутніх фахівців соціальної сфери. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти*. 2017. Вип. 17. С. 106–110.
8. Гінзбург В.Г. Сучасні проблеми формування здоров'я студентської молоді. *Запорізький медичний журнал*. 2021. Т. 13, № 4. С. 11–15.
9. Денисенко М. М. Адикції у хворих на тривожно-фобічні розлади: діагностика та лікування. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 3. С. 97–104. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.3.8086>
10. Е. Фромм. Втеча від свободи. Пер. укр. Харків : КСД, 2025. 288 с.
11. Занюк С. С. Психологія мотивації та емоцій. Луцьк : ВДВ, 2007. 180 с.
12. Капська А. Й. Соціальна робота. Київ : Центр навчальної літератури, 2015. 328 с.
13. Карпенко З.С. Аксіопсихологічні джерела методу моделювання у психології особистості. *Психологія і суспільство*. 2009. № 4. С. 138–144.

14. Костенко Т. М., Перепеченко О. М. Психологічна реабілітація осіб з глибокими порушеннями зору. *Сучасний світ і незрячі*. Луцьк, 2018. С. 43–45.
15. Кравченко О. Соціально-психологічна реабілітація студентської молоді як завдання закладу вищої освіти. *PSC Proceedings*. 2022. С. 38–56.
16. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців... Автореф. дис. канд. психол. наук. Хмельницький, 2018. 23 с.
17. Линник С. Реалізація в Україні глобальної стратегії ВООЗ «Скорочення шкідливого споживання алкоголю». 2020. URL: <https://vivacademy.com>
18. Максимова Н. Ю., Толстоухова С. В. Соціально-психологічні аспекти профілактики адитивної поведінки підлітків та молоді. Київ, 2000. 200 с.
19. Методичні рекомендації та матеріали для профілактичної роботи з учнівською молоддю. *Позакласний час*. 2024. № 3. С. 2–7.
20. Молодь України: стан, проблеми, шляхи розв'язання. Київ : Укр. НДІ проблем молоді, 2003. Вип. 5. 127 с.
21. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до реформування профілактичної стратегії в охороні здоров'я. *Здоров'я України*. 2020. № 21(226). С. 58–59.
22. Профілактика вживання психоактивних речовин : Методичні матеріали. Київ : КМЦСССДМ, 2005. 224 с.
23. Рубінштейн С. Л. Принцип творчої самодіяльності. *Психологія і суспільство*. 2021. № 2. С. 97–101.
24. Сердюк Л. З. Психологія девіантної поведінки. Київ : КНЕУ, 2014. 312 с.
25. Стойко О. О. Сучасні технології формування здорового способу життя серед молоді. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2022.
26. Табачников С. І., Вієвський А. М., Жданова М. П. Клінічні особливості вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків. *Український журнал клінічної та лабораторної медицини*. 2012. Т. 7, № 1. С. 4–11.
27. Турчинов А. І. Соціально-психологічні проблеми девіантної поведінки. Київ : Либідь, 2018. 240 с.

28. Чоп'як В. В., Зубченко С. О. Ризик розвитку патологічних станів студентської молоді під впливом тютюнопаління. *Український медичний часопис*. 2011. № 1. С. 90–94.
29. Шафранський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України: стан і шляхи вирішення. *Здоров'я нації*. 2016. № 3. С. 12–18.
30. Яременко О. О., Балакірєва О. М., Стойко О. О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі. Київ : ДПКСМ, 2005. 196 с.
31. Adler A. *Understanding Human Nature*. Oxford : Oneworld Publications, 1998. 288 p.
32. Becker J., Cox M. Motivational factors in addictive behaviour. *Journal of Substance Use*. 2014. Vol. 19(3). P. 180–186.
33. Folkman S., Moskowitz J. T. Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 2004. Vol. 55. P. 65–72.
34. Godefroy J. *What Is Psychology?* New York : HarperCollins, 1991. 720 p.
35. Goldman D., Urbanek M., Guenter D. et al. Association between a functional polymorphism at the DRD gene and liability to substance abuse. *American Journal of Medical Genetics*. 1999. Vol. 88(4). P. 446–447.
36. Heckhausen H. *Motivation and Action*. 3rd ed. New York : Springer, 2018. 550 p.
37. Klimas J. et al. Factors associated with discontinuation of methadone maintenance therapy in Vancouver. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018. Vol. 186. P. 182–186.
38. Klostermann K., Fals-Stewart W. Behavioral couples therapy for substance abuse. *Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*. 2008. Vol. 1(4). P. 81–91.
39. Lazarus R., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer, 1994. 377 p.
40. Lewin K. *Studies in Topological and Vector Psychology*. London : Forgotten Books, 2018. 331 p.

41. Maslow A. H. *Toward a Psychology of Being*. New York : Martino Fine Books, 2011. 228 p.
42. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2002. 427 p.
43. Plutchik R. *Emotion: Theory, Research and Experience*. Vol. 1. New York : Academic Press, 1980. 198 p.
44. Popova S., Rehm J., Patra J. et al. Comparing alcohol consumption across Europe. *Alcohol and Alcoholism*. 2007. Vol. 42. P. 465–473.
45. Prochaska J. O., DiClemente C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982. Vol. 19(3). P. 276–288.
46. Ramachandran A. et al. Alcohol use among conflict-affected persons in Ukraine. *European Journal of Public Health*. 2019. Vol. 29(6). P. 1141–1146.
47. Rehm J. et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe. *BMC Family Practice*. 2015. Vol. 16(1). P. 1–9.
48. Ryan R. M., Deci E. L. Self-determination theory and intrinsic motivation. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55(1). P. 68–78.
49. Tajfel H. *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge : Cambridge University Press, 1982. 321 p.