

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Вплив психоделіків на тривожно-депресивні стани та індивідуально-психологічні характеристики особистості в умовах війни

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-233 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Стопчак Л.П.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н.
Іванова Є.О.
к.психол.н.
Крайлюк А.І.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	4
КЛЮЧОВІ СЛОВА.....	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПСИХОДЕЛІКІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я.....	11
1.1. Сучасний погляд на психоделіки: визначення та терміни, види, механізм дії та класифікація, вплив на свідомість та психіку, історичний екскурс та перші дослідження.....	11
1.2. Проблематика тривожних і депресивних розладів та використання психоделіків у їх лікуванні.....	27
1.3. Риси особистості та їх зв'язок з психічним здоров'ям.....	29
1.4. Резильєнтність – важлива складова психічного здоров'я.....	31
1.5. Сучасне розуміння концепту «суб'єктивне благополуччя».....	31
1.6. Короткий список досліджень щодо впливу психоделіків на риси особистості, резильєнтність та загальне благополуччя.....	33
Висновки до розділу I.....	34
РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВПЛИВУ ПСИХОДЕЛІКІВ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ	36
2.1.Характеристика методів та методик дослідження	36
2.2.Опис процедури дослідження та досліджуваної групи.....	43
Висновки до розділу II.....	49
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВПЛИВУ ПСИХОДЕЛІКІВ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	51
3.1.Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	51

3.2.Практичні рекомендації щодо організації сесій з інтеграції отриманого психоделічного досвіду клієнтів.....	76
Висновки до розділу III.....	80
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ.....	89
ДОДАТКИ.....	101

АНОТАЦІЯ

Останні десятиліття ми спостерігаємо помітне зростання інтересу до психоделіків у більшості країн світу через їх значний потенціал для покращення психічного здоров'я та лікування психічних розладів. Водночас ми продовжуємо зіштовхуватися зі значною стигматизацією цієї теми через тривалі заборони на використання психоделіків в дослідницьких та терапевтичних цілях. Особливо гостро питання можливості застосування психоделіків у складі психоделічно асистованої терапії стосується України, яка, як ніколи раніше, потребує прогресивних підходів для вирішення проблем з психічним здоров'ям громадян, які зросли в рази в зв'язку з повномасштабною російсько-українською війною.

Багато досліджень доводять ефективність використання психоделіків та психоделічно асистованої терапії у лікуванні депресії, ПТСР та тривожних розладів, окрім цього, можна стверджувати, що споживачі психоделічних речовин мають краще психічне здоров'я та, як наслідок, вищий рівень благополуччя й психологічної стійкості.

Оскільки різні країни мають різне культурне сприйняття, стигму та законодавче регулювання, це може ускладнювати або унеможлиблювати доступ до психоделічних речовин і психоделічно асистованої терапії. В даному контексті Україна не є винятком, тому з метою зробити свій невеликий внесок у розвиток науки, ми дослідили вплив психоделіків на тривожно-депресивні стани та індивідуально-психологічні характеристики особистості в умовах війни.

Як метод дослідження використано онлайн опитування, що містило авторську анкету з питаннями щодо соціально-демографічних характеристик учасників, а також чотири валідизованих опитувальники: Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ, Шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона-10 та Модифіковану шкалу суб'єктивного благополуччя БіБіСі.

Вибірку дослідження сформували 94 респонденти: 51 з них склали основну групу учасників, які мали досвід вживання психоделіків, 43 учасники утворили контрольну групу респондентів, які не вживали психоделічні речовини.

Результати дослідження підтверджують вплив психоделіків на рівень тривоги, депресії, психологічного благополуччя, а також риси особистості респондентів, які вживали психоделіки з рекреаційною метою та/або в складі психоделічно асистованої терапії. Споживачі психоделічних речовин відрізняються вищими рівнями емоційної стабільності, відкритості новому досвіду, екстраверсії, психологічного благополуччя та нижчими рівнями тривоги і депресії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Ключові слова: психоделіки, депресія, тривога, риси особистості, суб'єктивне благополуччя, резильєнтність, психічне здоров'я

ВСТУП

За даними Національного інституту стратегічних досліджень, 40–50 % населення України потребуватиме психологічної допомоги, а прогнозована потреба в допомозі з питань психічного здоров'я на первинній ланці медицини становитиме 27 млн звернень. За інформацією представників Міністерства охорони здоров'я 15,7 млн осіб в Україні потребуватимуть психологічної допомоги, а 3,5 млн з них матимуть певний розлад психічного здоров'я, зокрема у 20–30 % осіб, які пережили травматичні події, може розвинути посттравматичний стресовий розлад. На думку експерта штаб-квартири Всесвітньої організації охорони здоров'я, співголови Референтної групи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки Фамі Ханна, ризик захворіти внаслідок війни на такі психічні розлади, як депресія і посттравматичний стресовий розлад, мають понад 8,5 млн українців. Інший представник ВООЗ в Україні Ярно Хабіхт вважає, що ця цифра буде більшою і майже 10 млн осіб потерпатимуть від цих розладів. На думку окремих фахівців, для психологічної реабілітації українців після війни знадобиться до 20 років [1].

На додаток до згаданих прогнозів, дані соціологічного опитування «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни», опублікованого компанією «Gradus», свідчать, що 71 % українців відчувають стрес або сильну знервованість. Серед їхніх причин на першому місці – повномасштабна війна з Росією (72 %). Провідним чинником стресу, пов'язаного з війною, є безпека близьких (63 %). На думку близько половини опитаних, найбільше психологічна допомога потрібна людям, які втратили близьку людину через війну (53%), а також військовим, що брали участь у бойових діях (51%) [2].

Зрозуміло, що з одного боку держава приділяє велику увагу розвитку сфери психічного здоров'я, для прикладу, запущена всеукраїнська програма психічного здоров'я, зростає кількість фахівців галузі психічного здоров'я, здійснюється реформування галузі, застосовується відповідна фармакотерапія. Водночас проведені фахівцями дослідження демонструють недостатню ефективність

традиційної фармако та психотерапії в лікуванні депресивних розладів, ПТСР та тривожних розладів [8, 83]. Власне **актуальність поточного дослідження** пов'язана із загальною необхідністю пошуку альтернативи традиційним методам фармако та психотерапії, яка може бути більш ефективною, безпечною та швидкодіючою. На наш погляд, в даному аспекті варто звернути увагу на психоделіки та психоделічно асистовану терапію, які згідно сучасних досліджень [24, 25, 26, 75, 76, 77, 78, 79] доводять ефективність в лікуванні згаданих розладів та чинять позитивний вплив на психічне здоров'я.

Наукова новизна полягає у вкрай обмеженій кількості досліджень, що стосуються українських споживачів психоделіків та їх впливу на психічне здоров'я. Питання застосування психоделіків, які часто прирівнюються до наркотичних речовин, та психоделічно асистованої терапії залишаються сильно стигматизованими, а самі психоделічні речовини – забороненими до вживання. Привернення уваги до даної теми могло б посприяти поінформованості суспільства – громадян та особливо фахівців сфери охорони здоров'я, зменшенню стигматизації, повноцінним українським дослідженням терапевтичних ефектів психоделіків з потенційним їх впровадженням в український арсенал лікарських засобів.

Теоретико-методологічна основа дослідження становлять сучасні праці науковців щодо походження психоделічних речовин, їх класифікації, механізму дії, впливу на свідомість та психіку, і особливо - дослідження, що стосуються лікування психічних розладів та впливу на особистісні характеристики досліджуваних. Зокрема, ми базуємося на дослідженнях:

- Leah Feulner, Thanpicha Sermchaiwong, Nathan Rodland, David Galarneau (2024) та Leger RF, Unterwald EM. (2021) про ефективність психоделіків в лікуванні тривожних розладів,
- Lowe, H., Toyang, N., Steele, B., Grant, J., Ali, A., Gordon, L., & Ngwa, W (2022) про використання психоделіків для терапії тривожних розладів та розладів настрою,

- Kalfas, M., Taylor, R. H., Tsapekos, D., & Young, A. H. (2023) про вплив психоделіків на лікування резистентної депресії,
- Raison Charles L. , Jain Rakesh , Penn Andrew D. , Cole Steven P. , Jain Sandra (2022) про вплив прихodelічних речовин на тривогу, депресію, благополуччя, Sjöström, D. K., Claesdotter-Knutsson, E., & Kajonius, P. J. (2024) про вплив на риси особистості та депресію,
- Erritzoe D, Smith J, Fisher PM, Carhart-Harris R, Frokjaer VG, Knudsen GM (2019) про ефект рекреаційного вживання психоделіків на риси особистості.

Об’єктом дослідження є індивідуально-психологічні особливості.

Предметом дослідження є індивідуально-психологічні особливості, зокрема, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду, екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, рівень депресії, тривоги, резильєнтності та суб’єктивного благополуччя осіб, що вживають психоделіки в умовах війни.

Метою дослідження є виявлення впливу психоделіків на індивідуально-психологічні характеристики особистості – емоційну стабільність, відкритість новому досвіду, прояви депресії, тривоги, рівень резильєнтності та суб’єктивного благополуччя.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз досліджень, що стосуються впливу психоделіків на психічне здоров’я, зокрема тривогу та депресію, риси особистості, рівень суб’єктивного благополуччя та резильєнтності.
2. Спланувати емпіричне дослідження та визначити рівень п’яти ключових рис особистості, рівень тривоги, депресії, резильєнтності та суб’єктивного благополуччя респондентів, які вживали психоделіки.
3. Проаналізувати отримані дані та перевірити наявність впливу вживання психоделіків на особистісні риси (емоційну стабільність, відкритість новому досвіду), рівні тривоги, депресії, суб’єктивного благополуччя та резильєнтності.

4. Розробити міні-настанову для організації сесій з інтеграції отриманого психоделічного досвіду клієнтів.

Методом дослідження є емпірико-теоретичний, який передбачає аналіз джерел, систематизацію інформації, опитування та аналіз даних. Емпіричну основу дослідження становило онлайн опитування, що містило авторську анкету з питаннями про соціально-демографічні характеристик учасників, а також чотири валідизованих опитувальники: Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ, Модифіковану шкалу суб'єктивного благополуччя БіБіСі, Шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона-10. В якості організаційного методу дослідження використано порівняльний метод. При обробці даних застосовано описову статистику, здійснено порівняльний, кореляційний та регресійний аналіз.

Характеристика вибірки: В дослідженні взяли участь 94 українські респонденти віком від 18 років, які періодично чи постійно проживають в Україні або за кордоном. 51 респондент мав досвід вживання психоделічних речовин і склав основну групу, а 43 респонденти, які не мали такого досвіду, утворили контрольну групу. Загалом вибірка представлена різними віковими категоріями, гендерами, різним рівнем освіти, достатку та зайнятості.

Перелік дослідницьких питань, які ми прагнемо прояснити в ході нашого дослідження, наступний:

1. Чи можуть психоделіки справити позитивний вплив на лікування тривожних і депресивних станів та чи відрізняються респонденти, які вживали психоделічні речовини в рекреаційних цілях та/або у складі психоделічно асистованої терапії, нижчим рівнем тривожності і депресії?
2. Чи відрізняються респонденти, які вживали психоделіки, вищим рівнем відкритості до нового досвіду та нижчим рівнем нейротизму в порівнянні з контрольною групою респондентів, які не вживали психоделіки, і як ці риси пов'язані з депресивними та тривожними проявами?

3. Чи можуть психоделічні речовини впливати на посилення відчуття суб'єктивного благополуччя і як воно корелює з депресивними та тривожними проявами ?

4. Чи здатні психоделічні речовини впливати на рівень резильєнтності і як він пов'язаний з нейротизмом, проявами тривоги та депресії?

Теоретична значущість нашої роботи полягає систематизації інформації про походження психоделічних речовин, їх класифікацію, механізм дії, вплив на свідомість та психіку, перші та сучасні дослідження, що стосуються лікування психічних розладів та впливу на особистісні характеристики досліджуваних. Наше дослідження може слугувати одним зі зразків для здійснення подальших пошуків іншими науковцями в напрямі маловивченої в Україні теми психоделічних речовин та їх впливу на психічне здоров'я особистості в умовах війни. Публікацію результатів нашого попереднього аналогічного дослідження (на меншій вибірці) було здійснено у спеціальному випуску Київського журналу сучасної психології та психотерапії: тези науково-практичної конференції «Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення» (12–13 квітня 2025 року, м. Київ).

Практична значущість роботи полягає у можливості використання розробленої мінінастанови для інтеграції психоделічного досвіду психіатрами, психологами та психотерапевтами при плануванні сесій з їхніми клієнтами.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПСИХОДЕЛІКІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

1.1. Психоделіки: визначення та терміни, механізм дії та класифікація, вплив на свідомість та психіку, історичний екскурс і перші та подальші дослідження, види

Визначення та терміни

Вперше слово «психоделічний» було використано британським психіатром Хамфрі Осмондом на засіданні Нью-Йоркської академії наук у 1957 році. Вчений на той момент вивчав можливості діетиламиду лізергінової кислоти (ЛСД) в лікуванні алкоголізму і був вражений позитивними результатами. З його слів він намагався знайти відповідну назву, яка б «збагачувала розум та розширювала бачення», тому зупинився на поєднанні грецьких слів *psyche* (розум або душа) і *deloun* (показувати) [3].

Термін «психоделіки» визначає клас психоактивних (психотропних) речовин (тобто речовин, які впливають на нейромедіатори), що викликають змінені стани свідомості, які в свою чергу характеризуються глибокими змінами в сенсорному сприйнятті, настрої, мисленні, включаючи сприйняття реальності та відчуття себе [4]. Окрім терміну «психоделіки», в якості синоніми можуть також вживатися терміни «психоміметики» за подібність з проявами деяких психотичних розладів, характерних для шизофренії, «психодислептики» - ті, які спотворюють свідомість, «деліріанти», «ті, які розширюють свідомість» речовини, «галюциногени» [5], а також «ентеогени» («інтерналізуючі Бога») - поняття запропоноване етнологами у 1978 році, щоб охарактеризувати і охопити всю складність психофізіологічних ефектів, які можуть забезпечити рослини, що викликають божественні сутності [6] або ентактогени (назва походить від грецького «en» та «gen», що означають «в межах» та «породжувати», а також латинського «tactus», що означає «торкатися» [7].

Механізм дії та класифікація

Класичні психоделіки зазвичай є агоністами серотонінових рецепторів і здійснюють стимуляцію рецепторів підтипу 5-НТ2А, які відповідають за настрої, емоції, зокрема, тривогу та агресію, сексуальну поведінку, апетит, а також за інші психоневрологічні та біологічні процеси, у тому числі протизапальні, оскільки рецептори 5-НТ2А вбудовані у безліч клітин імунної системи. Стимуляція 5-НТ2А сприяє навчанню, пізнанню і створює можливості для психологічної трансформації [8].

Класичні психоделіки можна згрупувати на основі їхньої хімічної структури в три основні підтипи: триптаміни (або індоламіни), ерголіни та фенетиламіни (або фенілалкіламіни) [9].

Індоламіни мають рослинне походження та включають N,N-диметилтриптамін (ДМТ), 5-метокси-ДМТ (5-МеО-ДМТ), псилоцибін та 4-гідрокси-ДМТ (псилоцин, активний метаболіт псилоцибіну). До фенілалкіламінів належать мескалін (отриманий з кактуса пейот) та синтетичні амфетаміни. До окремої категорії фенілалкіламінів відносять МДМА, що діє шляхом інгібування зворотного захоплення серотоніну та дофаміну. Ерголіни представлені ЛСД. В зовсім окрему категорію відносять дисоціативні анестетики, зокрема, кетамін, які є антагоністами глутаматних рецепторів типу NMDA. Психоделічні препарати, що діють за іншими механізмами, вважаються атиповими галюциногенами, наприклад, ібогаїн, який взаємодіє з безліччю рецепторів, та сальвінорін А – агоніст каппаопіоїдних рецепторів [8].

Психоделіки бувають природного походження й трапляються у складі грибів, рослин та тварин. Наприклад, псилоцибін міститься в кількох сотнях видів грибів, деякі з яких використовувалися для лікування та духовних практик культурами майя та ацтеків у Мезоамериці, мескалін міститься в пейоті та кактусі Сан-Педро, а ДМТ входить до складу напою «аяваска». До синтетичних психоделічних речовин належать МДМА та ЛСД. В наш час психоделіки можна виробляти різними способами, наприклад, псилоцибін можна екстрагувати з грибів, ферментативних реакцій у біореакторі з бактеріями чи дріжджами або

хімічного синтезу [9]. Зведену інформацію про походження психоделіків подано на рисунку 1.1.

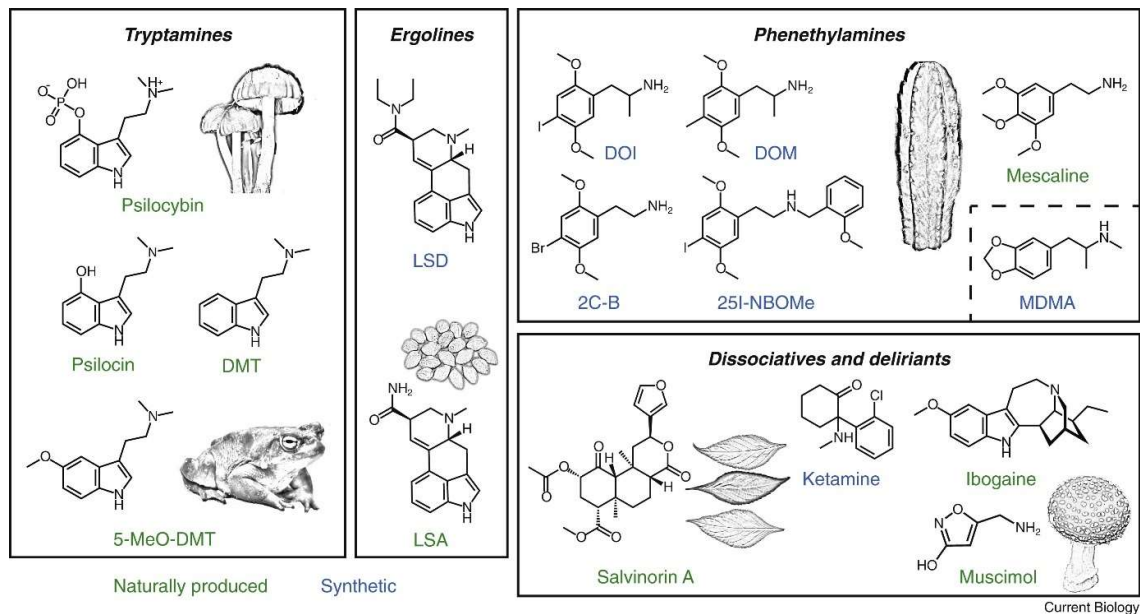


Рис. 1.1 Походження психоделіків: природні (зеленим) та синтетичні (синім) [9]

Окремо зауважимо, що існують додаткові категоризації, які застосовують до психоделіків, залежно від тривалості дії, сили впливу, хімічного складу та способів вживання. Незважаючи на їхні відмінності, дослідження доводять, що всі вони можуть мати терапевтичний ефект при психічних розладах та викликають містичні або духовні переживання у споживача.

Вплив на свідомість та психіку

Психоделіки зазвичай мають глибокий вплив на людську свідомість і відчиняють двері до глибоких психологічних осянь і посилених чуттєвих переживань. Ці ефекти проявляються через яскраві видіння, підвищену емоційну чутливість та відчуття виходу за межі реальності. Впливаючи на функціонування мозку, психоделічні речовини змінюють сприйняття, емоції та мислення. Сучасні дослідження стверджують, що психоделіки сприяють підвищенню нейропластичності - формуванню нових нейронних шляхів та реорганізації наявних, збільшують зв'язок між різними ділянками мозку, що руйнує стійкі шаблони мислення та поведінки. Цей посилений зв'язок сприяє більш гнучкому й творчому вирішенню проблем, а також інтеграції нових інсайтів. Дослідження

доводять, що психоделіки суттєво знижують активність мережі пасивного режиму роботи мозку (нейронної мережі оперативного спокою), яка має виняткове значення самореферентних думок та еґо-ідентичності. Таке зниження сприяє розчиненню еґо, звичні кордони між «я» та зовнішнім світом стають розмитими, що призводить до відчуття єдності із Всесвітом. Психоделіки здавна використовувалися для дослідження та розширення свідомості, тому поточне відродження інтересу до них свідчить про зростаюче усвідомлення їхньої цінності в дослідженні свідомості, яке доповнюється відчутними перевагами - мінімальною шкодою, контрольованою побічною дією та низьким потенціалом звикання [10].

Свідомість та її зміни є ключовими для розуміння та лікування нервово-психічних захворювань, оскільки ці розлади часто включають в себе порушення елементів, на які вона впливає: мислення, емоцій та поведінки. Люди з нервово-психічними розладами переживають зміни у сприйнятті реальності, мисленні та труднощі у взаємодії з іншими. Ці симптоми безпосередньо пов'язані зі змінами в біохімії мозку та нейронній мережі, які пов'язані зі свідомістю. Гроф підкреслив унікальну і недоступну за звичних обставин можливість психоделіків досліджувати складні психічні процеси, зауваживши наступне: «Не буде перебільшенням сказати, що психоделіки, якщо їх вживати відповідально і з належною обережністю, будуть для психіатрії тим, чим мікроскоп є для біології та медицини або телескоп - для астрономії» [10].

Спричинені впливом психоделіків розчинення еґо і посилення зв'язку між різними ділянками мозку може допомогти розірвати цикли депресивних думок, залежної поведінки та інших форм психічної ригідності, що відкриває нові перспективи для покращення психічного здоров'я. В процесі досліджень було доведено, що психоделічні речовини виявилися ефективними в лікуванні психічних розладів, таких як депресія, посттравматичний стресовий розлад, тривожні розлади та залежності. Це особливо важливо у випадках, коли традиційні методи лікування, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), виявляються неефективними. Терапевтичне

застосування психоделіків пов'язане також з підвищенням нейропластичності. Психоделічні речовини можуть змінити ригідні шаблони мислення та знижену когнітивну гнучкість, порушуючи неадаптивні прогностичні моделі, сформовані мозком. Власне неадаптивні моделі переоцінюються та оновлюються, що призводить до більш адаптивних і гнучких когнітивних процесів. Цей аспект є особливо корисним для пацієнтів з психічними захворюваннями, які часто страждають від ригідних моделей мислення та зниженої когнітивної гнучкості. Таким чином, психоделічні речовини сприяють більш гнучкому стану свідомості, потенційно полегшуючи симптоми та покращуючи якість життя тих, хто страждає на ці розлади. Позитивні ефекти можуть зберігатися протягом тривалого часу без необхідності повторного чи періодичного застосування. Все вищезгадане робить ці речовини революційними у поглибленні нашого розуміння свідомості та лікуванні психічних захворювань [10].

Історичний екскурс і перші та подальші дослідження

Багато рослин, які вважаються психоделічними, існували задовго до появи письмових згадок про них. Історія вживання психоделіків людьми почалася понад десять тисяч років тому в різних частинах світу. Вископні рештки псилоцибіну, пейоту та пагонів іпомеї, що мають психоделічні властивості, виявлено на території сучасного Іраку, Мексики, у Європі та Південній Америці [4].

Псилоцибін або чарівні гриби, аяваска, іпомея та пейот - найвідоміші психоделічні рослини, які вживали стародавні культури багато століть тому. Чарівні гриби містять псилоцибін, що міститься у понад 200 видах грибів. Псилоцибін вважається одним із класичних психоделічних речовин і є одним із найдавших психоактивних засобів в історії людства. Аяваска - це напій, приготований окремих видів лоз і листя, які змішуються для створення ДМТ, - однієї з найпотужніших психоделічних речовин на планеті. Іпомея - це вид квітів, що ростуть у Мексиці і містять психоактивне насіння. Пейот - кактус, який походить з північних пустельних районів Мексики і містить значну кількість

мескаліну, природної психотропної речовини. Всі описані речовини мають схожий вплив на мозок і тіло [4].

У багатьох стародавніх культурах ці рослини вживали як частину містичних або релігійних церемоній з метою отримання духовного досвіду чи особливого стану, а також з лікувальною метою. Найбільше свідчень про вживання психоделіків стосуються мезоамериканських цивілізацій, що існували на території сучасної Мексики: ацтеків, сапотеків, тараумара, індіанців мазатек. Вони вживали переважно псилоцибін та пейот, проте багато письмових джерел було знищено іспанськими католицькими священиками під час активної діяльності іспанської інквізиції. Антропологи та етноботаніки на підставі вуглецевого аналізу та збережених записів іспанських священиків вважають, що мезоамериканські суспільства збирали мескалін з пейотових кактусів ще у 3780 році до н.е. Рукописи іспанських священиків містять згадки про те, що ацтеки називали священні гриби «теонанакатль», що в перекладі означає «плоть богів». Ті ж самі джерела свідчать, що дія грибів спричиняла своєрідне «божевілля» і вводила у стан, подібний до трансу. Існує також багато знахідок грибоподібних статуєток, що уособлювали богів. Іспанські священики та конкістадори були шоковані вживанням ацтеками психоделічних речовин, оскільки це підірвало авторитет церкви, в результаті це призвело до їх заборони у 1620 році. Окрім цього, багато індіанців, які відмовилися припинити вживання психоделіків, були закатовані та вбиті протягом двох століть іспанського гноблення. Фактично саме ця заборона поклала початок негативній стигматизації психоделічних речовин в історії. [4].

На відміну від мезоамериканських корінних народів, мешканці Амазонії мали сприятливіші умови. Племена корінних народів, що проживали переважно в Еквадорі та Колумбії, використовували аяваску для релігійних церемоній в давні часи і продовжують використовувати її донині. Основним інгредієнтом напою аяваски є ліана баністеріопсис в поєднанні з листями та корою інших рослин. На хімічному рівні ця сполука має назву ДМТ. Аяваска відіграла

особливу роль у релігійних церемоніях, об'єднуючи спільноту навколо духовних цілей [4].

Хоча існує багато свідчень вживання психоделічних речовин в давні часи, водночас записи про їх вживання у період після XVII і до кінця XIX століття відсутні через заборону католицької церкви на їх використання. Незважаючи на це, науковий світ все ж таки знову звернувся до психоделіків наприкінці XIX — на початку XX сторіччя [4].

Дослідження мескаліну в 1895 – 1940 роках.

Перший медичний звіт про використання класичного психоделіка було зроблено Prentiss та Morgan в 1895 році у США. Йшлося про використання кактусу пейот корінними жителями Центральної Америки. В наступному 1896 році Mitchell пише в Британському медичному журналі про експерименти з пейотом, описуючи переживання з закритими очима і зазначаючи, що цей засіб повинен бути цінним для психолога [11].

У 1987 Arthur Heffter виділив активний компонент пейоту – мескалін. Надалі, з 1913 року Alwyn Knauer, асистент Emil Kraepelin (який окрім класифікації психічних захворювань, цікавився також впливом психоактивних речовин на психопатології) вводив підшкірні ін'єкції мескаліну собі та іншим лікарям-добровольцям. В результаті вчені описували, що переживали зорові галюцинації, виникнення яких не залежало від когнітивних чи вольових зусиль. Свідомість, за їхніми словами, перебувала у стані, схожому на гіпноз, що мало певну подібність до психотичного стану [11].

У 1926 році в процесі самостійних експериментів з мескаліном Heinrich Klüver зазначав зміни в «усвідомленні об'єкта» та «самоусвідомленні» - тіло, органи, мовний апарат, его ніби існувало відокремлено, відбулося щось на зразок змін ролей між об'єктивним та суб'єктивним. Ці зміни, як вважав вчений, нагадували стан, який спостерігається при шизофренії [11].

У 1936 році Erich Guttman проводив експерименти зі студентами та пацієнтами лікарні, які страждали від деперсоналізації та дереалізації. Він зазначив, що пацієнти під дією мескаліну можуть бути відкритими до

психотерапевтичному впливу. Дослідник вважав мескалін перспективним у психіатричній практиці і прогнозував сприятливі терапевтичні ефекти в лікуванні шизофренії [11].

Загалом мескалін ніколи не був випущений на ринок і його використання психіатрами залишалося поодиноким: Ernst Spaff синтезував його в 1919, після чого фармацевтична компанія Merck виготовила його для дослідницьких цілей [11].

Дослідження на пацієнтах із психічними розладами в 1940–1970 роках.

На відміну від мескаліну, після того, як у 1943 році Hofmann синтезував ЛСД, фармацевтична компанія Sandoz надавала його психіатрам для безоплатного використання. В той час з'явилася ідея про біологічне, а не психологічне, походження психічних розладів і інтерес до ЛСД стрімко зростав. У 1950-х роках проводилися дослідження з ЛСД та мескаліном на пацієнтах із шизофренією. Результати виявилися суперечливими: у частини хворих спостерігалася ремісія симптомів, у решти - психотичні симптоми або поверталися, або погіршувалися, а у деяких не спостерігалася відчутних змін. Відповідно, після 1960-х років кількість клінічних досліджень з використанням ЛСД і мескаліну при психозах стрімко зменшилися. Вважалося, що ці препарати не призводять до клінічно значущого покращення. Серед цікавих висновків можна відзначити, що галюциногенний вплив ЛСД мав візуальний характер для більшості піддослідних, але у пацієнтів з шизофренією переважали слухові галюцинації [11].

Дослідження на пацієнтах із невротичними розладами в 1940-1970 роках.

У 1954 році Ronald Sandison у Великій Британії опублікував статтю, в якій повідомляв, що пацієнти з класичними невротичними та депресивними розладами отримали користь від застосування ЛСД, проте не було надано інформацію про контрольну групу та пацієнтів, у яких стан погіршився [11].

У 1960 Chandler and Hartman у США опублікували роботу про значне поліпшення стану приблизно у 50% пацієнтів з психоневротичними розладами та розладами особистості при застосуванні психотерапевтичних сесій з ЛСД.

Важливим було те, що у жодного із пацієнтів не спостерігалось однозначного погіршення стану [11].

Аналогічні дослідження проводилися у 1960-1970 роках в Австралії та США. Щодо австралійських досліджень, то позитивний результат було зафіксовано у понад 50 % пацієнтів із тривожними розладами, іпохондрією, істеричним розладом, антисоціальним розладом, нервовою анорексією та експлібіціонізмом. Однак дані не пройшли статистичний аналіз [11].

Дослідження впливу ЛСД у лікуванні алкоголізму в 1940–1970 роках.

Вважається, що дослідження із застосуванням ЛСД для лікування алкоголізму в США та Канаді мали більш системний характер. В процесі лікування частково застосовувалася також психотерапія. Як і в інших дослідженнях, фіксували позитивні результати в частини пацієнтів, проте були питання щодо наявності контрольної групи та використаних методів статистичного аналізу [11].

Як висновок, дослідження психоделіків, здійснені в період до 1970 років, як загалом і більшість інших досліджень того періоду, не завжди відповідали належному методологічному рівню. Водночас більшість із них свідчила про позитивний вплив психоделіків на тривожні, obsесивні та депресивні стани і погіршення психотичної симптоматики у хворих на шизофренію.

Іншим важливим аспектом стало дослідження побічних ефектів, про які на той час не повідомлялося в систематичному форматі. Найчастіше мова йшла про головний біль, прискорене серцебиття, шлунково-кишкові розлади, зміни температурного сприйняття, відчуття тремтіння або запаморочення, а також різноманітні інші соматичні скарги. У 1984 році Rick Strassman систематизував наявну інформацію про побічні дії вживання психоделіків, опублікувавши огляд в Журналі нервових і психічних хвороб [5].

Сучасні клінічні дослідження

По мірі зростання рекреаційного вживання ЛСД та мескаліну в 1960 роках, з'являлися сенсаційні публікації про трагічні випадки, пов'язані із вживанням ЛСД. Окрім цього, поширилася інформація про використання психоделіків в

якості «наркотиків правди» Центральним Розвідувальним Управлінням США. Ці резонансні події спровокували соціально-політичне невдоволення та формування негативного ставлення до психоактивних речовин. В результаті в 1967 році мескалін, псилоцибін і ЛСД були віднесені до Списку 1 [74] Конвенції ООН про наркотики, що означало їхню класифікацію як речовин із максимальним ризиком шкоди та розвитку залежності, а також заборону на медичне застосування. Водночас наприкінці 1980 років дослідження у цій галузі майже повністю припинилися. Цю тенденцію зображено на рисунку 1.2, який ілюструє відсоток щорічної кількості публікацій, присвячених психоделікам, від загальної кількості публікацій у базі даних PubMed з 1950 по 2016 рік.

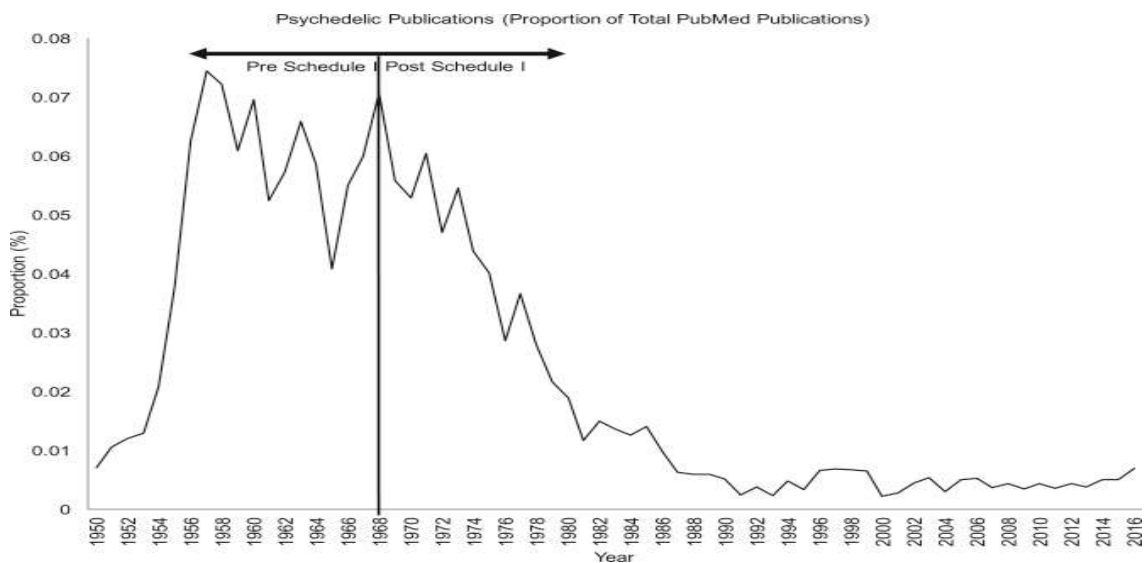


Рис. 1.2 Відсоток щорічної кількості публікацій, присвячених психоделікам в розрізі років [11].

Початок сучасних клінічних досліджень ознаменували три роботи, в яких вивчалися ефекти мескаліну, ДМТ та псилоцибіну на здорових добровольцях: Leo Hermele з колегами. у Німеччині (1998), Rick Strassman з колегами у США (1994) і Franz Vollenweider з колегами у Швейцарії (1997). Ці дослідження стали основою для відновлення подальших досліджень на здорових добровольцях у напрямках нейровізуалізації, психофармакології та нейропсихології [11].

Перше сучасне клінічне дослідження, що вивчало безпеку та ефективність застосування психоделічного препарату для пацієнтів з резистентним до

лікування обсессивно-компульсивним розладом (ОКР) було проведене у 2006 у США (університет Аризони). В результаті спостерігалось зменшення симптомів ОКР, а про побічні ефекти не повідомлялося [11].

У 2014 році у США (університет Джона Гопкінса) опубліковано результати відкритого пілотного дослідження з використанням псилоцибіну для психічно здорових осіб з тютюновою залежністю. Під час лікування та подальшого спостереження не було зареєстровано жодних клінічно значущих побічних ефектів. 80% учасників утримувалися від вживання тютюну протягом 6 місяців після завершення дослідження [11].

У відкритому пілотному дослідженні 2015 року, яке також проводилося у США (Університет Нью-Мексико), вивчали вплив псилоцибіну на алкогольну залежність в поєднанні з мотиваційною терапією. Після лікування спостерігалось значне і статистично достовірне покращення поведінки щодо вживання алкоголю, яке корелювало з інтенсивністю дії препарату. Серйозних побічних ефектів не було виявлено, тому автори дійшли висновку, що псилоцибін є безпечним і ефективним методом лікування в умовах клінічних випробувань [11].

У 2016-17 р.р. були проведені кілька пілотних досліджень з використанням псилоцибіну та аяваски при великому депресивному розладі. Значне покращення показників депресії при вживанні псилоцибіну спостерігалось через 1, 2, 3 і 5 тижнів, а також через 3 і 6 місяців спостереження. Жодних серйозних побічних ефектів не було виявлено [11].

У Бразилії в 2015-2016 р.р. було проведено дослідження з використанням аяваски (ДМТ) для пацієнтів з рецидивуючою депресією. Значне зменшення депресивних симптомів спостерігалось через 1 день, 1 тиждень і 3 тижні. Лікування проводилося безпечно, без жодних серйозних побічних ефектів [11].

Протягом 2014-2016 р.р. у США та Швейцарії були опубліковані дослідження, присвячені використанню псилоцибіну та ЛСД при тривозі наприкінці життя, пов'язаній із невиліковною хворобою. Спостерігалися тенденції до поліпшення настрою, зниження загального рівня тривоги та

депресії, причому ефект зберігався і через 6, 5 з місяців після лікування. Лікування добре переносилося - без серйозних побічних ефектів [11].

Сьогодні проводиться більше клінічних випробувань психоделіків, ніж будь-коли в історії. Зокрема, у США Управління з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів (FDA) визначило психотерапію за допомогою МДМА для лікування посттравматичного стресового розладу та псилоцибін для лікування резистентної депресії проривними терапіями, а також схвалила ескетамін, як засіб для лікування депресії. Світовий вибух психоделічних досліджень є комплексним, багатообіцяючим і мультидисциплінарним. Результати цих досліджень мають потенціал змінити світ на такий, в якому терапевтичне використання психоделіків буде прийнято та підтримано [12].

Види психоделіків

Псилоцибін

Як вже згадувалося раніше, псилоцибін (4-фосфорилокси-N,N-диметилтриптамін) є класичним триптамінним галюциногеном і міститься у понад, ніж 200 видів грибів. В наш час ця речовина може бути синтезована штучно. Після перорального прийому псилоцибін метаболізується в псилоцин (4-гідрокси-N,N-диметилтриптамін), інгібітор транспортера серотоніну та частковий агоніст рецептора 5-НТ_{2A}, що, як вважають, відповідає за його психотропну дію [13].

Гострі ефекти психоделіка часто пов'язані з переживанням «піку», переживанням блаженного відчуття святості, одкровення, виходу за межі часу та простору або зв'язку з навколишнім середовищем. Це часто спричиняє психодуховні прозріння, які мають велику суб'єктивну цінність і сприяють довготривалому позитивному впливу на самопочуття, змінюють особистість, породжують відчуття більшого зв'язку з собою, іншими людьми і світом. Цим мотивовано використання псилоцибіну в психотерапії, що супроводжується підвищенням відкритості та прийняття, опрацюванням внутрішнього та зовнішнього дискомфорту, посиленням співчуття до себе та інших [8].

Застосування препарату в комбінації з психологічною підтримкою показало швидкий і тривалий позитивний вплив на депресію, а також хорошу переносимість психоделіка. Крім того, псилоцибін виявився перспективним для лікування тривоги та депресії у зв'язку з термінальним раком, обсесивно-компульсивного розладу, алкогольної, тютюнової та наркотичної залежності [8].

У контексті психоделічно асистованої психотерапії псилоцибін поєднується з когнітивно-поведінковою терапією для відмови від куріння, терапією прийняття та відповідальності для лікування резистентної депресії, мотиваційно-підсилюючою терапією для лікування алкогольної залежності.

Як згадувалося вище, у 2018 році псилоцибін отримав статус «проривної» терапії від FDA для проведення клінічних випробувань III фази на людях [8].

ЛСД

Як було згадано вище, з моменту відкриття ЛСД в середині минулого століття, діетиламід лізергінової кислоти викликав великий інтерес у психіатрів, які вивчали його потенційне використання як терапевтичного засобу для досягнення ремісії при різних психіатричних розладах, зокрема тривозі та депресії, а також для лікування психосоматичних захворювань та залежностей.

ЛСД є одним із найпотужніших класичних галюциногенів, доступних нині. Характерними особливостями ЛСД-досвіду є сенсорні та перцептивні зміни. Хоча не всі симптоми спостерігаються у кожної людини, деякі явища виявляються досить регулярно: ейфорія, підвищена здатність до самоаналізу, зміна сприйняття тіла, навіюваність, швидка зміна емоцій, менш абстрактне та образніше мислення. Можлива поява псевдогалюцинацій, деперсоналізації, ілюзій та синестезій, як, наприклад, сприйняття образів у вигляді візерунків, спотворення пропорцій, сприйняття кольору, як звуку, та інші види інтенсивного відчуття звуків та текстур. Часто також спостерігаються зміни пам'яті, наприклад, повторне переживання важливих біографічних подій, гіпермнезія та вікова регресія, а також переживання містичного характеру [8].

ЛСД вважається одним із найбезпечніших психоделіків. Сучасні дослідження підтверджують, що ЛСД має терапевтичний потенціал для

зменшення психіатричних симптомів, особливо при алкоголізмі. Як і більшість подібних речовин, ЛСД не призводить до фізичної залежності та синдрому відміни та має вкрай низьку фізіологічну токсичність навіть при дуже високих дозах, не викликаючи органічних ушкоджень або нейропсихологічних порушень. Єдиний його недолік полягає у можливості розвитку толерантності при частому або ж тривалому вживанні [8].

ДМТ

N, N-диметилтриптамін – це індольний алкалоїд, широко поширений у природі. Хоча функція ДМТ досі не зрозуміла, існують деякі докази того, що він діє як нейротрансмітер, нейрогормон або нейрорегуляторна речовина. ДМТ не є психоактивним при вживанні перорально, але корінні жителі басейну Амазонки в Бразилії якимось чином виявили, що змішування ліани *Banisteriopsis caapi* з багатими на ДМТ листями *Psychotria viridis* та *Diplopterys cabrerana* утворює психоактивний напій, який вони називають «аяваска». Вивчення впливу аяваски на людей показало, що вона має ефекти, подібні до псилоцибіну та ЛСД. Це включає зміни просторово-часового сприйняття, синестезію, сенсорні зміни, підвищене емоційне збудження та емоційну лабільність, роздуми, біографічні спогади, підвищену інтроспекцію, асоціативне мислення, осяяння та зміни відчуття "Я" [8].

Прийом речовини у клінічних умовах здоровими добровольцями вважається безпечним та добре переноситься. Дослідження показують, що аяваска може бути ефективною для лікування депресії, тривожності, залежностей [8].

5-МЕО ДМТ

Окремий інтерес становить модифікація ДМТ – 5-метокси-N,N-диметилтриптамін (5-МеО-ДМТ), психоделік короткотривалої дії (в середньому близько 20 хвилин) з найбільшою спорідненістю до рецептора 5-НТ1А. Суб'єктивний досвід прийому речовини, зазвичай, описується як переживання містичного характеру з інтенсивністю від помірного до сильного, і пов'язаний з відчуттями благоговіння, здивування, переживання чистого буття [8].

Дослідження 5-МеО-ДМТ на людях поки що нечисленні. Зустрічаються самозвіти про поліпшення стану при депресії та тривожності після використання 5-МеО-ДМТ, а також підвищення рівня усвідомленості у військовослужбовців сил спеціальних операцій США в умовах ретриту.

Маємо підстави вважати, що 5-МеО-ДМТ є потенційно корисним доповненням до психоделічної фармакопеї через коротку тривалість його дії, відносну відсутність візуальних ефектів та, ймовірно, вищі показники егоровчнення і містичних переживань. Наразі тривають клінічні дослідження I/II фази з інгаляційною формулою 5-МеО-ДМТ для пацієнтів з резистентною до лікування депресією [8].

Мескалін

Кактус пейот (*Lophophora williamsii*), кактус Сан-Педро (*Trichocereus paschanoi*) та низка інших кактусів вживаються корінними народами Північної Америки щонайменше протягом 5500 років. Ці рослини містять класичний галюциноген мескалін (3,4,5-триметоксифенетиламін) та інші, пов'язані з ним алкалоїди [8].

Як природний, так і синтетичний мескалін викликає переважно позитивні емоційні та когнітивні ефекти, приємні відчуття, ейфорію і трансцендентність. Психологічний ефект зумовлений емоційним катарсисом, покращенням розуміння себе та підвищенням мотивації до тверезості. Обсерваційні та клінічні дослідження продемонстрували суб'єктивні і об'єктивні поліпшення у стані психічного здоров'я після вживання цього психоделіка. Використання мескаліну розглядається для лікування депресії, тривоги, obsesивно-компульсивного розладу та наркотичної та алкогольної залежності [8].

Побічні дії, пов'язані з вживанням мескаліну, трапляються рідко і переважно пов'язані з рідкісними складними психологічними ефектами, що зовні схожі з гострою шизофренією й включають сенсорні зміни, параною, марення і деперсоналізацію. Водночас не існує жодних доказів психологічних або когнітивних порушень у корінних американців, які століттями вживали пейот [8].

Кетамін

Кетамін ((±)-2-(2-хлорфеніл)-2-(метиламіно)циклогексанон) широко застосовується в усьому світі як анестезуючий та знеболюючий засіб короткої дії вже понад п'ятдесят років. Дослідження його потенціалу, як препарату для лікування психічних розладів, почалися в 70-х роках минулого століття в Аргентині та Мексиці, після чого поширилися в інші країни, зокрема в СРСР, де він використовувався для лікування алкоголізму та наркотичної залежності, починаючи з середини 1980-х років. Кетамін гальмує консолідацію обумовлення страху в гіпокампі, підвищує нейропластичність мозку та стимулює регенерацією синаптичних зв'язків. В результаті нівелюються наслідки стресу та досягається антидепресивний ефект [8].

З початку XXI століття відзначається значне зростання кількості наукових публікацій, присвячених використанню кетаміну для терапії депресивних розладів та больових синдромів, які часто мають психосоматичне походження. У мікродозах препарат демонструє психоделічний лікувальний ефект, який відрізняється від стандартних доз, що застосовуються при хірургічному наркозі з метою «виключення свідомості». Дослідження свідчать про ефективність кетамінової терапії при тривожних розладах, obsesивно-компульсивному розладі (ОКР), посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), розладах харчової поведінки (РХП), залежностях від вживання психоактивних речовин та хронічних больових синдромах. У 2019 році FDA схвалило використання кетаміну у формі назального спрею для лікування депресії [8].

МДМА

Метилендіоксиметамфетамін вважається не класичним психоделіком, а ентактогеном. Така назва пов'язана з його здатністю викликати афективні реакції, включаючи переживання емоційного єднання, спорідненості, відкритості, потенціювати посилене спілкування, близькість з іншими, розуміння та самоприйняття. Інший термін, що застосовується, – "емпатоген", тобто речовина, що підвищує емпатію, співчуття і співпереживання. Лише близько 20 % рекреаційних споживачів МДМА повідомляють, що зазнають зорових галюцинацій, але відносно слабких порівняно з тими, які викликаються

псилоцибіном та ЛСД. Хоча МДМА й створює «блаженний стан», він не викликає містичних переживань, що помітно відрізняє його від основних психоделіків [8].

Психотерапевтичне використання МДМА стартувало на початку 1980-х років, проте, як і з іншими психоделіками, незабаром поширилося його неклінічне використання, особливо в клубному середовищі або на великих вечірках, які називають рейвами. Це призвело до його заборони з 1984 року.

Типові ефекти МДМА переважно пов'язані з активацією 5-HT_{1A} та 5-HT_{1B} рецепторів, що послаблює почуття депресії та тривоги, зменшує реакцію мигдалини на страх та підвищує рівень впевненості у собі. З огляду на це, МДМА має потенціал як ефективний засіб для психотерапевтичного застосування. [8].

За своїм терапевтичним потенціалом речовина має напорчуд значущий, м'який, але сильний ефект і легше переноситься в порівнянні з класичними психоделіками. Вона має більш коротку дію, що робить її клінічно більш керованою і дозволяє психотерапевтам отримати доступ до емоційних травм пацієнта та опрацювати його негативні спогади. МДМА рідко втручається у когнітивне функціонування або сприйняття і, зазвичай, викликає тепле, глибоке емоційне почуття з підвищенням прийняття себе та зменшенням страху та захисної реакції [8].

Нині МДМА – один із найбільш вивчених психоделіків, який виступає у якості потенційного засобу для лікування ПТСР. Багатопрофільна асоціація психоделічних досліджень (MAPS, США), яка знаходиться в авангарді психоделічних досліджень, у 2017 році повідомила, що FDA надала психотерапії з використанням МДМА у лікуванні ПТСР статусу проривної терапії. На сьогодні MAPS вже провів III фазу клінічних випробувань у цьому напрямку [8], проте не отримав схвалення.

1.2. Проблематика тривожних і депресивних розладів та використання психоделіків в їх лікуванні

В огляді журналу The Lancet, присвяченого аналізу глобального тягаря 12 психічних хвороб у 204 країнах та територіях окреслено, що психічні розлади

залишаються серед десяти провідних причин глобального тягаря захворювань [73]. Ці тенденції відображають період 1990-2019 років, коли людство не зіштовхувалося із проблемою COVID-19, а на території України не відбувалася найбільша з 1945 року війна, що разом стрімко збільшили кількість та частоту виникнення психічних розладів.

Нещодавно опублікований метааналіз досліджень щодо психічних розладів, асоційованих із війнами та збройними конфліктами, показує, що сукупна поширеність депресії становить 28,9%, тривоги – 30,7% та ПТСР – 23,5%. Ще одне дослідження з вивчення проблем із психічним здоров'ям у новоприбулих сирійських біженців у США підтвердило поширеність діагнозів для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на рівні 32,2%, тривоги – на рівні 40,3% та депресії – на рівні 47,7% в наслідок війни [86].

Окрім значної поширеності розлади зазвичай ускладнюються високою коморбідністю: зокрема, тривожні розлади супроводжуються великим депресивним розладом, і кожен з них часто є коморбідним з ПТСР.

Різні дослідження свідчать, що близько 50 % тривожних [82] та до 31% депресивних розладів [83] є резистентними до лікування. В цьому контексті психоделічні препарати могли б стати відносно безпечною та ефективною альтернативою для терапії психічних розладів, особливо у випадках, коли розлад важко піддається або ж взагалі не піддається терапії класичними методами [8].

Сучасна база досліджень про використання психоделіків для лікування психічних розладів досить велика. У своїй роботі ми спираємося на дані наступних авторів:

- Leah Feulner, Thanpicha Sermchaiwong, Nathan Rodland, David Galarneau (2020): аналіз 9 досліджень про використання психоделіків (кетамін, ЛСД, МДМА, псилоцибін, аяваска) для лікування генералізованого тривожного розладу, соціального тривожного розладу та тривоги, пов'язаної з небезпечним для життя захворюванням, підсумовує, що кетамін, ЛСД, МДМА та псилоцибін послідовно викликали заспокійливий ефект, який тривав щонайменше 2 тижні після терапевтичного сеансу, аяваска не

призвела до суттєвих змін у рівнях тривожності, проте у пацієнтів із соціальним тривожним розладом спостерігалось покращення самосприйняття та продуктивності [75],

- Leger RF, Unterwald EM. (2021): аналіз 9 досліджень про використання психоделіків (псилоцибін, аяваска, ЛСД), який підтверджує позитивні ефекти для показників тривожності і депресії [77],
- Lowe, H., Toyang, N., Steele, B., Grant, J., Ali, A., Gordon, L., & Ngwa, W (2022): мета-аналіз досліджень щодо впливу кожного виду психоделіків на тривожні розлади та розлади настрою [76],
- Kalfas, M., Taylor, R. H., Tsarekos, D., & Young, A. H. (2023): аналіз ефективності психоделіків (псилоцибіну, ЛСД, ДМТ, аявуаски, 5-MeO-DMT, мескаліну, МДМА) у лікуванні резистентної депресії, при цьому псилоцибін виділено як найбільш досліджений та ефективний [78],
- Li, L. J., Mo, Y., Shi, Z. M., Huang, X. B., Ning, Y. P., Wu, H. W., Yang, X. H., & Zheng, W. (2024): позитивні результати використання псилоцибіну для лікування великого депресивного розладу [90],
- Romeo B, Karila L, Martelli C, Benyamina A. (2020): підтвердження зменшення депресивної симптоматики після сеансів психоделічної терапії [91],
- Raison Charles L. , Jain Rakesh , Penn Andrew D. , Cole Steven P. , Jain Sandra (2022): зв'язок вживання психоактивних речовин зі зменшенням симптомів тривоги і депресії, а також із підвищенням емоційного благополуччя [79].

1.3. Риси особистості та їх зв'язок з психічним здоров'ям

Особистість завжди була і залишається однією із найскладніших тем для дослідження. Риси особистості мають велике значення у формуванні індивідуального стилю життя, оскільки вони визначають, як людина сприймає світ та як вона взаємодіє з іншими людьми. Відповідно, вони впливають на різні аспекти життя, такі як стосунки, здоров'я, кар'єра, самореалізація та інші. Власне цим і пояснюється практичне значення більшості досліджень рис особистості.

В нашому дослідженні для вимірювання рис особистості ми скористаємося факторною теорією особистості - «Великою п'ятіркою», що була виведена в 1970-х роках двома незалежними дослідницькими групами — Paul Costa і Robert McCrae з Національного інституту охорони здоров'я, а також Warren Norman з Мічиганського університету та Lewis Goldberg з Університету Орегону. Вчені спочатку застосували дещо різні підходи, але дійшли однакових висновків: більшість рис людської особистості можна звести до п'яти широких вимірів особистості, незалежно від мови чи культури:

- відкритість новому досвіду включає інтелектуальну допитливість, естетичну чутливість і творчу уяву або надання переваги практичному мисленню, консервативності, традиційності,
- добросовісність відображає організованість, продуктивність і відповідальність або більш спонтанний, гнучкий і легкий невимушений підхід,
- екстраверсія виражає комунікабельність, наполегливість, енергійність або схильність до спокійності, самоаналізу та стриманості,
- дружелюбність охоплює співчуття, повагу та довіру або надання переваги скептицизму, самовпевненості та критичному мисленню,
- нейротизм включає в себе чутливість до тривоги, депресії та емоційної нестабільності або ж емоційну стійкість [14].

Дослідницькі питання нашого дослідження базуються на відомих фактах про те, що:

- особистість продовжує змінюватися протягом життя, тобто, піддається впливу життєвих обставин [14], тому в нашому випадку ми перевіримо чи є вплив психоделіків на риси особистості,
- риси особистості є сильним предиктором загального психологічного здоров'я, зокрема, нейротизм і екстраверсія є рисами особистості, які найбільше пов'язані з психічним здоров'ям (високий рівень нейротизму

заважає боротися зі стресом, може сприяти психічним розладам, а висока екстраверсія сприяє соціальній взаємодії, позитивним емоціям і т.п.) [15].

1.4. Резильєнтність – важлива складова психічного здоров'я.

За визначенням Кокуна [16] резильєнтність є це розумовою, фізичною, емоційною та поведінковою здатністю людини адаптуватися, відновлюватися та процвітати в ситуаціях ризику, викликів, небезпеки, складності та негараздів, а також вчитися та зростати після невдач.

Рівень резильєнтності особистості зумовлюється як психосоціальними факторами, такими як позитивні емоції, моральна мужність, когнітивна гнучкість, здатність регулювати емоції, мету або місію, увага до фізичного здоров'я, високий рівень позитивної соціальної підтримки, так і суто індивідуальними факторами. Серед останніх науковці виділяють копінг, прагнення, мислення, реалізм, контроль поведінки, фізичну підготовку та альтруїзм [16].

В контексті нашого дослідження такі індивідуальні чинники резильєнтності, як позитивне прагнення та контроль поведінки, що включають в себе позитивні емоції, надію та гнучкість щодо змін, моніторинг, оцінку та зміну емоційних реакцій для досягнення мети напряму пов'язані з особистісними рисами з моделі «Великої п'ятірки» – емоційною стабільністю та відкритістю до нового досвіду.

1.5. Сучасне розуміння концепту «суб'єктивне благополуччя»

«Благополуччя» – відносно новий науковий термін, що з'явився в позитивній психології у зв'язку з вивченням станів оптимального функціонування людини. Прагнення до благополуччя і позитивного функціонування є однією з основних рушійних сил людського суспільства, а його суб'єктивне відчуття (переживання) є важливою умовою повноцінного життя особистості. Можливо тому проблема його досягнення і підтримки займає важливе місце в психологічних дослідженнях [17].

Згідно з результатами останніх досліджень, благополуччя є відносно стійким інтегральним багатокомпонентним феноменом, що характеризує стан оптимального функціонування особистості та залежить від різноманітних чинників. Зокрема, системи особистісних цінностей і уявлень про світ, наявності емоційних та поведінкових стереотипів, різноманітних комунікативних навичок, особистісних якостей, цілей у житті та навіть загального рівня інтелекту. Різні аспекти благополуччя вимірюються суб'єктивними (самооцінка) та об'єктивними (психодіагностичні методики) методами. Проте зовнішні події та об'єктивні умови життя мають порівняно незначний вплив на загальне благополуччя і набагато важливішим є внесок сформованих в процесі соціалізації стійких рис особистості [17].

Один із найвідоміших дослідників даного концепту Ed Diener підтвердив, що суб'єктивне благополуччя є відносно стабільною і довгостроковою конструкцією. Стійкі особистісні риси, такі як екстраверсія та нейротизм зумовлюють позитивну чи негативну оцінку життєвих ситуацій: екстраверсія сприяє позитивнішому сприйманню подій, а нейротизм – до негативного їх тлумачення. Водночас відкритість до нового досвіду сприяє тому, що людина відчуває більшу кількість як позитивних, так і негативних подій [17].

Окремо варто зазначити, що існує певна термінологічна плутанина з термінами «суб'єктивне благополуччя» та «психологічне благополуччя» в зв'язку з тим, що з часом змінювалися підходи до визначення складових та чинників «суб'єктивного благополуччя». Ми схилиємося до думки, що «суб'єктивне благополуччя» є складовою психологічного і є ознакою позиції особистості щодо оцінки будь-яких компонентів благополуччя.

Нам цікаво дослідити саме суб'єктивну оцінку свого благополуччя респондентами в зв'язку з тим, що об'єктивна оцінка благополуччя згідно з низкою методик, передбачає оцінювання впливу зовнішніх чинників, таких як життєві події (одруження, народження дітей, смерть і т.п.), соціально-економічні обставини (рівень доходів, працевлаштованість), вплив національних чи глобальних подій (війни, стихійні лиха, соціальна нерівність і т.п.) і може

суттєво відрізнятися від суб'єктивної оцінки. Немає сумнівів, що ці обставини також важливі, разом з тим, ми вважаємо, що сприйняття та суб'єктивна оцінка людиною свого благополуччя є ключовою для розуміння цього концепту на індивідуальному та загальнонаціональному рівні. Крім того, проводячи дослідження, можна відслідкувати цікаві тенденції щодо самооцінки благополуччя особистості в умовах війни. Хоча нашою метою не є вивчення впливу травматичних подій, пов'язаних з війною, на суб'єктивне благополуччя, і ми зосереджуємо увагу на аналізі впливу психоделіків на його рівень, все ж таки в контексті війни результати дослідження можуть набувати ширшого тлумачення.

1.6. Короткий список досліджень щодо впливу психоделіків на риси особистості, резильєнтність та загальне благополуччя

Оскільки наше дослідження не має на меті метааналіз впливу психоделіків на рівень стресостійкості, благополуччя та риси особистості, ми зосередилися на огляді найцікавіших, на наш погляд, досліджень.

У дослідженні Brrasher, T., Rosen, D., & Spinella, M., опублікованому у 2023 році, автори, порівнюючи споживачів психоделіків із контрольною групою, яка не мала досвіду їх вживання, дійшли висновку, що споживачі класичних психоделіків демонструють вищу психологічну стійкість і рівень благополуччя, а також нижчий рівень дистресу [18].

Khubsing, R. S. I., Leerdam, M. v., Haijen, E. C. H. M., & Kuypers, K. P. C. в опублікованому в 2024 році дослідженні про вплив аяваски на рівень благополуччя, резильєнтності, самоспівчуття та особистісні характеристики, виявили зростання благополуччя, резильєнтності, емоційної стійкості та зменшення нейротизму після участі в церемоніях з вживанням аяваски [19].

У 2019 році Erritzoe D, Smith J, Fisher PM, Carhart-Harris R, Frokjaer VG, Knudsen GM оприлюднили результати дослідження щодо рекреаційного вживання психоделіків та його впливу на риси особистості. Було виявлено вищий рівень відкритості новому досвіду у споживачів психоделіків [20].

Інше дослідження 2024 року, виконане Sjöström, D. K., Claesdotter-Knutsson, E., & Kajonius, P. J., присвячене зв'язку між вживанням психоделіків, рисами особистості та рівнем депресії, засвідчило, що споживачі психоделіків демонструють вищу відкритість до нового досвіду та нижчий рівень нейротизму [21].

Висновки до розділу 1

Психоделічні речовини зустрічають природі в багатьох видах рослин, грибів і тварин, а їх використання з лікувальними, релігійними та духовними цілями стосується найдавніших часів.

Механізм дії психоделіків та їхній вплив на психіку і свідомість привернули увагу науковців ще в середині минулого століття та сприяли дослідженням як на здорових, та і на клінічних популяціях. Водночас із отриманням позитивних результатів досліджень, соціальні та політичні настрої посприяли забороні психоделічних речовин і віднесенню їх до наркотиків зі Списку 1 [74], що фактично зупинило більшість досліджень цих речовин та унеможливило їх потенційне клінічне використання.

Останніми роками ми спостерігаємо так званий «психоделічний ренесанс», коли науковий і клінічний інтерес до психоделіків значно зріс внаслідок нової хвилі досліджень, які демонструють їхній потенціал у нейронауках, психіатрії та як допоміжних засобів для психотерапії. Зокрема, йдеться про позитивні результати в лікуванні тривоги та депресії, ПТСР, алкогольної, тютюнової та наркотичної залежностей, тривоги, пов'язаної з термінальними стадіями невиліковних хвороб. Також вчені повідомляють про позитивні зміни у загальному самопочутті, підвищення психологічної гнучкості, відкритості, екстраверсії, емоційної стійкості, благополуччя та задоволеності життям у випадку досліджень, проведених на здорових учасниках.

На жаль, мова не йде про дослідження, які проводяться в Україні. Це зумовлено значною стигматизацією даної теми та, за деякими винятками, законодавчими заборонами на використання психоделіків в лікувальних та

рекреаційних цілях. З огляду на наявність сучасних досліджень, ми переконані, що питання можливості застосування психоделіків в терапевтичних цілях, в тому числі у складі психоделічно асистованої терапії, є, як ніколи, актуальним для України через потребу в прогресивних альтернативних підходах для вирішення проблем з психічним здоров'ям громадян, які зросли в рази в зв'язку з повномасштабною російсько-українською війною. Ще одним вагомим аргументом на користь використання психоделіків, окрім недостатньої ефективності традиційних фармако та психотерапії, є їхня відносна безпечність - здебільшого досить низький рівень токсичності, відсутність синдрому відміни та фізичної залежності [80].

Своїм дослідженням ми прагнемо привернути увагу до вивчення впливу психоделіків на тривожно-депресивні прояви та індивідуально-психологічні характеристики особистості, зокрема, відкритість до нового досвіду, емоційну стабільність, рівень тривоги, депресії, резильєнтності та суб'єктивного благополуччя в умовах війни.

РОЗДІЛ II

**МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
ЩОДО ВПЛИВУ ПСИХОДЕЛІКІВ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ
СТАНИ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

2.1. Характеристика методів та методик дослідження.

На основі теоретичного аналізу матеріалів і досліджень про психоделічні речовини, їх вплив на психіку та особистість були висунуті такі дослідницькі питання:

1. Чи можуть психоделіки справити позитивний вплив на лікування тривожних і депресивних станів та чи відрізняються респонденти, які вживали психоделічні речовини в рекреаційних цілях та/або у складі психоделічно асистованої терапії, нижчим рівнем тривожності і депресії?
2. Чи відрізняються респонденти, які вживали психоделіки, вищим рівнем відкритості до нового досвіду та нижчим рівнем нейротизму в порівнянні з контрольною групою респондентів, які не вживали психоделіки, і як ці риси пов'язані з депресивними та тривожними проявами?
3. Чи можуть психоделічні речовини впливати на посилення відчуття суб'єктивного благополуччя і як воно корелює з депресивними та тривожними проявами?
4. Чи здатні психоделічні речовини впливати на рівень резильєнтності і як він пов'язаний з нейротизмом, проявами тривоги та депресії?

Відповідно до завдань дослідження та висунутих дослідницьких питань, нами було обрано методики для проведення емпіричного дослідження:

1. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (Додаток 2).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 р. для виявлення та категоризації важкості депресії і тривоги в умовах лікарняної амбулаторної клініки. Дана методика досить простота та зрозуміла для заповнення пацієнтами і не створює труднощів при обробці лікарями, що дозволяє її використовувати в

загальносоматичній практиці. Опитувальник призначено для осіб віком від 17 років [27]. Шкала складається з 14 пунктів, що відповідають 2 субшкалам – тривози та депресії. Кожне питання передбачає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання симптоматики. Питання шкали не стосуються симптомів тривоги і депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль). Пункти субшкали депресії підібрані зі списку скарг, які найчастіше озвучується пацієнтами і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги сформовані на основі відповідного розділу стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination, PSE (Шкала оцінки психічного статусу) і клінічного досвіду авторів та відображають психологічні прояви тривоги. Аналіз літератури щодо валідності Госпітальної шкали тривоги і депресії підтвердив, що вона добре виявляє та оцінює важкість симптомів тривожних розладів і депресії як у соматичних, психіатричних пацієнтів, пацієнтів первинної медичної допомоги, так і в загальній популяції. [28]. Окрім цього, дана шкала рекомендована для використання в діагностичних цілях в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (вузькоспеціалізованої) медичної допомоги [29], що стосується лікування депресії та який був затверджений Міністерством охорони здоров'я України в 2014.

При обробці результатів бали підраховуються окремо по субшкалах: підшкала Т («тривога») включає непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, підшкала Д («депресія») - парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 [29].

Критерії оцінки:

0-7 балів – норма;

8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія [29].

Як висновок, ми зупинили свій вибір на Госпітальній шкалі тривоги та депресії для оцінки тривожно-депресивних станів, зважаючи на згадану вище

інформацію щодо специфіки її питань, валідності та широкого використання для первинного виявлення симптомів тривоги та депресії.

2. Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (Додаток 3).

Опитувальник є короткою 10-ти пунктовою версією п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (Samuel D. Gosling, Peter J. Rentfrow, and William B. Swann Jr. 2003: Ten Item Personality Inventory). Даний опитувальник залишається досить популярним діагностичним інструментом, хоча його психометричні властивості до цих пір викликають дискусії, перш за все це стосується недостатнього показника надійності. Для прояснення ситуації з недостатнім рівнем надійності ми звернулися до коментарів авторів методики, а також до інших досліджень з адаптацій опитувальника в різних країнах. Автори опитувальника підкреслюють, що їхні показники надійності TIPI хоча і були дещо нижчими за результати, отримані за допомогою стандартних методик визначення показників «Великої П'ятірки», продемонстрували адекватні рівні конвергентної та дискримінативної валідності, тест-ретестової надійності та характеристик зовнішніх кореляцій. Відповідно, автори вважають, що опитувальник TIPI є прикладом того, як валідність методики може переважати над її надійністю [22]. Інші дослідження з адаптацій опитувальника також підтверджують тест-ретестову надійність, прийнятну дискримінативну та конвергентну валідність (наприклад, високі кореляції з Опитувальником п'яти факторів особистості (Big Five Inventory (BFI)) при низькому або помірному рівні надійності альфа Кронбаха [30, 31, 32, 33].

Враховуючи пояснення авторів методики, дані інших досліджень, відсутні переваги її застосування, такі як швидкість заповнення, зменшення рівня фрустрації респондентів, пов'язаної з відповідями на дуже схожі між собою питання довших опитувальників, яка може негативно впливати на залученість та відвертість досліджуваних у разі проведення досліджень із використанням великої кількості завдань, а також те, що дослідження особистості є лише однією із концепцій нашого дослідження, ми готові поряд з іншими дослідниками

толерувати недостатній показник надійності у вигляді коефіцієнта альфа Кронбаха і використати її в нашому дослідженні.

Адаптація українською мовою та валідація опитувальника були здійснені кандидатками психологічних наук, доцентками кафедри психології Львівського національного університету імені І.Франка Кліманською М. та Галецькою І. у 2019 році. Методика вимірює глибинні психологічні риси особистості, виокремлені в дискурсі п'ятифакторної теорії особистості, що залишається основною теорією психологічних детермінантів особистісних відмінностей. Методика визначає п'ять фундаментальних складових для опису і оцінки особистості: дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду. Вважається, що дані характеристики є універсальними, надкультуральними та наддемографічними, та дозволяють отримати повні та всебічні характеристики особистості [22].

Екстраверсія (vs інтроверсія) визначає схильність до соціальної взаємодії, енергійність, активність, а також переживання позитивних емоцій. При високому рівні екстраверсії особистості властива активність, оптимізм, товарицькість, балакучість, схильність до гри, при низькому рівні екстраверсії типовими характеристиками є сором'язливість, песимістичність, надання переваги бути самотнім, уникнення соціальних активностей [22].

Дружелюбність проявляється у зацікавленості та чутливості до інших, альтруїстичних та емпатійних якостях, високому рівні довіри, співчуття та прагненні до співпраці. При високому рівні дружелюбності особистість виявляє співчуття, лагідність, скромність, прихильність та готовність допомогти іншим, тоді як при низькому - егоцентризм, конкурентність, сухість та жорсткість у стосунках з іншими людьми [22].

Добросовісність стосується мотивації та наполегливості у ставленні людини до цілей та дій. Високий рівень доброзичливості свідчить про відповідальність і надійність, розсудливість, схильність до порядку, які можуть проявлятися як трудоголізм та перфекціонізм. При низькому рівні доброзичливості відзначають недостатню конкретизацію життєвих цілей та

мотивацію досягнень, схильність до гедонізму, спонтанності у діях та імпульсивності у прийнятті рішень [22].

Емоційна стабільність (vs нейротизм) стосується здатності до емоційної адаптації, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини, незадоволення, розгубленості тощо. Маючи високий рівень емоційної стабільності особистість здатна долати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості чи страху. При низькій емоційній стабільності мова йде про високий нейротизм, меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, переживання страху, напруги, сором'язливості і розгубленості в присутності інших [22].

Відкритість новому досвіду стосується пізнавальної цікавості та схильності до пошуку нового, позитивної оцінки нового життєвого досвіду. Висока відкритість досвіду свідчить про наявність високий рівень цікавості до усього, креативність, розвинену уяву, нестандартність та незалежність суджень. Низька відкритість до досвіду означає консервативність, надання переваги традиційним цінностям, прагматичність інтересів та недовіру до нового [22].

Розрахунок балів кожної риси особистості здійснюється з врахуванням інструкції авторів опитувальника на основі середнього значення двох показників (прямого та зворотного) [23].

Кількість балів отриманих в ході опитувальника вираховуються згідно ключа, наведеного нижче, половину пунктів, позначених * рахують з інверсією:

Екстраверсія: 1, 6*

Дружелюбність: 2*, 7

Добросовісність: 3, 8*

Емоційна стабільність: 4*, 9

Відкритість новому досвіду: 5, 10* [22].

Нормативні показники авторської анкети:

Екстраверсія: 4.44

Дружелюбність: 5.23

Добросовісність: 5.40

Емоційна стабільність: 4.83

Відкритість новому досвіду: 5.38 [24]

3. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі (Додаток 4).

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (Pontin, Schwannauer, Tai, & Kinderman 2013: The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB),) є модифікацією розробленої раніше Шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі (Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. 2011: The BBC Subjective Well-being scale (BBC-SWB)) з використанням відповідей за 5-бальною шкалою Лайкерта. Дослідження з адаптації шкали показали, високі психометричні характеристики такі як надійність та внутрішня узгодженість. Також дослідники виявляли як негативну кореляцію суб'єктивного благополуччя з тривогою та депресією [34, 35], так і спростовували прямі взаємовпливи між суб'єктивним благополуччям та ментальним здоров'ям [36], що є цікавим для нашого дослідження. Ми вважаємо дану методику досить сучасним, надійним і психометрично підтвердженим інструментом, який підходить для різних досліджень у сфері психічного здоров'я, особливо в умовах війни та інших соціальних стресів.

Адаптація українською мовою та валідація були здійснені співробітницями лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України - докторкою психологічних наук, професоркою Карамушкою Л., докторкою психологічних наук, старшою науковою співробітницею Терещенко К., докторкою психологічних наук, доценткою, провідною науковою співробітницею Креденцер О. у 2022 році.

Опитувальник включає три субшкали:

- 1) «психологічне благополуччя», що включає задоволеність собою, своїм саморозвитком та досягненнями, впевненість у майбутньому, життєвих цілях, своїх переконаннях та думках, здатність отримувати радість від життя;
- 2) «фізичне здоров'я та благополуччя», що містить питання щодо відчуття депресії або тривоги, задоволеності фізичним здоров'ям, якістю сну,

фінансовим станом, здатності працювати, займатись спортом і відпочивати, тощо;

- 3) «стосунки»: комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо [25].

Методика складається з 24 питань, що оцінюються по 5-бальній шкалі.

Всі запитання, окрім пункту № 4, мають прямий порядок нарахування балів. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики:

- субшкала «психологічне благополуччя» – пункти № 4–15,
- субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти №№ 1–3, 21–24,
- субшкала «стосунки» – пункти №№ 16–20.

Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики.

Отримані показники порівнюються з нормативними, що наведені у таблиці нижче [25]:

Субшкали та загальний показник суб'єктивного благополуччя	Норми		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Психологічне благополуччя	12–39	40–47	48–60
Фізичне здоров'я та благополуччя	7–20	21–25	26–35
Стосунки	5–16	17–20	21–25
Суб'єктивне благополуччя	24–76	77–91	92–120

4. Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Додаток 5).

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-10) широко використовується для оцінки стійкості серед різних клінічних та неклінічних груп населення. Проведені дослідження підтверджують її високий рівень

надійності та внутрішньої узгодженості, однофакторну структуру [37, 38], кореляцію з симптомами тривожності [39], депресії [40], а також універсальність, про що свідчить наявність свіжих адаптацій в різних країнах світу [41, 42].

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007, CD-RISC) була адаптована в Україні у 2020 співробітниками Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова - Н.В. Школіною, І.І. Шаповал, І.В. Орловою, І.О. Кедик та М.А. Станіславчук. Опитувальник включає 10 запитань, розроблених у вигляді шкали Лайкерта з п'ятьма варіантами відповідей (0 = ніколи; 4 = майже завжди). Загальний бал опитувальника становить суму відповідей, отриманих на кожен пункт (діапазон 0–40) [26].

Для визначення нормативних діапазонів використані результати Всеукраїнського опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни», проведеного в червні-липні 2022 року:

Низький рівень резильєнтності - 0-15 балів,
 Нижчий за середній рівень резильєнтності - 16–20,
 Середній рівень резильєнтності - 21–25,
 Вищий за середній рівень резильєнтності - 26–30,
 Високий рівень резильєнтності - 31–40 [16].

Окрім чотирьох згаданих опитувальників, з метою отримання якісної характеристики груп досліджуваних (вік, гендер, освіта, зайнятість, фінансовий стан, наявність партнерів, дітей і т.п.), прояснення причин, з яких респонденти приймали рішення вживати або не вживати психоделіки з рекреаційною метою та/або в складі психоделічно асистованої терапії, а також для отримання суб'єктивної оцінки респондентів щодо впливу психоделіків на їхнє психічне здоров'я, був сформований авторський соціально-демографічний опитувальник, що містив 13 питань (Додаток 1).

2.2.Опис процедури дослідження та досліджуваної групи

Наше емпіричне дослідження складалося з наступних етапів:

Перший етап мав на меті підбір валідних методів та методик дослідження: було обрано здійснити кількісне дослідження за допомогою опитування (анкетування) на основі авторської анкети та підібраних методик, що згадані у пункті 2.1. даної роботи.

Другий етап складався власне із самого емпіричного дослідження: респондентам було запропоновано заповнити анонімний опитувальник в онлайн форматі, оформлений в Google Forms. Форма опитувальника складалась із п'яти розділів, а саме - з анкети щодо соціально-демографічних особливостей досліджуваних, шкали тривоги та депресії, діагностики рис особистості, шкали рівня суб'єктивного благополуччя та шкали резильєнтності.

Третій етап був спрямований на аналіз та обробку отриманих даних, а також формулювання висновків стосовно дослідницьких питань та завдань дослідження.

Дослідження відбувалося протягом грудня 2024 – травня 2025.

В передмові до опитування було зазначено перелік психоделіків (псилоцибін, ДМТ, 5-Мео-ДМТ, мескалін, ЛСД, МДМА, кетамін, ібогаїн, аяваска), вживання яких передбачалося досліджувати, а також те, що опитування здійснюється виключно з науковою метою і не є пропагуванням вживання психоделіків. Обов'язково умовою участі в дослідженні було досягнення 18-ти річного віку. Для можливості проходження опитування, респонденти давали дозвіл на обробку наданої в опитувальниках інформації.

В результаті в опитуванні взяли участь 94 українські респонденти, віком від 18 років, що постійно чи періодично проживають в Україні або знаходяться за кордоном. Експериментальну групу формують респонденти, які мали досвід вживання психоделіків протягом останніх 3-10 років, контрольну групу - учасники, які не мали досвіду вживання психоделічних речовин. Розподіл респондентів по групах наведено на рисунку 2.1.

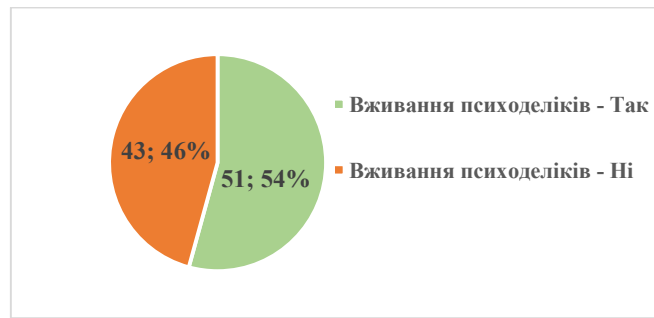


Рис. 2.1 Розподіл респондентів по групах

Якісна характеристика груп досліджуваних визначалася на основі соціально-демографічного опитувальника, наведеного у Додатку 1, і є наступною:

- вік респондентів від 18 до 60 років, при цьому найбільшу категорію утворили респонденти віком від 41 до 50 років – 33 опитаних, що складає 35% (рисунок 2.2),

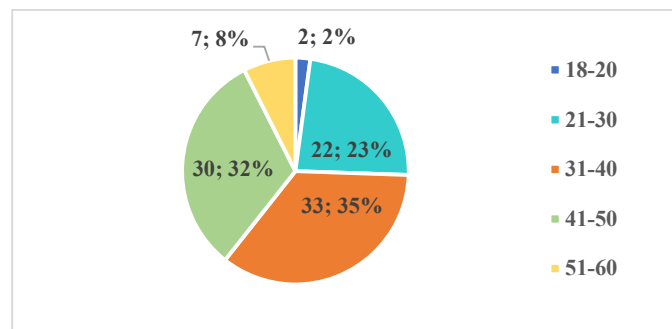


Рис. 2.2 Вік респондентів

- гендерний розподіл між чоловіками, жінками та небінарними особами становив 31% (29 респондентів), 68% (64 респондентки) та 1% (1 респондент) відповідно (рисунок 2.3),

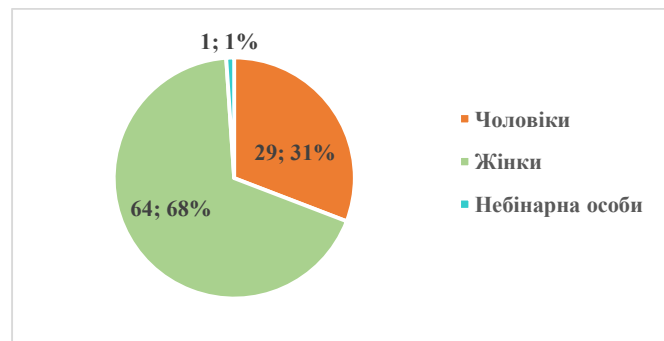


Рис. 2.3 Гендер респондентів

- більша частина досліджуваних проживає в Україні – 76 осіб, 81 % (рисунок 2.4),

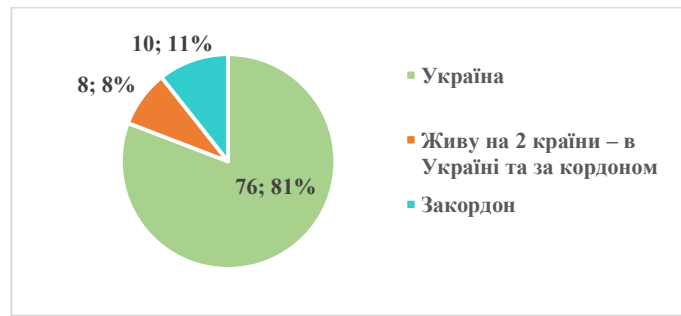


Рис. 2.4 Місце проживання респондентів

- переважна більшість досліджуваних має повну вищу освіту – 64 респонденти (68%) (рисунок 2.5),

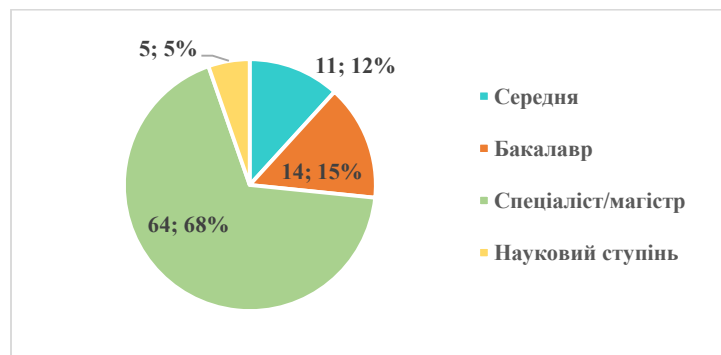


Рис. 2.5 Освіта

- досліджувані є представниками різних категорій зайнятості: 31% - наймані працівники, 27% - підприємці, 19% - студенти, пенсіонери - 4%, військові – 3%, в категорію «інше» потрапили переважно самозайняті особи – 10%, в категорію «не працюю» - 6% від загальної кількості (рисунок 2.6),

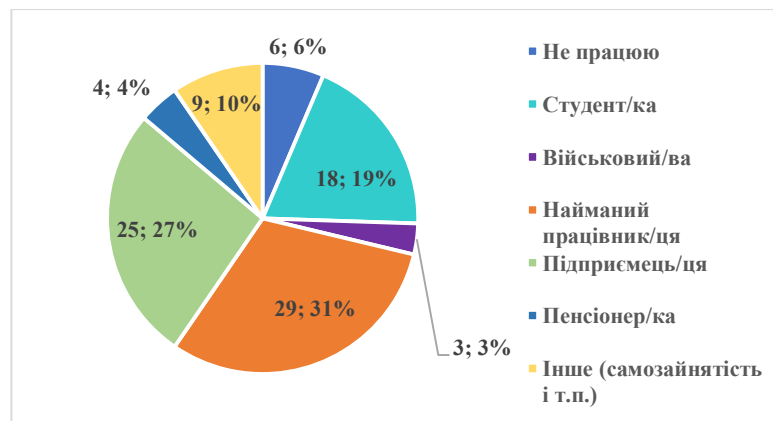


Рис. 2.6 Зайнятість

- більшість досліджуваних перебувають у стосунках – 64 респонденти (68%) і не мають дітей – 51 особа (54%).

В рамках нашого дослідження для кращого розуміння чим керувалися респонденти, які зверталися до психоделічних речовин з рекреаційною метою та/або в складі психоделічно асистованої терапії, ми задали відповідне питання щодо критеріїв вибору. Відповіді розподілилися наступним чином: 37% респондентів скористалися рекомендацією друзів/оточення, 23% мали особисте переконання про користь психоделіків, 22% спиралися на наукові дослідження про безпечність та/або ефективність психоделічних речовин, 10% обрали психоделіки по причині неефективності використаної раніше фармако та/або психотерапії, 8% скористалися рекомендаціями фахівців у сфері психічного чи соматичного здоров'я (рисунок 2.7).

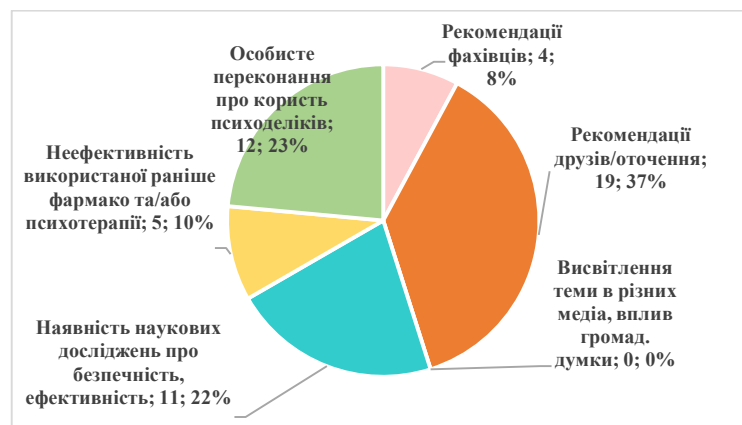


Рис. 2.7 Причини вибору на користь вживання психоделіків

Цікавим є також розподіл відповідей контрольної групи на питання про причину їхнього вибору не вживати психоделіки з рекреаційною та/або терапевтичною метою в складі психотерапії: 49 % повідомляють, що на їхній вибір впливає відсутність рекомендації фахівців у сфері психічного чи соматичного здоров'я, 33 % мають особисте переконання про шкідливість психоделіків, 9% посилаються на наукові дослідження щодо неефективності та/або шкоди психоделічних речовин та 9% не визначилися із відповіддю (рисунок 2.8).

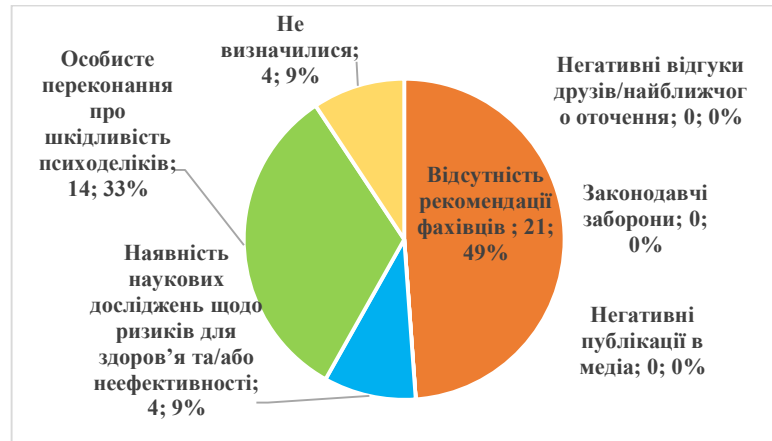


Рис. 2.8 Причини відмови від вживання психоделіків

Розподіл відповідей основної групи про причини вибору на користь вживання психоделіків певним чином корелює з нашим дослідницьким питанням щодо можливої більшої відкритості до нового досвіду, а також може свідчити про вищий рівень екстраверсії та довіри іншим, як складової дружелюбності, тих, хто обрав вживання психоделіків. Відповіді респондентів контрольної групи про відсутність рекомендації фахівців у сфері охорони здоров'я, як основної причини невживання психоделіків, можуть говорити про більшу консервативність, що є протилежністю відкритості до нового досвіду, та схильність до порядку, як складової добросовісності. В той же час розподіли відповідей на питання щодо причин вживання та невживання психоделічних речовин наштовхують на думку про можливу недостатню обізнаність фахівців у сфері психічного чи соматичного здоров'я про терапевтичні можливості психоделічних речовин і їх впливу на психічне здоров'я: серед тих, хто вживав психоделіки рекомендації отримали лише 8% опитуваних, а ті, хто не вживав психоделіки, переважною причиною називають відсутність рекомендацій фахівців у сфері соматичного чи психічного здоров'я – 49%. Важливим є те, що 10% респондентів основної групи свідчать про недостатню ефективність фармако та/або психотерапії, як причину вибору на користь вживання психоделіків. Це додатково підтверджує існування такої проблеми, зокрема для частини нашої вибірки.

Наостанок ми попросили респондентів, які вживали психоделіки, дати оцінку щодо вплив психоделіків на їхнє психічне здоров'я. Відповіді розподілилися наступним чином: 47% зазначили, що їхній стан покращився, 41% підтвердили, що їхній стан значно покращився, 8% заявили, що стан не змінився та 4% - що стан погіршився (рисунок 2.9).

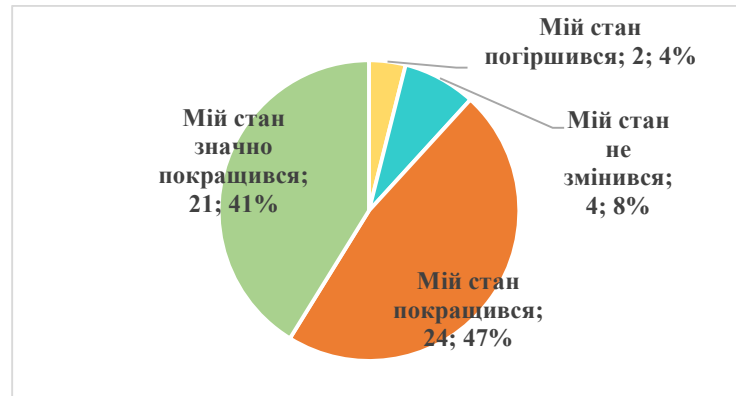


Рис. 2.9 Ефект від вживання психоделіків (основна група)

Висновки до розділу II

Згідно із завданнями та висунутими дослідницькими питаннями ми визначили для дослідження чотири опитувальники, які спрямовані виміряти тривожно-депресивні стани, риси, рівень суб'єктивного благополуччя та резильєнтності особистості. Обираючи опитувальники ми спиралися на наявні дослідження щодо їх психометричних властивостей, поширеності використання, універсальності та кореляції з досліджуваними нами явищами/характеристиками особистості. Усі опитувальники, окрім Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ, мають високі психометричні характеристики. Приймаючи рішення на користь опитувальника ТІРІ, ми звернулися до авторського роз'яснення щодо недостатнього показника надійності. Точка зору авторів методики видалася нам достатньо обґрунтованою, щоб не відмовлятися від даного опитувальника для нашого дослідження, а саме - автори стверджують, що опитувальник демонструє адекватні рівні конвергентної та дискримінативної валідності, тест-ретестової надійності та характеристик зовнішніх кореляцій,

відповідно є прикладом того, коли валідність переважає над надійністю. Такі ж характеристики підтверджуються іншими дослідниками, що адаптували та використовували цей опитувальник.

Розроблена авторська анкета дозволила нам отримати розгорнуту якісну характеристику вибірки: в дослідженні взяли участь респонденти різних вікових та гендерних груп, рівня освіти, досліджувані мають різну зайнятість та фінансовий стан, перебувають у стосунках або не мають партнерів, мають дітей або є бездітними. Додаткові питання щодо причин вживання психоделіків з рекреаційною метою та/або у складі психоделічно асистованої терапії або ж відмови від них дали змогу частково прояснити мотивацію респондентів. Зокрема, для 37 % досліджуваних експериментальної групи важливим чинником у прийнятті рішення став досвід інших, а для 49 % представників контрольної групи — відсутність рекомендацій фахівців у сфері соматичного й психічного здоров'я. Також ми отримали суб'єктивну оцінку впливу психоделічних речовин на психічне здоров'я від осіб, які мали досвід їхнього вживання: 88 % респондентів зазначили, що їхній стан покращився або значно покращився, 8 % — що не змінився, і 4 % повідомили про погіршення стану.

РОЗДІЛ ІІІ

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОДЕЛІКІВ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Аналіз даних нашого емпіричного дослідження ми здійснили з допомогою програми Jamovi версії 2.3.28. Отримані в опитуванні дані опрацьовано шляхом статистичного аналізу: описова статистика, t-критерій Стюдента, U-критерій Манна-Вітні, кореляційний аналіз Пірсона, лінійної регресії з подальшою їх якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням.

Ми розпочали з перевірки опитувальників на предмет надійності та внутрішньої узгодженості.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), зокрема її субшкали тривоги та депресії продемонстрували задовільні психометричні характеристики: рівень надійності 0.812 та 0.724 відповідно для шкали тривоги та депресії та внутрішньої узгодженості (більшість питань сильно або помірно корелюють між собою в межах субшкал і лише по одному питанню у кожній шкалі виявлено слабку кореляцію). Деталі наводимо в таблиці 3.1.

Табл. 3.1

Показники надійності та внутрішньої узгодженості субшкал Госпітальної шкали тривоги і депресії

Субшкала	Альфа Кронбаха	Питання №	Коефіцієнт кореляції Пірсона
Тривога	0.812	1 (пряме)	0.725
		3 (пряме)	0.640
		5 (пряме)	0.591
		7 (пряме)	0.443
		9 (пряме)	0.700
		11 (пряме)	0.225
		13 (пряме)	0.633
Депресія	0.724	2 (пряме)	0.516
		4 (пряме)	0.299
		6 (пряме)	0.600
		8 (пряме)	0.453
		10 (пряме)	0.438
		12 (пряме)	0.463
		14 (пряме)	0.313

Нами отримано такі результати щодо надійності субшкал Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ: екстраверсія – 0.454, дружелюбність – 0.580, добросовісність – 0.706, емоційна стабільність – 0.560, відкритість до нового досвіду – 0.732. Як і очікувалося, більшість субшкал демонструють недостатній рівень надійності (<0.75), натомість внутрішня узгодженість між питаннями - на середньому рівні. Деталізовані дані представлено таблиці 3.2. Як вже зазначалося в пункті 2.1, ми свідомо погодилися на використання цієї методики, попри її недостатній рівень надійності, зважаючи на обґрунтовану позицію авторів. Вони вказують, що незважаючи на низькі показники альфа Кронбаха, опитувальник ТІРІ має адекватні рівні конвергентної та дискримінативної валідності, тест-ретестову надійність, а також задовільні характеристики зовнішніх кореляцій. Ці висновки підтверджуються іншими дослідженнями, які використовували та адаптували ТІРІ.

Табл. 3.2

**Показники надійності та внутрішньої узгодженості субшкал
Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ**

Субшкала	Альфа Кронбаха	Питання №	Коефіцієнт кореляції Пірсона	Альфа Кронбаха в оригінальній версії методики
Екстраверсія	0.454	1 (пряме)	0.306	0.68
		6 (зворотне)	0.306	
Дружелюбність	0.580	2 (пряме)	0.417	0.40
		7 (зворотне)	0.417	
Добросовісність	0.706	3 (пряме)	0.546	0.50
		8 (зворотне)	0.546	
Емоційна стабільність	0.560	4 (пряме)	0.392	0.73
		9 (зворотне)	0.392	
Відкритість новому досвіду	0.732	5 (пряме)	0.578	0.45
		10 (зворотне)	0.578	

Перевірка надійності та внутрішньої узгодженості субшкал Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі показала високий рівень надійності (0.940) та внутрішньої узгодженості (більшість питань сильно або помірно корелюють між собою в межах субшкал). Деталі наводимо у таблиці 3.3.

Табл. 3.3

**Показники надійності та внутрішньої узгодженості субшкал
Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БІБіСі**

Субшкала	Альфа Кронбаха	Питання №	Коефіцієнт кореляції Пірсона
Психологічне благополуччя	0.923	4 (зворотне)	0.440
		5 (пряме)	0.691
		6 (пряме)	0.678
		7 (пряме)	0.727
		8 (пряме)	0.654
		9 (пряме)	0.824
		10 (пряме)	0.683
		11 (пряме)	0.754
		12 (пряме)	0.475
		13 (пряме)	0.707
		14 (пряме)	0.790
15 (пряме)	0.698		
Фізичне здоров'я та благополуччя	0.847	1 (пряме)	0.604
		2 (пряме)	0.523
		3 (пряме)	0.729
		21 (пряме)	0.490
		22 (пряме)	0.746
		23 (пряме)	0.571
		24 (пряме)	0.604
Стосунки	0.848	16 (пряме)	0.820
		17 (пряме)	0.848
		18 (пряме)	0.584
		19 (пряме)	0.675
		20 (пряме)	0.379
Суб'єктивне благополуччя	0.940		

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 також демонструє високий рівень надійності – 0.907 та внутрішньої узгодженості (більшість питань сильно або помірно корелюють між собою). Таблиця 3.4 містить деталізацію.

Табл. 3.4

**Показники надійності та внутрішньої узгодженості субшкал
Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона-10**

Альфа Кронбаха	Питання №	Коефіцієнт кореляції Пірсона
0.907	1 (пряме)	0.554
	2 (пряме)	0.743
	3 (пряме)	0.554
	4 (пряме)	0.577
	5 (пряме)	0.630
	6 (пряме)	0.729
	7 (пряме)	0.739
	8 (пряме)	0.715
	9 (пряме)	0.744
	10 (пряме)	0.739

Проведений аналіз надійності опитувальників (з урахуванням специфіки шкали ТІРІ) та внутрішньої узгодженості субшкал дає підстави для переходу до основних статистичних процедур обробки отриманих даних.

Передусім розглянемо описову статистику, а саме – середні значення показників, отриманих в основній та контрольній групах за всіма досліджуваними шкалами та субшкалами. Почнемо з аналізу рівнів тривоги та депресії, оцінених за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS).

Табл. 3.5

**Описова статистика для основної та контрольної груп на основі
Госпітальної шкали тривоги і депресії**

Субшкала	Вживання психоделіків	Вибірка	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартне відхилення
Тривога	Так	52	5.94	0.447	5.50	3.22
	Ні	42	8.24	0.643	8.00	4.17
Депресія	Так	52	4.65	0.465	4.50	3.35
	Ні	42	6.07	0.558	7.00	3.62

Отримані середні значення показують, що основна група має нижчі середні значення по обох субшкалах. Згідно критеріїв оцінки, рівень тривоги та депресії

основної групи в межах норми, в той час, як контрольна група має субклінічно виражену тривогу і показник депресії в межах норми.

Розподіл відповідей основної та контрольної груп ми можемо побачити на рисунку 3.1.

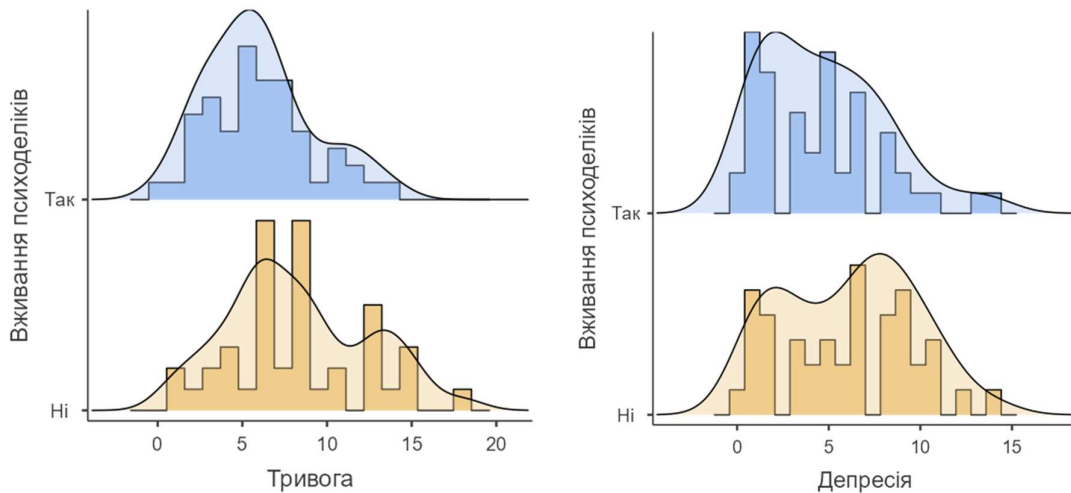


Рис. 3.1. Розподіл відповідей основної та контрольної групи за рівнями тривоги і депресії

Переходимо до порівняльного аналізу особистісних рис, визначених за результатами Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ, в основній та контрольній групах (таблиця 3.6).

Табл. 3.6

Описова статистика для основної та контрольної груп на основі опитувальника особистості ТІРІ

Субшкала	Вживання психоделіків	Вибірка	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартне відхилення
Екстраверсія	Так	52	5.03	0.153	5.00	1.10
	Ні	42	4.50	0.169	4.50	1.09
Дружелюбність	Так	52	5.20	0.151	5.50	1.09
	Ні	42	5.23	0.172	5.50	1.12

Субшкала	Вживання психоделіків	Вибірка	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартне відхилення
Добросовісність	Так	52	5.04	0.165	5.25	1.19
	Ні	42	5.10	0.200	5.25	1.29
Емоційна стабільність	Так	52	4.39	0.179	4.50	1.29
	Ні	42	3.49	0.187	3.50	1.21
Відкритість новому досвіду	Так	52	5.74	0.157	6.00	1.13
	Ні	42	5.29	0.176	5.50	1.14

Дослідження показує, що основна група має вищі середні значення по трьох субшкалах – екстраверсія, емоційна стабільність, відкритість до нового досвіду. Водночас, в порівнянні з нормативними показниками авторської методики, групи демонструють:

- високий рівень Екстраверсії (> 4,44),
- близькі до норми рівні Дружелюбності (<5,23),
- низькі рівні Добросовісності (<5,40) та Емоційної стабільності (<4,83),
- різні рівні Відкритості новому досвіду - високий в основній групі (>5,38) та низький у контрольній (<5,38).

Розподіл відповідей основної та контрольної груп ми можемо побачити на рисунку 3.2.

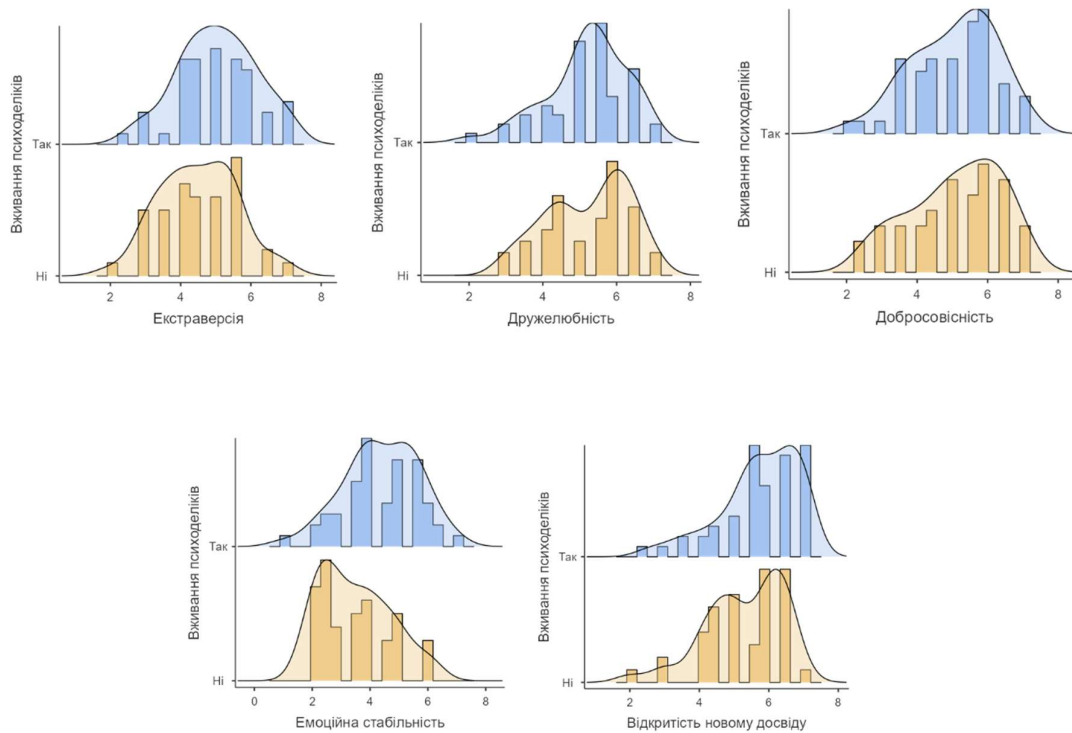


Рис. 3.2. Розподіл відповідей основної та контрольної групи за рівнями вираженості рис особистості

Тепер переходимо до аналізу описової статистики та середніх значень показників суб'єктивного благополуччя в основній і контрольній групах (таблиця 3.7).

Табл. 3.7

Описова статистика для основної та контрольної груп на основі шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі

Субшкала	Вживання психоделіків	Вибірка	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартне відхилення
Суб'єкт. благопол.	Так	52	80.8	1.832	82.5	13.21
	Ні	42	76.4	2.885	78.0	18.70
Психолог. благопол.	Так	52	42.5	0.991	43.0	7.14
	Ні	42	38.8	1.588	39.0	10.29
Фіз. здоров'я та благопол.	Так	52	22.1	0.600	23.0	4.33
	Ні	42	21.3	0.932	21.5	6.04
Стосунки благопол.	Так	52	16.3	0.562	17.5	4.05

Субшкала	Вживання психоделіків	Вибірка	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартне відхилення
	Ні	42	16.4	0.720	17.0	4.66

Результати аналізу демонструють, що у респондентів, які вживали психоделіки, середні значення по субшкалах Шкали суб'єктивного благополуччя, за винятком субшкали Стосунки, дещо вищі, ніж у групи респондентів, які не вживали психоделіки. В загальному середні показники обох груп мають середній рівень по субшкалі Стосунки (5–16 балів) і Фізичного здоров'я та благополуччя (21–25 балів). Різницю спостерігаємо лише у рівні Психологічного благополуччя: респонденти, які вживали психоделіки знаходяться на середньому рівні (40–47 балів), в той час, досліджувані, які не вживали психоделіки - на низькому (12–39 балів). При цьому загальний рівень суб'єктивного благополуччя в обох груп практично на одному рівні: середній в основної групи (77–91 балів) і верхня межа низького у контрольної. На Рисунку 3.3 представлено розподіл відповідей основної та контрольної груп за показниками суб'єктивного благополуччя та його окремих субшкал.

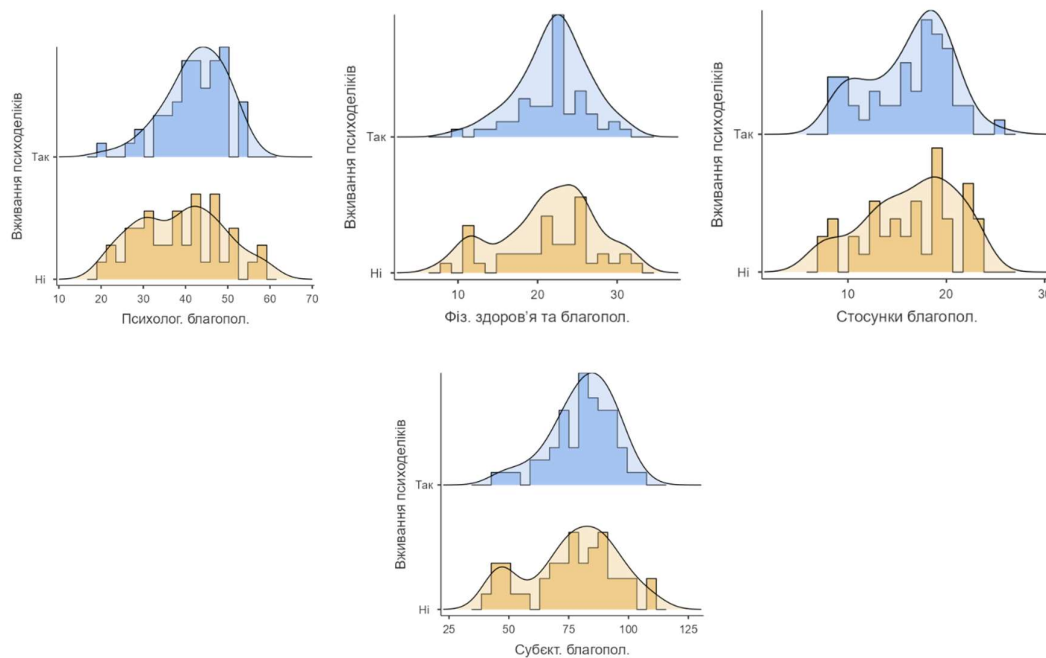


Рис. 3.3 Розподіл відповідей основної та контрольної групи за показниками суб'єктивного благополуччя та його субшкал

У Таблиці 3.8 наведено середні показники резильєнтності основної й контрольної груп, визначені на основі результатів опитувальника Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона-10.

Табл. 3.8

Описова статистика для основної та контрольної груп на основі шкали стресостійкості Коннора-Девідсона-10

Субшкала	Вживання психоделіків	Вибірка	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартне відхилення
Резильєнтність	Так	52	29.1	0.957	30.0	6.90
	Ні	42	26.6	1.131	27.5	7.33

Як видно у таблиці 3.8, середній рівень резильєнтності в основній групі дещо вищий, ніж у контрольній. Водночас, згідно з нормативними діапазонами, обидві групи демонструють вищий за середній рівень стресостійкості (26–30 балів). Розподіл відповідей респондентів обох груп можемо побачити на рисунку 3.4.

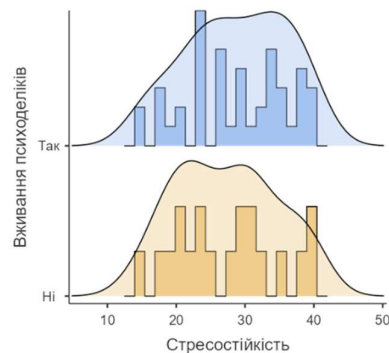


Рис. 3.4 Розподіл відповідей основної та контрольної груп за рівнями резильєнтності

Перш ніж застосувати параметричний метод — t-критерій Стьюдента для порівняння двох вибірок, ми здійснили перевірку даних на нормальність розподілу та гомогенність дисперсій. Результати тестів Shapiro-Wilk показують, що дані по субшкалах Госпітальної шкали тривоги і депресії не відповідають нормальному розподілу, оскільки показник ймовірності $p < 0.05$ (таблиця 3.9).

Табл. 3.9

**Тест Shapiro-Wilk на перевірку нормальності даних
Госпітальної шкали тривоги і депресії**

Субшкала	W	p
Тривога	0.970	0.030
Депресія	0.967	0.017

Тест Levene's доводить, що дані по субшкалах Госпітальної шкали тривоги і депресії є гомогенними, оскільки показник ймовірності $p > 0.05$ (таблиця 3.10).

Табл. 3.10

**Тест Levene's на перевірку гомогенності даних
Госпітальної шкали тривоги і депресії**

Субшкала	F	df	df2	p
Тривога	3.783	1	92	0.055
Депресія	0.742	1	92	0.391

Відповідно для порівняння двох груп та з'ясування нашого питання про можливий нижчий рівень тривоги і депресії в респондентів, що вживали психоделічні речовини, можемо використати критерій Mann-Whitney U (таблиця 3.11)

Табл. 3.11

Порівняння груп за рівнем тривоги і депресії

Шкали	Критерій	Statistic	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Тривога	Mann-Whitney U	723	0.005	-2.00		Rank biserial correlation 0.338
Депресія	Mann-Whitney U	830	0.046	-1.00		Rank biserial correlation 0.240

Результат порівняння містить показник ймовірності p , який не перевищує порогове значення 0.05 , тому можемо говорити про статистично значущі відмінності між групами, які ми порівнювали. Розмір ефекту (за коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції) середній для тривоги (0.338) та слабкий для депресії (0.240). Таким чином, відповідь на дослідницьке питання про нижчий рівень тривоги та депресії в представників групи, що вживала психоделіки буде ствердною. Додатково наводимо порівняння довірчих інтервалів на графіках рівнів тривоги та депресії на рисунку 3.5. Довірчі інтервали основної та контрольної груп не перетинаються для тривоги і лише частково перетинаються з довірчими інтервалами основної групи для депресії, проте не перетинаються з її Середнім (Mean), що є гарною наочною ілюстрацією статистично значущих відмінностей між групами.

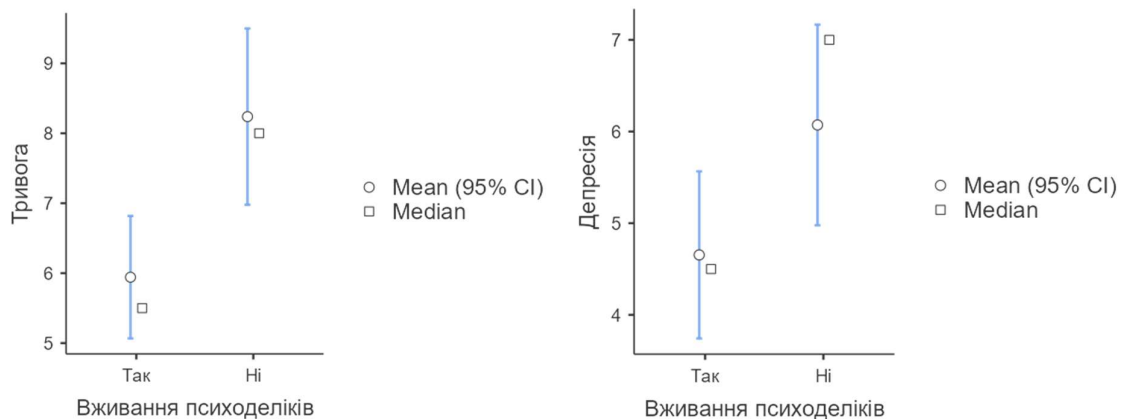


Рис. 3.4 Рівні тривоги і депресії основної та контрольної груп

Тепер перевіримо дані Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ на нормальність та гомогенність (таблиці 3.12 та 3.13).

Табл. 3.12

**Тест Shapiro-Wilk на перевірку нормальності даних Короткого
п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ**

Субшкала	W	p
Екстраверсія	0.977	0.103
Дружелюбність	0.954	0.002
Добросовісність	0.958	0.004
Емоційна стабільність	0.981	0.174
Відкритість новому досвіду	0.914	< .001

Табл. 3.13

**Тест Levene's на перевірку гомогенності даних Короткого п'ятифакторного
опитувальника особистості ТІРІ**

Субшкала	F	df	df2	p
Екстраверсія	1.28e-4	1	92	0.991
Дружелюбність	0.9532	1	92	0.331
Добросовісність	0.4104	1	92	0.523
Емоційна стабільність	0.0760	1	92	0.783
Відкритість новому досвіду	0.1034	1	92	0.748

Як бачимо, дані є гомогенними для всіх субшкал, але не відповідають нормальному розподілу по субшкалах дружелюбність, добросовісність та відкритість новому досвіду, тому для їх порівняння в групах ми використаємо критерій Mann-Whitney U, а для екстраверсії та емоційної стабільності - Т-критерій Student's (таблиця 3.14).

Порівняння груп за рисами особистості

Шкали	Критерій	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference
Екстраверсія	Student's t	2.319	92	0.023	0.5288	0.228
Дружелюбність	Mann-Whitney U	1073		0.887	-6.07e-5	
Добросовісність	Mann-Whitney U	1049		0.745	-3.26e-5	
Емоційна стабільність	Student's t	3.480	92	<.001	0.9061	0.260
Відкритість новому досвіду	Mann-Whitney U	819		0.036	0.500	

В результаті порівняння констатуємо, що виявлені відмінності між основною та контрольною групами є статистично значущими для екстраверсії, емоційної стабільності та відкритості новому досвіду, оскільки показник ймовірності (p) < 0.05, тому ми приймаємо Гіпотезу 1 і можемо відповісти стверджувально на поставлене дослідницьке питання про вищий рівень відкритості новому досвіду та емоційної стабільності в основній групі. Окрім цього, за межами нашого дослідницького питання ми виявили також вищий рівень екстраверсії у представників основної групи. Розмір ефекту (Cohen's d) слабкий для емоційної стабільності та екстраверсії - 0.260 та 0.228, відповідно, і такий же слабкий для відкритості новому досвіду за коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції – 0.2505. Порівняння довірчих інтервалів рівнів відкритості новому досвіду, емоційної стабільності та екстраверсії наводимо на рисунку 3.5, де спостерігаємо, що довірчі інтервали груп по субшкалі емоційної стабільності взагалі не перетинаються, а по двох інших субшкалах частково перетинаються, але без накладання їх Середніх (Mean).

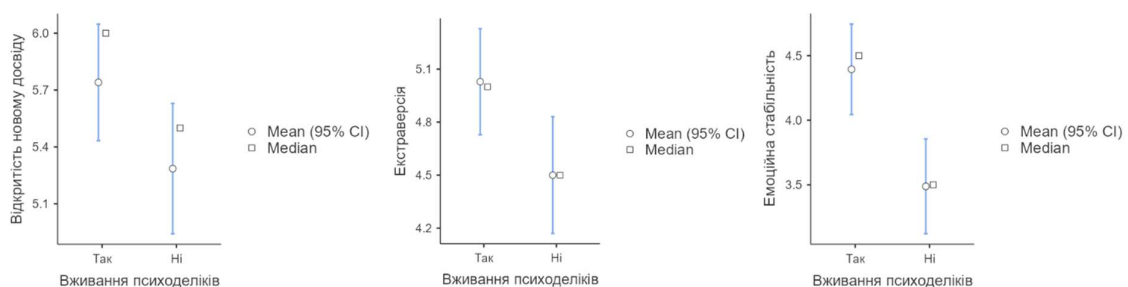


Рис. 3.5 Рівні відкритості до нового досвіду, емоційної стабільності та екстраверсії

Далі для можливості застосування Т-тесту ми перевірили на гомогенність та нормальність розподілу даних шкали резильєнтності, суб'єктивного благополуччя та її субшкал.

Табл. 3.15

Тест Shapiro-Wilk на перевірку нормальності даних Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі та Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона-10

Шкала/Субшкала	W	p
Суб'єкт. благопол.	0.967	0.018
Психолог. благопол.	0.989	0.650
Фіз. здоров'я та благопол.	0.975	0.074
Стосунки благопол.	0.959	0.005
Резильєнтність	0.977	0.092

Табл. 3.16

Тест Levene's на перевірку гомогенності даних Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі та Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона-10

Шкала/Субшкала	F	df	df2	p
Субект. благопол.	5.7223	1	92	0.019
Психолог. благопол.	8.1133	1	92	0.005
Фіз. здоров'я та благопол.	5.1664	1	92	0.025
Стосунки благопол.	1.1010	1	92	0.297
Резильєнтність	0.0316	1	92	0.859

Розподіл даних виявився нормальним та гомогенним лише для шкали резильєнтності, тому для порівняння даних груп цієї шкали можемо використати Т-критерій Student's. Для решти субшкал і шкали суб'єктивного благополуччя застосуємо критерій Mann-Whitney U (таблиця 3.17).

Табл. 3.17

Порівняння груп за рівнем усіх компонентів суб'єктивного благополуччя та стресостійкості

Шкали	Критерій	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference
Субект. благопол.	Mann-Whitney U	953		0.292	4.000	
Психолог. благопол.	Mann-Whitney U	824		0.042	4.000	
Фіз. здоров'я та благопол.	Mann-Whitney U	1040		0.692	1.000	
Стосунки благопол.	Mann-Whitney U	1056		0.786	-1.52e-5	
Резильєнтність	Student's t	1673	92	0.098	2462	1.472

Порівняння даних двох груп виявило статистично значущу відмінність між групами лише для субшкали психологічного благополуччя ($p < 0.05$). Розмір ефекту (за коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції) - слабкий (0.2454). Для решти шкал та субшкал ми приймаємо Гіпотезу 0 про відсутність статистично значущих відмінностей між рівнями фізичного здоров'я та благополуччя, стосунків, суб'єктивного благополуччя та резильєнтності респондентів, які вживали психоделіки, та досліджуваними, які не вживали психоделіки. В нашому подальшому аналізі ми перевіримо чи мають вплив психоделічні речовини на психологічне багополуччя, як складову суб'єктивного благополуччя.

Наступним кроком ми провели кореляційний аналіз для перевірки потенційних взаємозв'язків між використовуваними нами шкалами та субшкалами. Розпочнемо з кореляцій шкал тривоги і депресії з рисами особистості. На наше переконання та переконання інших дослідників і науковців така риса особистості, як емоційна стабільність може бути предиктором депресії й тривоги [43], низький її рівень може спричиняти когнітивні збої та безсоння,

що безпосередньо впливають на тривогу та депресію [44] або афективні розлади загалом [45, 46]. А от відкритість новому досвіду завдяки, наприклад, когнітивній гнучкості може негативно корелювати з рівнем депресивних проявів, в будь-якому разі дослідження, що стосуються психоделіків та рис особистості показали вищі рівні відкритості новому досвіду та емоційної стабільності [21, 47].

Табл. 3.18

Кореляції між Емоційною стабільністю, Відкритістю до нового досвіду, Екстраверсією, тривогою, депресією

Субшкали/Шкали	Коефіцієнт	Екстраверсія	Емоційна стабільність	Відкритість новому досвіду	Тривога
Емоційна стабільність	Pearson's r	0.115	—		
	df	92	—		
	p-value	0.268	—		
Відкритість новому досвіду	Spearman's rho	0.366	0.425	—	
	df	92	92	—	
	p-value	< .001	< .001	—	
Тривога	Spearman's rho	-0.135	-0.584	-0.373	—
	df	92	92	92	—
	p-value	0.194	< .001	< .001	—
Депресія	Spearman's rho	-0.289	-0.256	-0.396	0.504
	df	92	92	92	92
	p-value	0.005	0.013	< .001	< .001

Спостерігаємо обернену кореляцію як між шкалами емоційної стабільності, відкритості до нового досвіду, екстраверсії та депресії, при цьому зв'язок слабкого рівня встановився між екстраверсією, емоційною стабільністю та депресією (-0,298 та -0,256) та середнього рівня – між відкритістю до нового досвіду та депресією (-0.396). Так само статистично значуща обернена кореляція присутня між емоційною стабільністю (сила зв'язку відчутна - 0.584), відкритістю до нового досвіду (сила зв'язку середня - 0.373) та тривогою. З приводу кореляції рис особистості між собою, статистично значущими є прямі кореляції між емоційною стабільністю і відкритістю новому досвіду та між

відкритістю новому досвіду і екстраверсією з помірною силою кореляції (0,425 та 0.366). На рисунку 3.6 наводимо графічне відображення аналізу.

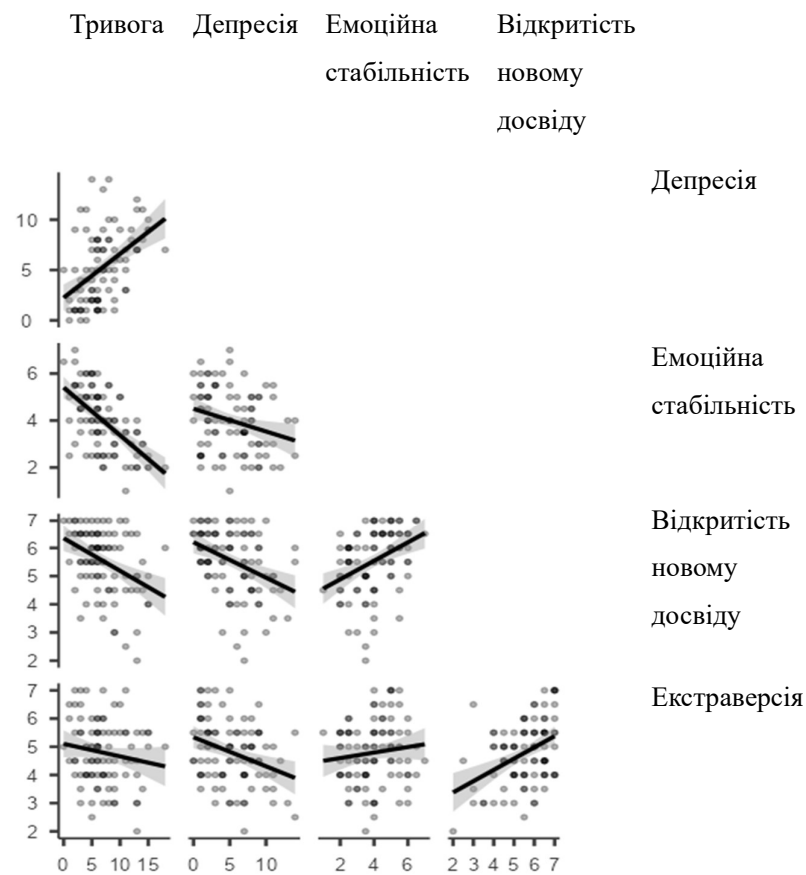


Рис. 3.5 Напрямки та сила кореляцій між емоційною стабільністю, відкритістю до нового досвіду, екстраверсією, тривогою, депресією

Повертаючись до дослідницьких питань можемо стверджувати про наявність оберненої кореляції між рівнями відкритості до нового досвіду, емоційної стабільності та показниками тривоги і депресії – чим більша відкритість до нового досвіду та емоційна стабільність, тим нижчими будуть показники депресії та тривоги.

Тепер перейдемо до пошуку кореляційних зав'язків між суб'єктивним благополуччям і його підшкалами, зокрема психологічним благополуччям, резильєнтністю та проявами тривоги і депресії. Наявні дослідження більше

Таблиця демонструє обернену кореляцію як між шкалою суб'єктивного благополуччя та всім її підшкалами, а також резильєнтністю. Кореляції між шкалою суб'єктивного благополуччя, її підшкалами та тривогою переважно середньої сили (в межах 0.3–0.5), а з депресією – відчутної (в межах 0.5–0.7). Зв'язок між резильєнтністю та тривогою і депресією також середньої сили (в жах 0.3–0.5).

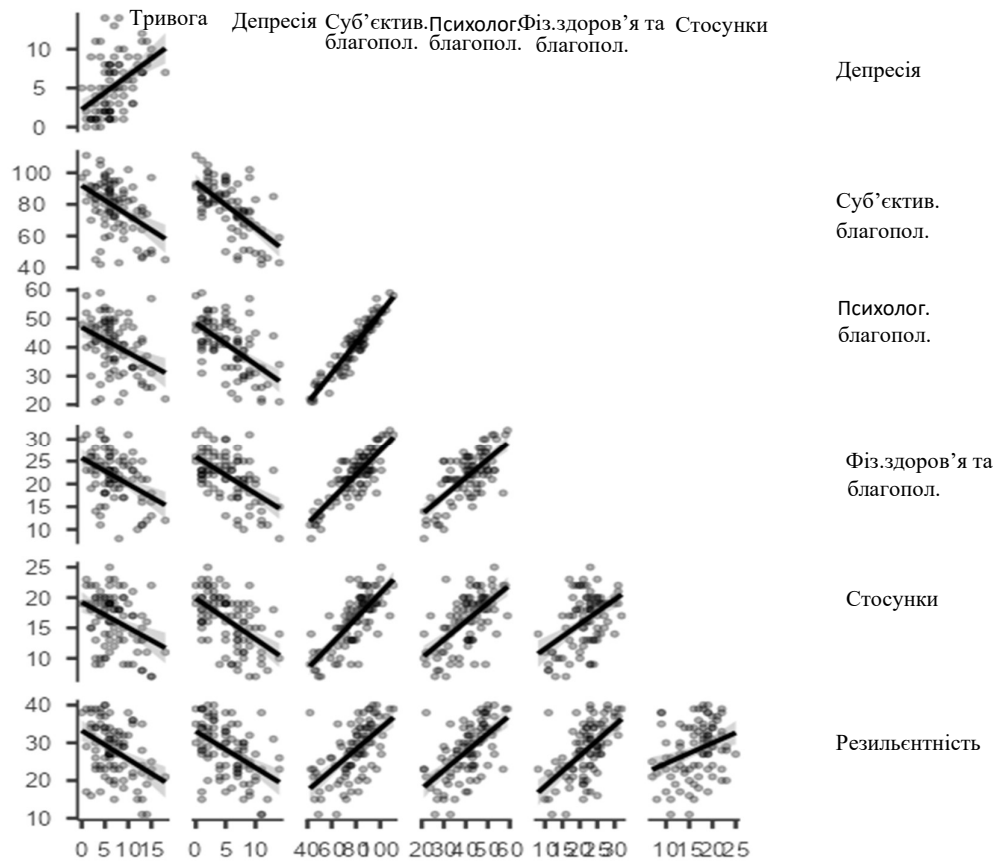


Рис. 3.6 Напрямки та сила кореляцій між суб'єктивним благополуччям, його компонентами, резильєнтністю, тривогою, депресією

Закінчуємо кореляційний аналіз пошуком зв'язку між шкалами емоційної стабільності, відкритості до нового досвіду, екстраверсії, суб'єктивного благополуччя і резильєнтності.

Табл. 3.19

**Кореляції між емоційною стабільністю, відкритістю до нового досвіду,
психологічним благополуччям, резильєнтністю**

Субшкали/ Шкали	Коефіцієнт	Емоційна стабільність	Відкритість новому досвіду	Психолог. благопол.
Емоційна стабільність	Pearson's r	—		
	df	—		
	p-value	—		
Відкритість новому досвіду	Spearman's rho	0.425	—	
	df	92	—	
	p-value	< .001	—	
Психолог. благопол.	Spearman's rho	0.541	0.535	—
	df	92	92	—
	p-value	< .001	< .001	—
Резильєнтність	Pearson's r	0.681	0.404	0.601
	df	92	92	92
	p-value	< .001	< .001	< .001

В результаті аналізу виявлено позитивну кореляцію відчутної сили (межах 0.5-0.7) між емоційною стабільністю, відкритістю до нового досвіду та психологічним благополуччям, позитивну кореляцію відчутної сили (в межах 0.5-0.7) між емоційною стабільністю і резильєнтністю, а також кореляцію середньої сили (в межах 0.3–0.5) між відкритістю до нового досвіду та резильєнтністю. Відповідаючи на поставлене нами дослідницьке питання, констатуємо негативну кореляцію між резильєнтністю та нейротизмом.

Завершуємо наше дослідження проведенням регресійного аналізу для виявлення потенційного впливу психоделіків на особистісні характеристики: емоційну стабільність, відкритість до нового досвіду, рівень тривоги, депресії, суб'єктивного благополуччя, резильєнтності.

Почнемо з перевірки впливу психоделіків на рівень емоційної стабільності. Як бачимо, у таблиці 3.20 показано статистично значущий вплив середнього рівня ($p < 0.05$, $R > 0.3$), що визначає вплив на дисперсію на 11%.

Табл. 3.20

Вплив психоделіків на емоційну стабільність

Model Coefficients – Емоційна стабільність

Predictor	Estimate	SE	t	p	Model Fit Measures		
					Model	R	R ²
Intercept ^a	4.394	0.174	25.25	< .001	1	0.341	0.116
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	-0.906	0.260	-3.48	< .001			

Тепер проводимо аналогічну перевірку щодо впливу психоделіків на Відкритість новому досвіду і виявляємо статистично значущий вплив слабкого рівня ($p = 0.05$, $R < 0.3$), що «пояснює» 3,9% показника (таблиця 3.21).

Табл. 3.21

Вплив психоделіків на відкритість новому досвіду

Model Coefficients - Відкритість новому досвіду

Predictor	Estimate	SE	t	p	Model Fit Measures		
					Model	R	R ²
Intercept ^a	5.740	0.157	36.50	< .001	1	0.198	0.0390
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	-0.455	0.235	-1.93	0.056			

Наступним аналізуємо вплив вживання психоделічних речовин на тривогу. Спостерігаємо статистично значущий вплив середнього рівня ($p < 0.05$, $R = 0.3$), що «пояснює» залежну змінну на 8,9% (таблиця 3.22).

Табл. 3.22

Вплив психоделіків на тривогу

Model Coefficients - Тривога					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	5.94	0.509	11.67	<.001	1	0.300	0.0899
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	2.30	0.762	3.01	0.003			

Схожий результат про вплив вживання психоделіків маємо на депресію - статистично значущий вплив низького рівня ($p = 0.05$, $R < 0.3$), що «пояснює» залежну змінну на 4% (таблиця 3.23).

Табл. 3.23

Вплив психоделіків на депресію

Model Coefficients - Депресія					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	4.65	0.482	9.66	<.001	1	0.201	0.0403
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	1.42	0.721	1.97	0.052			

В наступній таблиці 3.24 аналізуємо вплив психоделічних речовин на суб'єктивне благополуччя. Спостерігаємо відсутність статистично значущого впливу ($p > 0.05$, $R < 0.3$). Водночас додатковий аналіз впливу вживання психоделічних речовин на психологічне благополуччя, як складову суб'єктивного благополуччя, по показниках якої ми виявили статистично значущі розбіжності між групами, виявив статистично значущий вплив слабкого рівня ($p < 0.05$, $R < 0.3$), що «пояснює» цю залежну змінну на 4%.

Табл. 3.24

Вплив психоделіків на суб'єктивне благополуччя та психологічне благополуччя

Model Coefficients - Субект. благопол.					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	80.83	2.20	36.67	<.001	1	0.138	0.0190
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	-4.40	3.30	-1.33	0.186			

Model Coefficients - Психолог. благопол.					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	42.50	1.20	35.28	<.001	1	0.211	0.047
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	-3.74	1.80	-2.07	0.041			

Закінчуємо наше дослідження перевіркою впливу психоделіків на рівень резильєнтності. Як бачимо у Таблиці 3.25 статистично значущого впливу не зафіксовано ($p > 0.05$, $R < 0.3$).

Табл. 3.25

Вплив психоделіків на резильєнтність

Model Coefficients - Резильєнтність					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	29.06	0.984	29.53	<.001	1	0.172	0.0295
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	-2.46	1.472	-1.67	0.098			

Базуючись на отриманих в процесі аналізу даних щодо статистично значущих розбіжностей між групами по низці показників, перевірці кореляції шкал та впливів предикторів на визначені для дослідження характеристики особистості, ми можемо зробити висновок про опосередкований вплив

психоделічних речовин на рівні тривоги, депресії та психологічного благополуччя через їх безпосередній вплив на такі риси особистості як емоційна стабільність, відкритість новому досвіду, екстраверсія. Таблиці 3.26, 3.27 та 3.28 відображають озвучену модель по кожній характеристиці. Визначені в якості предикторів риси особистості в комбінації з фактором вживання психоделіків справляють статистично значущий вплив:

- відчутного рівня ($R > 0.5$) на рівень тривоги, що «пояснює» цю залежну змінну на 38%,
- середнього рівня ($R < 0.5$) на рівень депресії, що «пояснює» цю залежну змінну на 17%,
- відчутного рівня ($R > 0.5$) на рівень психологічного благополуччя, що «пояснює» цю залежну змінну на 35%.

На нашу думку, таким же чином, впливаючи на риси особистості, психоделіки можуть чинити опосередкований вплив на суб'єктивне благополуччя та резильєнтність, попри відсутність такого доказу при здійсненні регресійного аналізу з єдиним предиктором “вживання психоделіків”. На доказ наводимо результат аналізу в таблицях 3.29 та 3.20.

Табл. 3.26

Вплив психоделіків, емоційної стабільності та відкритості новому досвіду на тривогу

Model Coefficients - Тривога					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	15.557	1.775	8.77	<.001	1	0.619	0.383
Емоційна стабільність	-1.392	0.270	5.16	<.001			
Відкритість новому досвіду	-0.609	0.298	2.04	0.044			
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	0.757	0.677	1.12	0.266			

Табл. 3.27

**Вплив психоделіків, емоційної стабільності та відкритості до нового досвіду
на депресію**

Model Coefficients - Депресія					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	11.566	1.894	6.106	<.001	1	0.415	0.172
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	0.726	0.722	1.005	0.317			
Емоційна стабільність	-0.258	0.288	0.895	0.373			
Відкритість новому досвіду	-1.007	0.319	3.160	0.002			

Табл. 3.28

**Вплив психоделіків, емоційної стабільності та відкритості до нового досвіду
на психологічне благополуччя**

Model Coefficients - Психолог. благопол.					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	16.699	4.207	3.969	<.001	1	0.592	0.350
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	-0.386	1.604	0.241	0.810			
Емоційна стабільність	2.345	0.640	3.666	<.001			
Відкритість новому досвіду	2.700	0.708	3.815	<.001			

Табл. 3.29

Вплив психоделіків, емоційної стабільності та відкритості до нового досвіду на суб'єктивне благополуччя

Model Coefficients - Субект. благопол.					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	34.56	7.74	4.462	<.001	1	0.569	0.324
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	1.71	2.95	0.580	0.563			
Емоційна стабільність	4.38	1.18	3.724	<.001			
Відкритість новому досвіду	4.71	1.30	3.612	<.001			

Табл. 3.30

Вплив психоделіків, емоційної стабільності та відкритості до нового досвіду на резильєнтність

Model Coefficients - Резильєнтність					Model Fit Measures		
Predictor	Estimate	SE	t	p	Model	R	R ²
Intercept ^a	7.51	3.005	2.50	0.014	1	0.703	0.495
Вживання психоделіків:							
Ні – Так	1.18	1.146	1.03	0.307			
Емоційна стабільність	3.46	0.457	7.58	<.001			
Відкритість новому досвіду	1.10	0.506	2.18	0.032			

3.2. Практичні рекомендації щодо організації сесій з інтеграції з отриманого психоделічного досвіду клієнтів.

Наше дослідження вказує на ймовірність якісних особистісних відмінностей між особами, що вживають психоделіки з рекреаційною та/або терапевтичною метою, та тими, що їх не вживають. Зокрема, статистично значущі відмінності виявлено щодо рівнів тривоги та депресії, емоційної стабільності, психологічного благополуччя. В умовах війни, що спричиняє дистрес та вже згадані постійно зростаючі індекси тривожних, депресивних розладів, ПТСР, ми вважаємо необхідністю досліджувати потенціал психоделіків та психоделічно асистованої терапії в Україні з подальшим впровадженням

відповідних протоколів лікування психічних розладів та відновлення психічного здоров'я українських громадян. З цією метою варто скористатися як досвідом передових країн та відповідних інституцій, які або вже застосовують дані інструменти додаткової терапії психічних розладів, як от Австралія (використання псилоцибінових грибів для лікування депресії та МДМА для лікування ПТСР), деякі штати США, або проводять чи планують активні дослідження, наприклад, Велика Британія, Німеччина, Нова Зеландія, Швейцарія [53, 54].

Щодо України, то наразі серед психоделіків наші громадяни мають доступ лише до кетаміну, який може застосовуватися офф-лейбл при терапії депресії та ПТСР. Зокрема, таке лікування можна отримати через Програму групової кетамін-асистованої психотерапії для ветеранів в громадській організації «Heal Ukraine Trauma» [55] або в центрі медичному центрі «Експіо» [56].

В очікуванні рішень на державному рівні для легального терапевтичного використання решти психоделічних речовин, що є ефективними в терапії афективних розладів воєнного часу, про що говорять на відповідних конференціях, наприклад, фахівці Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України та громадська організація Українська асоціація психоделічних досліджень [57, 61], наші військові та цивільні досить часто шукають варіанти отримання психоделічної терапії закордоном. Зважаючи на такі випадки, вважаємо, що актуальним для українських психологів, психіатрів та психотерапевтів має стати питання з інтеграції отриманого психоделічного досвіду. В цьому зв'язку, ми б хотіли запропонувати прототип мінінастанови по інтеграції психоделічного досвіду терапевтом, базуючись на наявних західних гайдлайнах, напрацьованих провідними інституціями в цій галузі, такими як MAPS (Мультидисциплінарна асоціація психоделічних досліджень) і подібних [58, 59, 60, 61, 62, 63, 64].

На наше переконання, психологу, психотерапевту або психіатру варто орієнтуватися на наступні етапи в своїй роботі з клієнтом для інтеграції психоделічного досвіду:

1. Оцінка та контейнування досвіду (сесії 1–2)

Основна мета: створити безпечний простір для висловлення пережитого клієнтом та оцінити контекст досвіду.

Інструменти та дії терапевта:

- a. Психоедукація: пояснення клієнту різниці між досвідом, його змістом і інтерпретацією. Рекомендовано питання з фокусом на пережитому: «Що саме сталося?», «Що було найбільш значущим?», «Що змінилося у вашому ставленні до себе/світу?»
- b. Визначення типу досвіду: містичний, розчинення его, тілесний, повторне проживання травми.
- c. При потребі застосування шкал MEQ-30 (Mystical Experience Questionnaire- Опитувальник містичного досвіду) [65], 5D-ASC (5 Dimensions of Altered States of Consciousness – П'ятифакторний опитувальник змінених станів свідомості) [66], CEQ (Challenging Experience Questionnaire) [67], EDI (Ego-Dissolution Inventory – Опитувальник розчинення Его) [68].
- d. Оцінка ризиків: наявність тригерів ПТСР, дестабілізація, схильність до манії або дисоціації.
- e. Використання технік контейнування: заземлення, тілесна стабілізація, дихання.

2. Осмислення змісту досвіду (сесії 3–6).

Основна мета: переінтегрувати виявлені емоції, уявлення, образи, архетипи чи сенси в особисту історію клієнта.

Інструменти та дії терапевта:

- a. Терапія прийняття та відповідальності, системна сімейна терапія, використання технік для роботи з метаформами, субособистостями, цінностями.
- b. Архетипова / екзистенційна інтерпретація: «Що хоче повідомити цей образ про ваш життєвий шлях?»
- c. Тілесна інтеграція: робота з тими зонами тіла, де «залишився досвід»
- d. Інтеграція емоційних переживань з вербалізованим, допомога у складанні історії про досвід клієнта: «Я пережив щось, що змінило моє бачення життя — я побачив/ла... відчув/ла... відкрив/ла для себе...»

3. Поведінкова інтеграція (сесії 6–10)

Основна мета: перевести досвід у конкретні кроки та зміни у повсякденному житті.

Інструменти та дії терапевта:

- a. Ціннісне планування: «Що цей досвід говорить про ваші справжні цінності?», «Які дії можуть їх підтримати у реальності?»
- b. Контроль за «психоделічною інфляцією»: допомога уникнути зайвої надінтерпретації досвіду, що може викликати труднощі з реалізацією змін у щоденному житті.
- c. Пропозиція здійснити мікро-експерименти: одна нова поведінка/новий ритуал/нова дія.

4. Подальша інтеграція та перевірка змін (сесії 10–12 і надалі)

Основна мета: підтримка довгострокових змін та перевірка трансформації у глибших шарах особистості.

Інструменти та дії терапевта:

- a. Оцінити вплив досвіду через певний період часу - 1–3–6 місяців
- b. При потребі застосувати шкали: PEQ (Persisting Effects Questionnaire – Опитувальник стійких ефектів) [87], NEO PI-R (Переглянутий особистісний опитувальник) [88], Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ

[22], PTGI (Post-Traumatic Growth Inventory - Опитувальник посттравматичного зростання) [69], SCS (Self-Compassion Scale - Шкала самоспівчуття) [70], Authenticity Scale (Шкала автентичності) [71].

- c. Провести «інтеграційний цикл»: пережите-осмислене-вбудоване-актуалізоване.
- d. Підтримувати життєві зміни: робота з опором середовища, підтримка нових звичок, ритуалів, середовища.

Зазвичай період повної інтеграції триває від 1 місяця до року.

При роботі з інтеграцією психоделічного досвіду терапевту варто пам'ятати класичні етичні принципи та підходи:

- Достатній рівень підготовки та розуміння механізмів дії та особливостей впливу психоделіків на особистість (наприклад, курси підготовки MAPS [89], Fluence [90]),
- Емпатію та підтримку (толерантність чутливих тем релігії, філософії чи травми),
- Невтручання у досвід клієнта (терапевт не інтерпретує досвід, він фасилітує).

Висновки до розділу III

Згідно із завданнями та дослідницькими питаннями, висунутими на початку нашого дослідження, ми здійснили порівняльний, кореляційний та регресійний аналіз отриманих даних.

Наше дослідження демонструє, що респонденти, які вживали психоделічні речовини з рекреаційною метою та/або у складі психоделічно асистованої психотерапії, в порівнянні з досліджуваними, які не мали досвіду вживання, проявили:

- нижчі середні значення рівнів тривоги та депресії, водночас обидві групи знаходяться на однакових рівнях за нормативними показниками депресії – в

межах норми, але відрізняються за проявами тривоги – в межах норми для основної групи та субклінічний прояв тривоги для контрольної,

- вищі середні значення екстраверсії, емоційної стабільності та відкритості новому досвіду основної групи, разом з тим згідно нормативних даних у обох груп високий рівень екстраверсії, низький рівень емоційної стабільності, різні рівні відкритості новому досвіду - високий в основній групі та низький у контрольній,
- вищі середні значення суб'єктивного та психічного благополуччя, як його складової, та середній рівень суб'єктивного та психічного благополуччя, в той час як у респондентів контрольної групи рівень низький,
- дещо вищі середні значення резильєнтності, при цьому обидві групи мають вищий середнього рівень резильєнтності згідно нормативної шкали.

В результаті порівняльного аналізу з допомогою Т-тесту ми виявили, що відмінності між основною та контрольною групами є статистично значущими для:

- тривоги і депресії, розмір ефекту за коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції середній для тривоги (0.338) та слабкий для депресії (0.240),
- екстраверсії, емоційної стабільності та відкритості новому досвіду, розмір ефекту (Cohen's d) слабкий для емоційної стабільності та екстраверсії - 0.260 та 0.228 відповідно, і такий же слабкий для відкритості до нового досвіду за коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції (0.2505),
- психологічного благополуччя, розмір ефекту за коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції - слабкий (0.2454).

Для розуміння кореляцій між досліджуваними характеристиками ми провели кореляційний аналіз, що виявив статистично значущі зв'язки:

- слабого рівня між екстраверсією, емоційною стабільністю та депресією (-0,298 та -0,256), кореляція негативна,

- середнього рівня між відкритістю новому досвіду та депресією (-0.396), кореляція негативна,
- відчутного рівня між емоційною стабільністю (- 0.584) та тривогою, кореляція негативна,
- середнього рівня відкритістю до нового досвіду (- 0.373) та тривогою, кореляція негативна,
- середнього рівня (в межах 0.3–0.5) між тривогою та шкалою суб'єктивного благополуччя та її підшкалами, кореляція негативна,
- відчутного рівня (в межах 0.5–0.7) між депресією та шкалою суб'єктивного благополуччя та її підшкалами, кореляція негативна,
- середнього рівня (в межах 0.3–0.5) між тривогою і депресією та резильєнтністю, кореляція негативна,
- відчутної сили (межах 0.5-0.7) між емоційною стабільністю, відкритістю до нового досвіду та психологічним благополуччям, кореляція позитивна,
- відчутної сили (в межах 0.5-0.7) між емоційною стабільністю і резильєнтністю,
- середньої сили (в межах 0.3–0.5) - між відкритістю новому досвіду та резильєнтністю.

Ми завершили наше дослідження регресійним аналізом, що підтвердив вплив вживання психоделічних речовин на емоційну стабільність (зв'язок середнього рівня $R = 0.341$, $R^2 = 0.116$), відкритість до нового досвіду (зв'язок слабкого рівня $R > 0.198$, $R^2 = 0.039$), тривогу (зв'язок середнього рівня $R > 0.300$, $R^2 = 0.0899$), депресію (зв'язок слабкого рівня $R > 0.201$, $R^2 = 0.0403$) та психологічне благополуччя досвіду (зв'язок слабкого рівня $R > 0.211$, $R^2 = 0.047$). А от безпосереднього впливу вживання психоделічних речовин на рівні суб'єктивного благополуччя та резильєнтності не виявлено ($p > 0.05$). Аналізуючи всі отримані результати, ми прийшли до висновку про більший опосередкований вплив психоделічних речовин на рівні тривоги, депресії та психологічного благополуччя через їх безпосередній вплив на такі риси особистості як емоційна

стабільність, відкритість новому досвіду, екстраверсія. Це дозволяє нам припустити, що таким же чином психоделіки можуть впливати на суб'єктивне благополуччя та резильєнтність.

ВИСНОВКИ

Зростання частки психічних розладів у світі, зокрема тривоги, депресії і ПТСР, що ускладнюються їх коморбідністю та резистентністю до лікування змушує світову спільноту до пошуку альтернативних засобів їх лікування і повертає науковців до дослідження терапевтичних властивостей психоделічних речовин. В ситуації з Україною психічні розлади значно ускладнюють дистресом повномасштабної російсько-української війни, що, на жаль, триває. Відповідно, доступність ефективних засобів їх терапії звучать, як ніколи гостро. Напрямок клінічних досліджень із безпосереднім застосуванням психоделіків - не єдиний спосіб дослідження цих речовин, оскільки ми зустрічаємо також досить велику частку робіт, заснованих на опитуваннях респондентів, покликаних виявити ті чи інші ефекти вживання психоделічних речовин та їх впливу на психічне здоров'я, подібні до тих, що спостерігалася в клінічних випробуваннях. Наше дослідження мало на меті виявити подібні впливи у невеликій групі користувачів психоактивних речовин. Досліджувані нашої вибірки заповнили ряд методик, що оцінювали депресію, тривогу, риси особистості, резильєнтність та суб'єктивне благополуччя. В результаті аналізу ми отримали підтвердження, що вживання психоактивних речовин може бути пов'язане з нижчими депресивними та тривожними проявами, з вищим рівнем психологічного благополуччя, а також вищим рівнем емоційної стабільності, відкритості новому досвіду та екстраверсії.

Першим завданням нашого дослідження було проведення теоретичного аналізу досліджень, що стосуються впливу психоделіків на психічне здоров'я, зокрема тривогу та депресію, риси особистості, рівень суб'єктивного благополуччя та резильєнтності. В результаті ми готові узагальнити, що переважна більшість досліджень стосувалися позитивних результатів в лікуванні тривоги та депресії, ПТСР, алкогольної, тютюнової та наркотичної залежностей, тривоги, пов'язаної з термінальними стадіями невиліковних хвороб, а також вчені повідомляють про позитивні зміни у загальному самопочутті, підвищення

психологічної гнучкості, відкритості, екстраверсії, емоційної стійкості, благополуччя та задоволеності життям у випадку досліджень на здорових людях.

Наступним нашим завданням було проведення емпіричного дослідження для визначення рівнів тривоги, депресії, п'яти ключових особистісних рис, рівнів резильєнтності та суб'єктивного благополуччя респондентів, що вживали психоделіки. Результати порівняльного аналізу з виявленням статистичної значущості дозволяють нам ствержувати про відмінності між респондентами, що вживали психоделіки, та досліджуваними, які не вживали психоделічні речовини, а саме – нижчі рівні тривоги, депресії, вищі рівні психологічного благополуччя, емоційної стабільності, відкритості новому досвіду та екстраверсії. Якщо говорити про нормативні показники по виявлених відмінностях, по обидві групи респондентів мають високий рівень екстраверсії, низький рівень емоційної стабільності, показник депресії в межах норми, але досліджувані, які не вживали психоделіки, мають субклінічно виражену тривогу в порівнянні з тривогою в межах норми основної групи, низький рівень психологічного благополуччя на протигагу середньому рівню основної групи та низький рівень відкритості до нового досвіду в порівнянні з високим основної групи.

Третім завданням дослідження ми мали на меті перевірити наявність впливу вживання психоделіків на особистісні риси, рівні тривоги, депресії, суб'єктивного благополуччя та резильєнтності. Здійснений регресійний аналіз дозволив нам підтвердити вплив психоделічних речовин на емоційну стабільність, відкритість новому досвіду, психологічне благополуччя, рівень тривоги та депресії. Аналізуючи всі отримані результати, ми прийшли до висновку про більший опосередкований вплив психоделічних речовин на рівні тривоги, депресії та психологічного благополуччя через їх безпосередній вплив на такі риси особистості як емоційна стабільність, відкритість новому досвіду, екстраверсія. Це дозволяє нам припустити, що таким же чином психоделіки можуть впливати на суб'єктивне благополуччя та резильєнтність.

І врешті останнім четвертим завданням була розробка мінінастанови для організації сесій з інтеграції з отриманого психоделічного досвіду клієнтів, що

може використовуватися в роботі психологами, психотерапевтами та психіатрами. Своє бачення етапів роботи, інструментів та послідовності дій фахівця при інтеграції психоделічного досвіду клієнтів ми виклали у пункті 3.2 нашої роботи.

Підсумовуємо нашу роботу відповідями на поставлені дослідницькі питання:

1. Психоделіки можуть справити позитивний вплив на лікування тривожних та депресивних станів. Наше дослідження дозволяє припустити наявність опосередкованого впливу психоделіків на тривожні та депресивні стани - через їх вплив на риси особистості такі як емоційна стабільність, відкритість до нового досвіду. Респонденти, які вживали психоделічні речовини в рекреаційних цілях та/або у складі психоделічно асистованої терапії відрізняються нижчим рівнем тривожності та депресії і ця відмінність є статистично значущою.
2. Досліджувані, які вживали психоделіки мають нижчий рівень нейротизму або іншими словами вищий рівень емоційної стабільності та вищий рівень відкритості до нового досвіду, в порівнянні з респондентами контрольної групи. Ці риси мають негативну кореляцію з тривогою і депресією, при цьому рівень емоційної стабільності є більш визначальним для наявності тривожних станів, в той час як рівень відкритості до нового досвіду – для депресивних.
3. Ми не виявили безпосереднього впливу психоделічних речовини на посилення відчуття суб'єктивного благополуччя. Суб'єктивне благополуччя негативно корелює із тривогою та депресією. Враховуючи всі отримані результати, ми можемо припускати опосередковану дію психоделіків на суб'єктивне благополуччя через його складову психологічне благополуччя та риси особистості (емоційну стабільність, відкритість до нового досвіду).
4. Наш аналіз не довів наявності безпосереднього впливу психоделіків на рівень резильєнтності, але підтвердив його негативну кореляцію з

нейротизмом, проявами тривоги та депресії. Отримані результати дозволяють припускати опосередкований вплив психоделіків на стійкість через риси особистості (емоційну стабільність, відкритість до нового досвіду).

Результати нашого дослідження, окрім привернення уваги до теми психоделіків, їх терапевтичних впливів на тривожно-депресивні стани та індивідуально-психологічні характеристики особистості, що в свою чергу пов'язані з психічним здоров'ям, робить внесок у збільшення бази даних досліджень, що розглядають вживання психоделіків поза контекстом клінічних випробувань для покращення психічного здоров'я. Практичне значення продовження дослідження полягає у визначенні психологічного профілю споживача психоделіків та розуміння особистісних характеристик респондентів, які не розглядають використання психоделіків в терапевтичних чи рекреаційних цілях. Розуміння індивідуально-психологічних характеристик, а також упереджень щодо психоделічних речовин може сприяти грамотній едукації наших громадян з метою дати повну картину про терапевтичний потенціал психоделіків та ризики, пов'язані з безпекою та побічними діями, які переважно хвилюють споживачів в першу чергу.

Ми вважаємо, що результати цього дослідження можуть бути взяті до уваги іншими дослідниками, які вивчають вплив психоделіків на особистість та психічне здоров'я, і можуть мати продовження з використанням більшої кількості методик, ширшої вибірки, підходу “до та після” вживання психоделіків для основної групи, відстежування тривалості ефектів, а запропонований прототип мінінастанови по інтеграції психоделічного досвіду клієнтів може використовуватися терапевтами при плануванні сесій з клієнтами.

З метою оприлюднення результатів нашого дослідження, але на меншій вибірці на момент аналізу результатів, була здійснена публікація статті у спеціальному випуску Київського журналу сучасної психології та психотерапії :

тези науково-практичної конференції «Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення» (12–13 квітня 2025 року, м. Київ).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ

1. Національний інститут стратегічних досліджень. (2023, 27 червня). *Підтримка ментального здоров'я в часи війни*. <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>
2. Gradus Research. (2022, 1 жовтня). *Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни*. [https://gradus.app/documents/307/Gradus Research Mental Health Report full version.pdf](https://gradus.app/documents/307/Gradus_Research_Mental_Health_Report_full_version.pdf)
3. Tanne, J. H. (2004). Humphry Osmond. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7441), 713.
4. Renshaw, W. B. (2020). The medical history & use of psychedelic drugs. *Legacy*, 20(1), Article 5.
5. Strassman, R. (1984). Adverse reactions to psychedelic drugs: A review of the literature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(10), 577–595. <https://doi.org/10.1097/00005053-198410000-00001>
6. Rai, M., Bhattarai, S., & Feitosa, C. M. (Eds.). (2020). *Wild plants: The treasure of natural healers* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003020134>
7. Nichols, D. E. (2022). Entactogens: How the name for a novel class of psychoactive agents originated. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 863088. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.863088>
8. Matrenitsky, V. (2022). Ренесанс психоделічної терапії та її значення для України. *Likarska Sprava*, (3–4), 37–59. [https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-\(3-4\)-04](https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-(3-4)-04)
9. Kelmendi, B., Kaye, A. P., Pittenger, C., & Kwan, A. C. (2022). Psychedelics. *Current Biology*, 32(2), R63–R67. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2021.12.009>
10. Zhang, M., Wang, Y., Gao, T. M., & Wang, X. (2024). Psychedelics and consciousness: Expanding the horizons of mind and therapy. *Research (Washington, D.C.)*, 7, 0495. <https://doi.org/10.34133/research.0495>

11. Rucker, J. J. H., Iliff, J., & Nutt, D. J. (2018). Psychiatry & the psychedelic drugs: Past, present & future. *Neuropharmacology*, *142*, 200–218. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.12.040>
12. Doblin, R. E., Christiansen, M., Jerome, L., & Burge, B. (2019). The past and future of psychedelic science: An introduction to this issue. *Journal of Psychoactive Drugs*, *51*(2), 93–97. <https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1606472>
13. Reiff, C. M., Richman, E. E., Nemeroff, C. B., Carpenter, L. L., Widge, A. S., & Rodriguez, C. I. (2020). Psychedelics and psychedelic-assisted psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *177*(5), 391–410. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010035>
14. Out of Service. (n.d.). *The Big Five Personality Test: What it measures*. <https://www.outofservice.com/bigfive/info/>
15. Kang, W., Steffens, F., Pineda, S., et al. (2023). Personality traits and dimensions of mental health. *Scientific Reports*, *13*, 7091. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33996-1>
16. Коцун, О. М., & Мельничук, Т. І. (2023). *Резилієнс-довідник: практичний посібник*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
17. Пахоль, Б. (2017). Суб'єктивне та психологічне благополуччя: класичні підходи, моделі та чинники. *Український психологічний журнал*, *1*(3), 80–104.
18. Brasher, T., Rosen, D., & Spinella, M. (2023). Psychedelics and psychological strengths. *International Journal of Wellbeing*, *13*(1), 1–35. <https://doi.org/10.5502/ijw.v13i1.2325>
19. Khubsing, R. S. I., Leerdam, M. v., Haijen, E. C. H. M., & Kuypers, K. P. C. (2024). Self-rated effectiveness of ayahuasca and breathwork on well-being, psychological resilience, self-compassion, and personality: An observational

- comparison study. *Psychoactives*, 3(2), 167–183.
<https://doi.org/10.3390/psychoactives3020011>
20. Erritzoe, D., Smith, J., Fisher, P. M., Carhart-Harris, R., Frokjaer, V. G., & Knudsen, G. M. (2019). Recreational use of psychedelics is associated with elevated personality trait openness: Exploration of associations with brain serotonin markers. *Journal of Psychopharmacology*, 33(9), 1068–1075.
<https://doi.org/10.1177/0269881119827891>
21. Sjöström, D. K., Claesdotter-Knutsson, E., & Kajonius, P. J. (2024). Personality traits explain the relationship between psychedelic use and less depression in a comparative study. *Scientific Reports*, 14(1), 10195.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-60890-1>
22. Klimanska, M., & Haletska, I. (2019). Ukrainian adaptation of the short five factor personality questionnaire TIPI (TIPI-UKR). *Psychological Journal*, 5, 57–74. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4>
23. Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. Jr. (n.d.). *Ten Item Personality Inventory (TIPI)*. University of Texas. <https://gosling.psy.utexas.edu/scales-weve-developed/ten-item-personality-measure-tipi/>
24. StackExchange. (n.d.). *How to understand what a low score or high score is for a particular measure*.
<https://psychology.stackexchange.com/questions/18154/how-to-understand-what-a-low-score-or-high-score-is-for-a-particular-measure>
25. Карамушка, Л., Терещенко, К., & Креденцер, О. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3(27), 85–94.
<https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>

26. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 80(2), 66–72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
27. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
28. Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77.
29. Міністерство охорони здоров'я України. (2014). *Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Депресія*. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf
30. Storme, M., Tavani, J. L., & Myszkowski, N. (2016). Psychometric properties of the French Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Journal of Individual Differences*, 37, 81–87. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000204>
31. Romero, E., Villar, P., Gómez-Fraguela, J. A., & López-Romero, L. (2012). Measuring personality traits with ultra-short scales: A study of the Ten Item Personality Inventory (TIPI) in a Spanish sample. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 289–293. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.035>
32. Akhtar, H. (2018). Translation and validation of the Ten-Item Personality Inventory (TIPI) into Bahasa Indonesia. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 7(2), 59–69. <https://doi.org/10.5861/ijrsp.2018.3009>
33. Iwasa, H., & Yoshida, Y. (2018). Psychometric evaluation of the Japanese version of Ten-Item Personality Inventory (TIPI-J) among middle-aged and elderly adults: Concurrent validity, internal consistency and test-retest

reliability. *Cogent Psychology*, 5(1).
<https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1426256>

34. Pontin, E., Schwannauer, M., Tai, S., et al. (2013). A UK validation of a general measure of subjective well-being: The modified BBC subjective well-being scale (BBC-SWB). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 150.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-150>
35. Megherbi-Moulay, O., Jullian, B., Franchitto, N., et al. (2025). Transcultural adaptation and validation in French of the BBC Subjective Well-Being Scale (BBC-SWB) in the general population. *Applied Research in Quality of Life*.
<https://doi.org/10.1007/s11482-025-10439-9>
36. Kinderman, P., Tai, S., Pontin, E., Schwannauer, M., Jarman, I., & Lisboa, P. (2015). Causal and mediating factors for anxiety, depression and well-being. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 456–460.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147553>
37. Yan, X., Wang, X., Xu, C., Xu, Y., Liu, P., Peng, L., & Li, M. (2023). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) in male military personnel with and without PTSD. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100666.
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100666>
38. Wojujutari, A. K., Idemudia, E. S., & Ugwu, L. E. (2024). Evaluation of reliability generalization of Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10 and CD-RISC-25): A meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(11), e0297913.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297913>
39. Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M. L., et al. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLOS ONE*, 7(6), e39879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039879>

40. Cheng, C., Dong, D., He, J., Zhong, X., & Yao, S. (2020). Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) in Chinese undergraduates and depressive patients. *Journal of Affective Disorders, 261*, 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.018>
41. Pretorius, T. B., & Padmanabhanunni, A. (2022). Validation of the Connor–Davidson Resilience Scale-10 in South Africa: Item response theory and classical test theory. *Psychology Research and Behavior Management, 15*, 1235–1245. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S365112>
42. Galanis, P., Psomiadi, M. E., Karagkounis, C., Liamopoulou, P., Manomenidis, G., Panayiotou, G., & Bellali, T. (2023). Psychometric properties of the Greek version of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) in a sample of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(18), 6752. <https://doi.org/10.3390/ijerph20186752>
43. Bar-Moshe-Lavi, L., Hertz-Palmor, N., Sella-Shalom, K., Braun, M., Pizem, N., Shacham-Shmueli, E., Rafaeli, E., & Hasson-Ohayon, I. (2024). Actor–partner effects of personality traits and psychological flexibility on psychological distress among couples coping with cancer. *Behavioral Sciences, 14*(12), 1161. <https://doi.org/10.3390/bs14121161>
44. Li, Y., Yu, J. L., Wang, S. Y., Xie, L. X., Hong, J. L., & Liu, S. (2025). Effect of insomnia on anxiety and depression: Mediation of cognitive failures and moderated mediation of neuroticism. *World Journal of Psychiatry, 15*(2), 101026. <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i2.101026>
45. Ka, L., R, E., K, W., G, J., & Lje, B. (2021). Associations between facets and aspects of Big Five personality and affective disorders: A systematic review and best evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders, 288*, 175–188. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.061>
46. Lyon, K. A., Juhasz, G., Brown, L. J. E., & Elliott, R. (2020). Big Five personality facets explaining variance in anxiety and depressive symptoms in a

- community sample. *Journal of Affective Disorders*, 274, 515–521. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.047>
47. Williams, J. D., & Murphy, P. N. (2025). Psychological effects related to psychedelic substance use in the previous 12 months. *European Journal of Psychology Open*, 0(0). <https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000081>
48. Bojanowska, A., & Urbańska, B. (2021). Individual values and well-being: The moderating role of personality traits. *International Journal of Psychology*, 56, 698–709. <https://doi.org/10.1002/ijop.12751>
49. Liu, Y., Wang, Z. H., & Li, Z. G. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 833–838. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.017>
50. Wermelinger Ávila, M. P., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2017). Association between depression and resilience in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 237–246. <https://doi.org/10.1002/gps.4619>
51. Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.048>
52. Gargiulo, R. A., & Stokes, M. A. (2009). Subjective well-being as an indicator for clinical depression. *Social Indicators Research*, 92, 517–527. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9301-0>
53. Nutt, D. J., Hunt, P., Schlag, A. K., & Fitzgerald, P. (2024). The Australia story: Current status and future challenges for the clinical applications of psychedelics. *British Journal of Pharmacology*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/bph.17398>
54. Lake, S., & Lucas, P. (2024). The global psychedelic survey: Consumer characteristics, patterns of use, and access in primarily anglophone regions

- around the world. *International Journal of Drug Policy*, 130, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104507>
55. Heal Traumas. (n.d.). *G-KAP VET*. <https://healtraumas.org/g-kap-vet>
56. Анастасія Б. (n.d.). *Психоделічна медицина: кетамінова терапія*. <https://anastasiab1.sg-host.com/psihodelichna-mediczina/ketaminova-terapiya/>
57. АрміяІнформ. (2023, 5 травня). *Психоделічно-асистована терапія в Україні: бути чи не бути?* <https://armyinform.com.ua/2023/05/05/psihodelichno-asystovana-terapiya-v-ukrayini-buty-chy-ne-buty/>
58. Swiss Psychedelic. (2024, вересень). *Treatment recommendations: Psychedelic-Assisted Therapy*. https://swisspsychedelic.ch/wp-content/uploads/2024/09/Treatment_recommendations_PAT.pdf
59. Cavarra, M., Falzone, A., Ramaekers, J. G., Kuypers, K. P. C., & Mento, C. (2022). Psychedelic-assisted psychotherapy—A systematic review of associated psychological interventions. *Frontiers in Psychology*, 13, 887255. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.887255>
60. Bell, A. K., Watt, B. R., Lopez Flores, A. S., et al. (2025). Cultural humility and psychedelics: A framework analysis of psychedelic-assisted therapy manuals and practice guidelines. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5908748/v1>
61. BrainFutures. (2023, серпень). *Professional practice guidelines for psychedelic-assisted therapy*. <https://www.brainfutures.org/wp-content/uploads/2023/08/Professional-Practice-Guidelines-for-Psychedelic-Assisted-Therapy-Aug-2023.pdf>
62. BrainFutures. (2022, жовтень). *An expert-informed introduction to the elements of PAT*. https://www.brainfutures.org/wp-content/uploads/2022/10/An-Expert-Informed-Introduction-to-the-Elements-of-PAT_web.pdf

63. MAPS. (2015). *MDMA-assisted psychotherapy treatment manual (Version 7)*.
<https://maps.org/research-archive/mdma/MDMA-Assisted-Psychotherapy-Treatment-Manual-Version7-19Aug15-FINAL.pdf>
64. Guss, J., Krause, R., & Slosower, J. (2020, August 13). *The Yale manual for psilocybin-assisted therapy of depression (using ACT)*.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/u6v9y>
65. Barrett, F. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2015). Validation of the revised Mystical Experience Questionnaire in experimental sessions with psilocybin. *Journal of Psychopharmacology*, 29(11), 1182–1190.
<https://doi.org/10.1177/0269881115609019>
66. Hovmand, O. R., Madsen, M. K., Fisher, P. M., & Stenbæk, D. S. (2024). Altered states of consciousness in Danish healthy volunteers and recreational users of psilocybin and the possible impact of setting and intention. *Journal of Psychopharmacology*, 38(10), 924–932.
<https://doi.org/10.1177/02698811241269669>
67. Barrett, F. S., Bradstreet, M. P., Leoutsakos, J. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). The Challenging Experience Questionnaire: Characterization of challenging experiences with psilocybin mushrooms. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1279–1295.
<https://doi.org/10.1177/0269881116678781>
68. Nour, M. M., Evans, L., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. L. (2016). Ego-dissolution and psychedelics: Validation of the Ego-Dissolution Inventory (EDI). *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 269.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00269>
69. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>

70. Neff, K. D. (2021). *Self-Compassion Scale: Information and use*. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2021/03/SCS-information.pdf>
71. Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Baliousis, M., & Joseph, S. (2008). The authentic personality: A theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 385–399. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.3.385>
72. Українська психотерапевтична асоціація. (n.d.). *UPRA – офіційний сайт*. <https://upra.org.ua/uk/>
73. Global Burden of Disease Study 2019. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.
74. United Nations. (1961). *Single Convention on Narcotic Drugs*. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
75. Feulner, L., Sermchaiwong, T., Rodland, N., & Galarneau, D. (2023). Efficacy and safety of psychedelics in treating anxiety disorders. *Ochsner Journal*, 23(4), 315–328. <https://doi.org/10.31486/toj.23.0076>
76. Lowe, H., Toyang, N., Steele, B., Grant, J., Ali, A., Gordon, L., & Ngwa, W. (2022). Psychedelics: Alternative and potential therapeutic options for treating mood and anxiety disorders. *Molecules*, 27(8). <https://doi.org/10.3390/molecules27082520>
77. Leger, R. F., & Unterwald, E. M. (2021). Assessing the effects of methodological differences on outcomes in the use of psychedelics in the treatment of anxiety and depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychopharmacology*, 36(1), 20–30. <https://doi.org/10.1177/02698811211044688>
78. Kalfas, M., Taylor, R. H., Tsapekos, D., & Young, A. H. (2023). Psychedelics for treatment-resistant depression: Are they game changers? *Expert Opinion on*

Pharmacotherapy, 24(18), 2117–2132.
<https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2281582>

79. Raison, C. L., Jain, R., Penn, A. D., Cole, S. P., & Jain, S. (2022). Effects of naturalistic psychedelic use on depression, anxiety, and well-being: Associations with patterns of use, reported harms, and transformative mental states. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.831092>
80. Nutt, D. J., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565.
81. Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення. (2025, 12–13 квітня). *Тези науково-практичної конференції* (с. 112–116). Київ.
82. Domschke, K., Seuling, P. D., Schiele, M. A., et al. (2024). The definition of treatment resistance in anxiety disorders: A Delphi method-based consensus guideline. *World Psychiatry*, 23, 113–123. <https://doi.org/10.1002/wps.21177>
83. Gaddey, H. L., Mason, B., & Naik, A. (2024). Depression: Managing resistance and partial response to treatment. *American Family Physician*, 109(5), 410–416.
84. Li, L. J., Mo, Y., Shi, Z. M., Huang, X. B., Ning, Y. P., Wu, H. W., Yang, X. H., & Zheng, W. (2024). Psilocybin for major depressive disorder: A systematic review of randomized controlled studies. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1416420. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1416420>
85. Romeo, B., Karila, L., Martelli, C., & Benyamina, A. (2020). Efficacy of psychedelic treatments on depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychopharmacology*, 34(10), 1079–1085. <https://doi.org/10.1177/0269881120919957>
86. Хаустова, О. О. (2022). Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. *Здоров'я України*, 4(63), 22–24. <https://health-ua.com/article/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresu-vjivukran>

- 87.Griffiths, R. R., Johnson, M. W., & Richards, W. A. (2006). *Persisting Effects Questionnaire (PEQ)*
- 88.Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- 89.Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies. (n.d.). *Psychedelic Fundamentals Course*. Retrieved May 2, 2025, from <https://maps.org/product/psychedelic-fundamentals-course/>
- 90.Flurence. (n.d.). *Fluence: Psychedelic therapy education*. Retrieved May 2, 2025, from [https://www.fluencetraining.com/ courses.fluencetraining.com](https://www.fluencetraining.com/courses.fluencetraining.com)

ДОДАТКИ

Додаток 1. Соціально-демографічний опитувальник.

1. Ваш вік
 - 18-20
 - 21-30
 - 31-40
 - 41-50
 - 51-60
 - 61-70
 - Старше 70

2. Гендер
 - Жінка
 - Чоловік
 - Небінарна особа

3. Ви перебуваєте у стосунках?
 - Так
 - Ні

2. У вас є діти?
 - Так
 - Ні

5. Освіта
 - Середня
 - Бакалавр
 - Спеціаліст/магістр
 - Наукова ступінь

6. Місце проживання

- Україна
- Закордон
- Живу на 2 країни – в Україні та за кордоном

7. Зайнятість

- Не працюю
- Студент/ка
- Військовий/ва
- Найманий працівник/ця
- Підприємець/ця
- Пенсіонер/ка
- Інше

8. Релігійна ідентичність

- Віруючий/а
- Атеїст/ка
- Інше

9. Фінансовий стан

- Коштів не вистачає на найнеобхідніше (їжа, медична допомога, одяг, житло, транспорт, зв'язок)
- Коштів вистачає лише на найнеобхідніше (їжа, медична допомога, одяг, житло, транспорт, зв'язок)
- Коштів вистачає на найнеобхідніше (їжа, медична допомога, одяг, житло, транспорт, зв'язок), а також додаткові товари та послуги (відпочинок, розваги)
- Коштів вистачає на найнеобхідніше (їжа, медична допомога, одяг, житло, транспорт, зв'язок), додаткові товари та послуги (відпочинок, розваги), є можливість заощаджувати або купувати вартісні товари (техніка, авто)
- Не маю обмежень у коштах, можу задовольнити будь-які свої потреби

10. Чи вживали ви психоделіки протягом останніх 3-10 років з рекреаційною метою чи у складі психотерапії?

- Так
- Ні

12. Дане питання призначене для тих, хто має досвід вживання психоделіків протягом останніх 3-10 років.

Який із запропонованих варіантів найбільше вплинув на ваш вибір вживати психоделіки з рекреаційною та/або терапевтичною метою в складі психотерапії?

*Якщо ви не вживали психоделіки, оберіть, будь ласка, відповідь "не вживав/ла психоделіки".

- Рекомендації фахівців у сфері психічного чи соматичного здоров'я (психіатр, психолог, психотерапевт, лікарі загальної практики)
- Рекомендації друзів / оточення
- Висвітлення теми в різних медіа, вплив громадської думки
- Наявність наукових досліджень про безпечність (відсутність побічних ефектів) та/або ефективність психоделіків
- Неefективність використаної раніше фармако та/або психотерапії
- Особисте переконання про користь психоделіків, незалежно від того чи воно базуються на власному дослідженні теми

13. Дане питання призначене для тих, хто не має досвіду вживання психоделіків.

Який із запропонованих варіантів найбільше впливає на ваш вибір НЕ вживати психоделіки з рекреаційною та/або терапевтичною метою в складі психотерапії?

*Якщо ви вживали психоделіки, оберіть, будь ласка, відповідь "вживав/ла психоделіки".

- Відсутність рекомендації фахівців у сфері психічного чи соматичного здоров'я (психіатр, психолог, психотерапевт, лікарі загальної практики)
- Негативні відгуки друзів/найближчого оточення

- Законодавчі заборони
- Негативні публікації в медіа
- Наявність наукових досліджень щодо ризиків для здоров'я (побічні дії, залежність) та/або неефективності
- Особисте переконання про шкідливість психоделіків, незалежно від того чи воно базується на дослідженні теми

13. Дане питання призначене для тих, хто має досвід вживання психоделіків протягом останніх 3-10 років.

Як ви оцінюєте вплив психоделіків на ваше психічне здоров'я протягом вказаного відрізка часу?

*Якщо ви не вживали психоделіки, оберіть, будь ласка, відповідь "не вживав/ла психоделіки".

- Мій стан значно погіршився
- Мій стан погіршився
- Мій стан не змінився
- Мій стан покращився
- Мій стан значно покращився

Додаток 2. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Інструкція для учасників опитування:

Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою.

Питання:

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі
 - 3 Увесь час
 - 2 Часто
 - 1 Час від часу, іноді
 - 0 Зовсім не відчуваю

2. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття
 - 0 Це так
 - 1 Напевно, це так
 - 2 В дуже малій мірі це так
 - 3 Це зовсім не так

3. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись
 - 3 Це так, та страх дуже сильний
 - 2 Це так, але страх не дуже сильний
 - 1 Іноді, але це мене не турбує
 - 0 Зовсім не відчуваю

4. Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне
 - 0 Це так
 - 1 Напевно, це так
 - 2 В дуже малій мірі це так
 - 3 Це зовсім не так

5. Метушливі думки крутяться у мене в голові

3 Постійно

2 Більшу частину часу

1 Час від часу і це не так часто

0 Тільки іноді

6. Я відчуваю бадьорість

3 Зовсім не відчуваю

2 Дуже рідко

1 Іноді

0 Практично весь час

7. Я можу легко сісти та розслабитись

0 Це так

1 Напевно, це так

2 Зрідка це так

3 Зовсім не можу

8. Мені здається, що я став робити все дуже повільно

3 Практично весь час

2 Часто

1 Іноді

0 Зовсім ні

9. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

0 Зовсім не відчуваю

1 Іноді

2 Часто

3 Дуже часто

10. Я не слідкую за своєю зовнішністю

3 Це так

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 Я слідкую за собою так, як і раніше

11.Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 Це так

2 Напевно, це так

1 В деякій мірі це так

0 Зовсім не відчуваю

12.Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені відчуття
задоволення

0 Точно так, як і звичайно

1 Так, але не в тій мірі, як раніше

2 Значно менше, ніж звичайно

3 Зовсім так не вважаю

13.У мене буває раптове відчуття паніки

3 Дуже часто

2 Досить часто

1 Не так і часто

0 Зовсім не буває

14.Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

0 Часто

1 Іноді

2 Зрідка

3 Дуже рідко

Додаток 3. Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ.

Інструкція для учасників опитування:

Нижче наведено перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними особисто для Вас. Поставте, будь ласка, біля кожного твердження позначку, наскільки Ви погоджуєтесь із кожним із них. Оцініть, в якій мірі запропонована пара характеристик стосується Вас особисто, навіть якщо одна з них підходить Вам більше, аніж друга.

Шкала:

абсолютно не погоджуюсь - 1

не погоджуюся - 2

швидше не погоджуюся - 3

важко сказати - 4

швидше погоджуюся - 5

погоджуюся - 6

абсолютно погоджуюся – 7

Питання:

Бачу себе як людину, яка є

1 _____ Товариська, активна

2 _____ Критична, конфліктна

3 _____ Сумлінна, дисциплінована

4 _____ Тривожна, схильна перейматися

5 _____ Відкрита до нового, різностороння

6 _____ Стримана, тиха

7 _____ Тактовна, співчутлива, приязна

8 _____ Неорганізована, легковажна

9 _____ Спокійна, емоційно стабільна

10 _____ Не любить змін і пошуку нових рішень

Додаток 4. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі.

Інструкція для учасників опитування:

Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу:

Зовсім ні - 1

Трохи - 2

Середньо - 3

Дуже сильно - 4

Надзвичайно сильно – 5

Питання:

1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?
8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?

14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?
17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?
18. Чи комфортно Ви відчуваєтеся стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?
24. Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?

Додаток 5. Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10.

Інструкція для учасників опитування:

Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтесь з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин?

Зовсім невірно - 0

Дуже рідко вірно - 1

Іноді вірно - 2

Часто вірно - 3

Майже завжди вірно - 4

Питання:

1. Я можу адаптуватися до змін.
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають.
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим.
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди.
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити.
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі.
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.