

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____ Ельвіра ЛУЗІК

«__» _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

Тема: «Особливості психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени»

Виконавець: здобувач групи ПП-426 Бонадик Данило Анатолійович

Керівник: старший викладач Дацун Олена Вікторівна

Нормоконтролер: _____ Тамара МИХЕСВА

КИЇВ 2024

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Ельвіра ЛУЗІК

«__» _____ 2024 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання кваліфікаційної роботи

Бонадика Данила Анатолійовича

1. Тема кваліфікаційної роботи «Особливості психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени» затверджена наказом ректора від 22.03.2024 № 422/ст.
2. Термін виконання роботи: з 29.01.2024 р. до 16.06.2024 р.
3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 73 сторінки, з них обсяг основного тексту 50 сторінок, список використаних джерел нараховує 86 позицій.
4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоретичні засади дослідження проблеми психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени (на прикладі фестивалю «Шипіт»); Висновки до другого розділу; Висновок; Список використаних джерел та літератури; Додатки.
5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): 11 таблиць та 3 рисунки.

6. Календарний план-графік

№ пор.	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	29.01.2024	29.01.2024
2.	Формулювання теми, мети, завдань дослідження. Написання вступу. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	12.02.2024	12.02.2024
3.	Написання першого розділу. Подання керівникові на перевірку	25.03.2024	25.03.2024
4.	Написання другого розділу. Подання керівникові на перевірку	22.04.2024	22.04.2024
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові на перевірку	01.05.2024	01.05.2024
6.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	20.05.2024	20.05.2024
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	25.05.2024	25.05.2024
8.	Подання остаточного варіанта роботи на кафедру для перевірки на академічну доброчесність	27.05.2024	27.05.2024
9.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	05.06.2024	05.06.2024
10	Захист роботи	10.06.2024	

1. Дата видачі завдання: «29» січня 2023 р.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Олена ДАЦУН
(підпис керівника) (П.І.Б.)

Завдання прийняв до виконання _____ Данило БОНАДИК
(підпис випускника) (П.І.Б.)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи «Особливості психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени»: 73 сторінки, 86 використаних джерел та літератури, 3 рисунки, 11 таблиць та 8 додатків.

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан осіб, що вживають галюциногени.

Предмет дослідження – особливості психоемоційного стану учасників ритуального дійства, що вживають галюциногени (на прикладі учасників фестивалю «Шипіт»).

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні особливостей психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени під час ритуального дійства на прикладі учасників фестивалю «Шипіт», розробити тренінгову програму медитації для досягнення позитивного психоемоційного стану без вживання галюциногенів.

У кваліфікаційній роботі розкрито сутність поняття психоемоційних станів види та прояв психоемоційних станів. Описано вплив галюциногенів під час ритуальних дійств на психоемоційний стан учасників фестивалю «Шипіт».

Практичне значення роботи полягає в аналізі особливостей прояву психоемоційних станів під впливом від вживання галюциногенів та розробці тренінгової програми медитації для досягнення відповідного психоемоційного стану без вживання галюциногенів.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ВЖИВАННЯ, ВЖИВАННЯ ГАЛЮЦИНОГЕНІВ, ГАЛЮЦИНОГЕНИ, РИТУАЛ, РИТУАЛЬНІ ДІЙСТВА, МЕДИТАЦІЯ, ПСИЛОЦИБІН.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ГАЛЮЦИНОГЕНИ.....	10
1.1. Сутність поняття психоемоційного стану та його видів.....	10
1.2. Особливості впливу галюциногенів на психоемоційний стан особистості.....	15
1.3. Особливості впливу ритуальних дійств під час вживання галюциногенів на психоемоційний стан особистості.....	19
Висновки до першого розділу	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ГАЛЮЦИНОГЕНИ (НА ПРИКЛАДІ ФЕСТИВАЛЮ «ШИПІТ»).....	25
2.1. Організація та методи дослідження.....	25
2.2. Результати емпіричного дослідження психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени.....	29
2.3. Розробка тренінгової програми медитації для досягнення в позитивного психоемоційного стану без вживання галюциногенів.....	48
Висновки до другого розділу.....	53
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ	57
ДОДАТКИ.....	65

ВСТУП

Актуальність дослідження. Питання психоемоційних станів населення є актуальним в Україні, де відбувається швидка зміна соціальних та економічних умов під час війни. Суспільство стикається з різкими змінами, стресом та нестабільністю, що може стимулювати розвиток депресивних станів, підвищення тривожності. Люди намагаються якось знайти вихід з негативних емоційних станів і роблять це не завжди законним шляхом. На сьогодні є проблема підвищеного інтересу до втечі від реальності через вживання психоактивних речовин.

Соціально-культурні тенденції сприяють розповсюдженню цих речовин, зокрема через популярність психоделічних фестивалів, медитацій з використанням галюциногенів та інших ритуалів.

Психоемоційний стан людей, які вживають галюциногени, має значний вплив на їхнє фізичне та психічне здоров'я, а також на суспільні відносини. Необережне вживання може призвести до серйозних психологічних проблем, таких як психози, тривожні розлади та депресія.

Вживання галюциногенів – це процес, який здебільшого відбувається у певному соціокультурному контексті, породжується психологічними труднощами та постійним бажанням досліджувати нові враження. Для тих, хто залучається до вживання галюциногенів, найважливішими моментами в психоемоційному стані можуть бути збереження емоційної стабільності, правильне сприйняття реальності та здатність до самоідентифікації. Подоланню цієї проблеми може допомогти шляхом психотерапії, підтримки рідних та уникнення подальшого вживання. З цієї проблеми можна вийти, звертаючись до професійної психологічної допомоги, приєднуючись до підтримуючих груп та розвиваючи здорові стратегії управління стресом.

Дослідження в галузі психоемоційних станів осіб, що вживають галюциногени показують не однозначні результати у розкритті аспектів впливу цих речовин на психіку та емоційний стан особи. З одного боку дослідження свідчать про наявність зменшення страху, підвищення емпатії та розширення

свідомості. З іншого боку – у осіб, що вживають галюциногени, відзначаються такі психічні розлади, як втрата контакту з реальністю та можливість розвитку залежності.

Наукові дослідження в галузі психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени, використовують різноманітні програми та види терапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія, психотерапія за допомогою музики та медитація. Вони спрямовані на зменшення тривожності, депресії та інших негативних емоційних станів. Ці дослідження надають обґрунтування для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації для осіб, що вживають галюциногени.

Вплив галюциногенів на психоемоційний стан осіб у своїх працях досліджували Nutt D, Erritzoe D, Carhart-Harris R, Reiff CM, Richman EE, Nemeroff CB, Carpenter LL, Widge AS, Rodriguez CI, Heuschkel K, Kuypers KPC, Wolff M, Evens R, Mertens LJ, Koslowski M, Betzler F, Gründer G, Hendricks PS, Thorne CB, Clark CB, Coombs DW, Johnson MW.

Вплив галюциногенів на психоемоційний стан може бути важким через їх здатність порушувати звичну реальність та спричиняти негативні емоції, які можуть бути пережиті як дуже інтенсивні та непередбачувані. Це може викликати паніку, тривожність та відчуття втрати контролю. Важливою частиною психологічної підтримки є розуміння, сприяння безпечному середовищу та допомога в здійсненні глибокої саморефлексії та підтримці соціальної підтримки.

Таким чином, соціальна важливість виявлення особливостей психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени і її недостатня вивченість обумовили вибір теми дослідження.

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан осіб, що вживають галюциногени.

Предмет дослідження – особливості психоемоційного стану учасників ритуального дійства, що вживають галюциногени (на прикладі учасників фестивалю «Шипіт»).

Мета дослідження – теоретичному обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени за індивідуальними показниками учасників фестивалю «Шипіт» та розробити тренінгову програму медитації для досягнення позитивного психоемоційного стану без вживання галюциногенів.

Для досягнення поставленої мети в роботі ставляться наступні **завдання** дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу розкрити сутність та ступінь дослідженості феномену психоемоційних станів;
2. Визначити організаційну і методичну базу дослідження;
3. Емпірично дослідити особливості психоемоційного стану учасників ритуальних дійств, що вживають та не вживають галюциногени (на прикладі фестивалю «Шипіт»);
4. Розробити тренінгову програму медитації, що сприяє формуванню позитивного психоемоційного стану без вживання галюциногенів.

Методи дослідження: визначені мета і завдання зумовили вибір методів дослідження:

1. Теоретичний метод: аналіз, синтез, систематизація, узагальнення.
2. Емпіричні методи: психодіагностичний метод, який включав такі методики:
 - «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої;
 - Шкала депресії А.Т. Бека;
 - Шкала тривоги Ч.Д. Спілбергера;
 - Авторські анкети для першого та другого етапу дослідження (складається з 11 та 6 запитань відповідно, для дослідження соціальних чинників).
3. Методи математично-статистичної обробки отриманих даних: критерій Т-Стьюдента.

Характеристика вибірки: 57 осіб, які були учасниками фестивалю «Шипіт», які вживали та не вживали під час ритуальних дійств галюциногени, віком від 19 до 27 років.

Практичне значення роботи полягає в тому, що його матеріали можуть бути використані при викладанні навчальних курсів у закладах вищої освіти, таких як: «Психологія девіантної поведінки», «Психологія особистості», «Основи психокорекції», «Соціальна психологія», а також в практичній роботі психологів. Результати емпіричного дослідження можуть бути застосовані в діяльності практичних психологів, в корекції адиктивної поведінки.

Структура роботи: робота складається з вступу, двох розділів та висновків до першого та другого розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків, загальним обсягом 73 сторінки, з них обсяг основного тексту 50 сторінок, список використаних джерел нараховує 86 позицій, 11 таблиць, 3 рисунки та 8 додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ГАЛЮЦИНОГЕНИ

1.1. Сутність поняття психоемоційного стану та його видів

В умовах повномасштабного вторгнення особливої уваги психологів потребують питання проявів емоційних станів особистостей, дослідження особливих чинників, що впливають на зміну емоційних станів, використання людьми тих чи інших засобів зміни емоційних станів та особливості їх впливу на особистість.

На сьогодні в наукових джерелах не вироблено єдиного визначення поняття «стан особистості», крім того, не досягнуто консенсусу щодо пріоритетних напрямів дослідження проблеми психічних станів. Уявлення про стани психіки (як відносно стійкі психічні явища, що мають свій початок, певну тривалість існування і кінець) вважається найбільш поширеним. Психічні стани прийнято розглядати як стани психіки, що відображають особливості функціонування нервової системи людини в певний період часу або в процесі адаптації. На думку С. Джинджер, психічний стан (стан суб'єкта) визначає кількісні та якісні характеристики психічних процесів, інтенсивність прояву психічних властивостей, суб'єктивні прояви стану – почуття, емоції, настрої [30]. Інтегральною характеристикою психічної сфери людини (у певний часовий проміжок) є стан психіки (стан об'єкта). Психоемоційний стан людини можна визначити як особливу форму психічного стану з переважанням емоційного реагування, змодельованого за домінантами. Людині необхідно проявляти свої емоції у відповідь на реальність, щоб збалансувати загальний стан здоров'я, самопочуття та функціональний стан. Надмірний вплив емоційних факторів може викликати стан нервово-психічного стресу та порушення вищої нервової діяльності. Оптимальне емоційне збудження означає, що людина готова до ефективної діяльності, яка не становитиме небезпеки для здоров'я [83].

У свою чергу, негативний психоемоційний стан – це складний психоемоційний стан, що характеризується негативними емоціями (пригнічений настрій, смуток, тривога, занепокоєння), когнітивними розладами (зниження інтелектуальної працездатності) та соматовегетативними розладами (різного роду біль, нездужання без видимих причин, переривчастий сон, зниження працездатності). Негативні психоемоційні стани впливають на різні сфери життя людини. На психофізіологічному рівні людина може відчувати погіршення загального стану здоров'я або будь-які психосоматичні та психоневрологічні захворювання. З точки зору когнітивної сфери, людина може бути менш залученою до пізнавальних процесів відповідної діяльності. Низький рівень самоповаги та самооцінки, тривожність, невпевненість, сором'язливість, очікування осуду з боку оточуючих, вираження недовіри, труднощі у пошуку друзів, пасивність, невпевненість, нереалістичні очікування, суворість вимог до себе – це приклади негативних психоемоційних станів, які можуть переживати люди.

Прикладні аспекти вивчення негативних, психоемоційних станів (у межах конкретних галузей і завдань психології) розкрито в низці досліджень науковців [80, 83, 52]. Дослідники визначають їх як психофізіологічні та функціональні стани, що формуються як у процесі професійної діяльності, так і внаслідок певних властивостей та особливостей особистості, деякі дослідники вказують на те, що психічні стани людини зумовлюють перебіг інтелектуальних процесів [80, 58]. Дослідники порівнювали їх зі шлюзами, які розташовані на певній висоті і регулюють протікання когнітивних, вольових та інших процесів, визначають динамічні аспекти діяльності і залежать від її контексту [80]. Інші дослідники стверджують, що позитивні емоційні стани можуть сприяти здоровому сприйняттю, переконанням і фізичному благополуччю [76]. S.Alaghmand, F.Mozaffar, S.B.Hosseini & B.S.Sedghpour у своєму дослідженні показали чотири фактори, що впливають на самореалізацію осіб в університетському просторі:

1-Розуміння власної природи ;

- 2-Індивідуальна еволюція ;
- 3-Розуміння фактів та істин;
- 4-Пошук краси [1].

Дослідники A.D.Rowe та J.Fitness стверджують, що ми потребуємо альтернативного наукового погляду на роль емоцій, а знання нефахівців про природу та перебіг емоцій є цінним джерелом даних про функції, які ці емоції відіграють в освітніх контекстах [66]. Також дослідники вважають, що активність, життєрадісність, спостережливість, низька тривожність, емоційна стабільність, здатність сприймати та аналізувати інформацію є ознаками психічного здоров'я.

Психоемоційний стан – це особлива форма психічного стану людини з переважанням емоційного реагування на ситуацію, явище дійсності, на дії іншої людини, на предмети, що виражається в емоціях [82].

Таблиця 1.1.1

Види емоцій за характером впливу

Типи емоцій:		
за ознакою:	за модальністю:	за характером впливу на організм:
позитивні	інтерес	стенічні стенічні негативні астенічні негативні
негативні	радість	
нейтральні	здивування	
	сором	
	страх	
	сум	
	гнів	

Позитивні емоції, такі як задоволення, радість, інтерес, за характером впливу на організм можна віднести до стенічних почуттів. Протікаючи на тлі підвищеної активності, вони активізують фізіологічні процеси в організмі людини, викликаючи активізацію енергетичної, психічної та інтелектуальної діяльності, мотивуючи людину до конкретних дій. Негативні астенічні (меланхолія, смуток, депресія) пригнічують і зменшують рухливість тіла.

Людина відчуває себе млявою, розслабленою, з'являється відчуття сильної втоми, навіть виконання найпростіших завдань ускладнюється або стає непосильною роботою, виникає негативне ставлення до навколишньої дійсності. А ось стенічні негативні емоції (гнів, злість, лють і сильне обурення) протікають на тлі підвищеної активності з різкою і інтенсивною мобілізацією всіх енергетичних процесів, що протікають бурхливо і надмірно, і найчастіше не завжди адекватно ситуації. Це скоріше деструктивні емоції.

Нейтральні емоції (здивування, байдужість), які займають середнє положення між негативними і позитивними, які в принципі ми ігноруємо, але саме в них ми проводимо більшу частину нашого часу. Для них характерна відсутність болю і страждання, тому вони близькі до позитивних емоцій. По суті, вони є для нас енергозберігаючими.

З класифікації видів емоцій (див. Табл. 1.1.1) видно, що дослідникам вдалось виявити у нас найрізноманітніші емоції. Однак емоції не завжди позитивно впливають на людину, її стан і поведінку, а часто мають деструктивний характер, коли людина навіть не може контролювати свої дії, що призводить до негативних наслідків.

Регулюючи емоції, людина може перевести свій психоемоційний настрій у стабільний стан.

Існує кілька технік управління емоціями (див. Рис. 1.1.1) відволікання свідомості від травмуючої емоції та активація позитивного, приємного для людини збудження; придушення або встановлення контролю над небажаним, травмуючим почуттям з переключенням свідомості на діяльність, яка викликає інтерес у людини; фізична активність для зняття емоційного напруження.

Відволікання вимагає вольових зусиль, за допомогою яких людина відключається від емоціогенних обставин і зосереджує увагу на приємних об'єктах, ситуаціях або аналізує ділові та технічні аспекти майбутньої діяльності чи події, не акцентуючи увагу на значущості результату. Переключення пов'язане з зосередженням свідомості на якійсь захоплюючій справі (читанні захоплюючої книги, перегляді фільму).

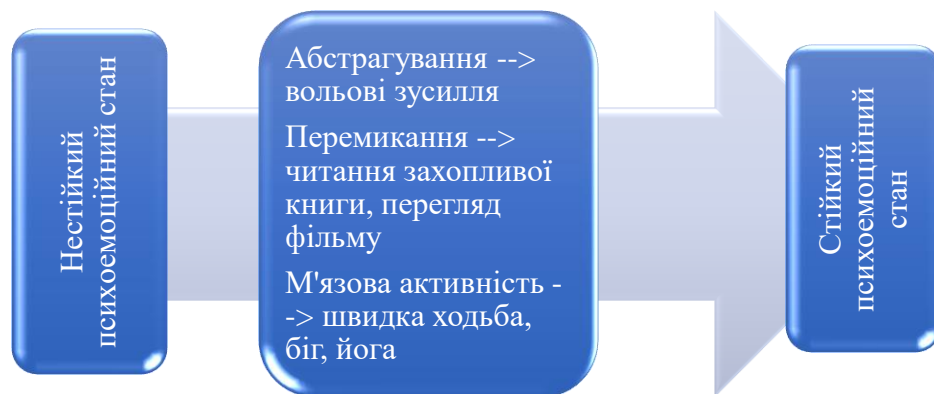


Рис. 1.1.1 Техніки управління емоціями

М'язова активність (швидка ходьба, біг, йога) нормалізує вегетативно-судинні показники і стимулює процеси гальмування в центральній нервовій системі.

Контроль за психоемоційним станом, який переживає людина і який відображається в емоціях, може здійснюватися за експресивними формами, в які одягаються емоції, що дозволяє визначити ознаки нервового напруження і перевтоми (див. Рис. 1.1.2).

При інтенсивному емоційному переживанні у людини спостерігаються зміни багатьох життєво важливих фізіологічних функцій: змінюється частота і глибина дихання, прискорюється або сповільнюється пульс, розширюються або звужуються кровоносні судини, змінюється м'язовий тонус, що відбивається на міміці, голосі, жестах, поставі.

Вегетативні зміни	Міміка	Пантоміміка	Компоненти мови
<ul style="list-style-type: none"> • почервоніння • блідість • підвищене потовиділення 	<ul style="list-style-type: none"> • виразні рухи м'язів обличчя 	<ul style="list-style-type: none"> • рухи всього тіла • жести 	<ul style="list-style-type: none"> • тембр • інтонація • засоби звукової виразності

Рис. 1.1.2 Ознаки нервового напруження і перевтоми

Емоції є потужним засобом мотивації, який може як мобілізувати людину на виконання (стенічні), так і спонукати до припинення (астенічні) певних дій, тому так багато уваги наразі приділяється вивченню та регуляції психоемоційного стану.

1.2. Особливості впливу галюциногенів на психоемоційний стан особистості

Слово «психоделіка» (psyche (тобто, розум або душа) і delos (тобто, показувати)) має грецьке походження і було вперше введено психіатром Хамфрі Осмондом у 1956 році [20,44], який на той час проводив дослідження діетиламиду лізергінової кислоти (ЛСД). Психоделіки – це клас галюциногенних препаратів («галюциногенів»), які спричиняють ефекти, що змінюють свідомість та спотворюють реальність, відомі як галюцинації, після їхнього вживання. Галюцинації зазвичай викликають марення, емоційні перепади, відчуття відстороненості та дереалізації. Галюциногени зазвичай поділяються на дві основні категорії: (1) дисоціативні галюциногени та (2) класичні серотонінергічні та дофамінергічні галюциногени, які взаємодіють з серотоніновими та дофаміновими рецепторами відповідно.

Класичні психоделічні препарати взаємодіють з серотоніновими рецепторами та їхніми підтипами, щільно розташованими в мозку [38,3,15]. Ці рецептори опосередковують емоції та настрої, такі як тривога та агресія, пізнання, сексуальне збудження, пам'ять, навчання, апетит, а також інші біологічні, неврологічні та нервово-психічні процеси [3,60].

З усіх психоделічних препаратів псилоцибін, як повідомляється, має найбільш сприятливий профіль безпеки [39]. Незважаючи на відсутність досліджень, які б вивчали порівняльну ефективність псилоцибіну та інших психоделічних препаратів для лікування афективних та тривожних розладів, є велика кількість доказових даних, які існують лише для псилоцибіну і свідчать про те, що псилоцибін може бути найефективнішим психоделічним препаратом для лікування таких розладів.

За оцінками Глобального опитування щодо вживання галюциногенів 2017 року, приблизно 20,6% людей у всьому світі, які вживали галюциногени будь-якого типу, вибірково вживали галюциногенні гриби протягом свого життя [28].

У таблиці 1.2.1 перераховані стани, при яких досліджується терапія за допомогою псилоцибіну.

Проблеми, вирішення яких досліджується за допомогою псилоцибіну

1	Алкогольна залежність	[4,31]
2	Стимуляторна залежність	[31]
3	Кокаїнова залежність	[21]
4	Тютюнова залежність	[31,45]
5	Нікотинова залежність	[21,46]
6	Опіїдна залежність	[31]
7	Залежність від канабісу	[31]
8.1	Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	[21]
8.2	Генералізований тривожний розлад (ГТР)	[21]
8.3	Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР)	[56]
8.4	Тривога, пов'язана з раком на пізній стадії	[33, 32, 67]
8.5	Психологічний дистрес, пов'язаний з екзистенційною кризою невиліковного захворювання	[21]
8.6	Розлад адаптації з тривогою	[21]
9	Депресія, пов'язана з раком	[33, 32, 55]
10	Депресія, резистентна до лікування	[5,16,69]
11	Великий депресивний розлад	[22, 68]
12	Важка екзистенційна депресія	[21,33]
13	Суїцидальність (ідеї та реальні спроби)	[39]
14	Кластерні («суїцидальні») головні болі	[77,79]
15	Хронічний біль	[59, 17]
16	Нестерпний фантомний біль	[70]
17	Деморалізація	[42]
18	Деморалізація у чоловіків старшого віку, які тривалий час живуть зі СНІДом (OLTAS)	[2]
19	Дисфункціональне соціальне пізнання	[65]
20	Дезадаптивний нарцисизм	[84]
21	Прикордонний розлад особистості (BPD)	[86,41]
22	Нарцисичний розлад особистості (NPD)	[23,18]
23	Епілепсія	[54]
24	Психопатія	[65]
25	Емоційна дисрегуляція та насильство по відношенню до партнера	[43, 49]

Психічні розлади та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, такі як депресія, тривожні розлади, біполярний розлад, аутизм, психози, такі як шизофренія, та залежність від психоактивних речовин є значним глобальним тягарем. Розлади, пов'язані з тривогою, були найбільш обтяжливими розладами психічного здоров'я у 2018 році, від них страждали приблизно 284 мільйони людей, тоді як депресія, що посідає друге місце за поширеністю за оцінками, 264 мільйони людей у всьому світі в тому ж році [5, 22]. Суїцидальність, яка також корелює з психічним здоров'ям, також є глобальним тягарем. Статистика показує, що приблизно 800 000 людей щорічно вчиняють самогубство.

У цьому дослідженні мова піде про псилоцибін, основний психоактивний компонент галюциногенних грибів (грибів, що виробляють псилоцибін), який тисячоліттями використовувався в церемоніях культур Старого Світу [85,78]. На додаток до відомих рекреаційних, духовних та релігійних застосувань таких грибів, вони мають значну медичну цінність, про що свідчать окремі повідомлення та наукові дослідження.

Псилоцибін виробляється багатьма видами грибів, які поширені по всьому світу. До них відносяться такі країни, як США, Південно-Східна Азія, Європа, Мексика та Центральна Америка [85,78]. Гриб *Psilocybe cubensis* є найпоширенішим видом роду *Psilocybe* [85,78,43].

Псилоцибін є класичним триптаміновим галюциногеном, який міститься у різних видах грибів *Psilocybe* [29]. При пероральному застосуванні суб'єктивні ефекти стають очевидними приблизно через 30 – 60 хвилин, досягають піку через 90 – 180 хвилин і тривають загалом до 6 годин [34]. Ці ефекти сильно залежать від дози [53] і спричиняють перцептивні, когнітивні та емоційні зміни, які можуть нагадувати ознаки психозу [6].

Побічні ефекти, такі як тривога або психотичні реакції, можуть виникати, коли псилоцибін в середовищі, яке може викликати негативні емоції, оскільки препарат має тенденцію посилювати наявний афективний стан [7]. Таким чином, надання психологічної підтримки та оточення, яке сприймається як

комфортне та безпечне, є важливими при застосуванні псилоцибіну або інших психоделіків в емпіричних або клінічних дослідженнях [20]. За умови дотримання цих запобіжних заходів, псилоцибін може сприяти довготривалим позитивним змінам в самопочутті, ставленні та особистості після одноразового прийому [34, 57]. Окрім його потенційної терапевтичної цінності при депресії [43, 35, 50], псилоцибін також є перспективним для лікування цілого ряду інших станів, таких як тривога при невиліковних захворюваннях, обсесивно-компульсивний розлад та залежність від психоактивних речовин. Однак ці докази все ще значною мірою ґрунтуються на обмеженій кількості маломасштабних контрольованих дослідженнях, а отже, є попередніми, що перешкоджає їх затвердженню для клінічної практики.

Галюциногени викликають зміни в сенсорному сприйнятті (переважно візуальні ефекти), когнітивних процесах (самоаналіз, самосвідомість, містичні переживання, змінений хід часу) і настрої (блаженний стан, ейфорія і радість) [24]. Інтенсивність і характер цих ефектів сильно залежать від установки (особистість і внутрішні очікування суб'єкта), оточення (середовище, в якому вживається речовина) і дозування [8]. Суб'єкти, які беруть участь у клінічних випробуваннях, часто описують містичні переживання і поліпшення настрою, перебуваючи під дією цих речовин [51]. Хоча накопичуються докази того, що галюциногени загалом безпечні для людини [24, 25, 47]. Важливо зазначити, що ці речовини можуть спричиняти побічні ефекти та/або неприємні переживання, відомі як «погані подорожі», які включають тимчасові тривожні та психотичні симптоми, сплутаність свідомості, дисоціацію та деперсоналізацію [24, 8]. Тим не менш, ретельний скринінг добровольців та сприятливе середовище, як видається, зменшують частоту та тяжкість таких переживань у контрольованому середовищі [24].

1.3. Особливості впливу ритуальних дійств під час вживання галюциногенів на психоемоційний стан особистості

Питання про те, що таке ритуал, є постійною темою в соціальних, психологічних науках і дослідженнях культури [11; 10]. Дослідники по-різному визначали ритуал, розмірковуючи про різні його наслідки [9, 11, 81], що призвело до появи низки несумісних теоретичних підходів до вивчення ритуалу.

По-перше, ритуали характеризуються специфічним набором низькорівневих психомоторних ознак. Наприклад, ритуали передбачають ригідну, повторювану поведінку, яка привертає увагу [71]. На відміну від інших видів поведінки, ритуали, як правило, складаються з окремих сегментованих дій, які потім стають послідовними, шаблонними і часто повторюваними [61, 62]. Крім того, ритуальні послідовності, як правило, виконуються у фіксованій і обмеженій спосіб з невеликим простором для змін або новизни [10]. Таким чином, на відміну від звички або рутини, ритуали, як правило, залишаються незмінними з часом [72]. Оскільки ритуали є незмінними, їх іноді характеризують як такі, що вимагають «скрупульозного дотримання» правил, коли точне дотримання сценарію є обов'язковим [26].

По-друге, незмінність ритуалу також пов'язана з певними елементами вищого порядку, які супроводжують виконання ритуалу, зазвичай посилюючи його особистісний сенс.

Ритуали мають сенс і виконуються через відкрите символічне вираження [73, 81]. Тому не дивно, що вони часто асоціюються з ідеєю самотрансценденції та святості, з сильними зв'язками з релігією, спіритизмом, давніми традиціями, таємничістю та практиками надприродного [11, 36, 81]. Розглянемо, наприклад, що звичка і ритуальна дія можуть здаватися, на перший погляд, ідентичними за своєю структурою, але ритуал відрізняється (і тому вважається ритуалом) тим, що він пронизаний почуттям сенсу і тому, що він символічно виконується, тоді як звичка – ні. Важливо, що акт залучення до ритуалу (часто повторюваний) ще більше «ритуалізує» поведінку, що ще більше відрізняє ритуал від інших способів дії у світі. Цей процес, що самопідсилюється, надає ритуальним діям

статусу домінантності, роблячи їх цілком відмінними від звичайної поведінки, а отже, більш особливими і більш значущими.

Останній елемент ритуалу виступає сполучною ланкою між низькорівневими та високорівневими ознаками. Маючи сегментовані, жорсткі дії (низький рівень) та символічне значення (високий рівень), ритуали також мають тенденцію до зниження мети [10]. Тобто, ритуали або не мають явної інструментальної мети, або самі дії, що їх складають, не мають безпосереднього причинно-наслідкового зв'язку із заявленою метою ритуалу [72].

Ми бачимо, що складні розповіді та оцінки, які супроводжують ритуал, так само важливі, як і його низькорівневі психомоторні особливості, а сила ритуалу походить від цих комбінованих психологічних переживань. У ритуалі абстрактна символічна думка зливається з конкретною дією, це глибоко значущий момент у часі, коли «світ прожитий і світ уявлений виявляються одним і тим же світом» [36]. Отже, поєднуючи ці окремі риси, ритуал можна визначити, як заздалегідь визначену послідовність, що характеризується жорсткістю, формальністю і повторенням, яка вбудована в більшу систему символіки і значення, але не має прямої мети.

Розгляд ритуалу як приналежності до цих двох систем психологічної обробки має метафоричну привабливість, яка виявилася корисною в минулих психологічних дослідженнях. Вперше використане для пояснення перцептивної та візуальної обробки [74], розрізнення висхідного та низхідного сприйняття також використовувалося для розуміння складних психологічних процесів, зокрема таких, як генерація емоцій, свідоме регулювання емоцій та контроль уваги. Сприйняття «знизу-вгору» означає обробку характеристик стимулу в міру їх надходження, поєднання окремих частин для створення цілого (на основі даних). З іншого боку, обробка зверху вниз - це обробка інформації, яка спочатку визначається пізнанням і попередніми цілями, де стимул спочатку обрамляється різними очікуваннями та інтерпретаціями (керується правилами).

Висхідна обробка під час ритуалу включає в себе рекрутування перцептивних, уважних і пам'яттєвих стимулів, пов'язаних з ритуалом або

навколишнім середовищем. Ці процеси походять від низькорівневих, сенсомоторних елементів ритуалу – досвіду або виконання певних фізичних дій, які складають ритуал. Оскільки вони складаються з дуже стереотипних і жорстких послідовностей дій, ритуали, як правило, розбиваються на сегментовані одиниці дій. Ця форма сегментації подій, подібна до сегментації об'єктів, є природним когнітивним процесом, який заощаджує сприйняття і спрямовує увагу та пам'ять [63].

З іншого боку, низхідна обробка пов'язана з інтеграцією цих фізичних моторних особливостей у ширші наративи, оцінки та інтерпретації. Ця високорівнева, контекстно-залежна обробка, яка відбувається під час (і багато разів після) виконання ритуалу, включає в себе перетворення властивостей стимулів у смислові оцінки, що часто підтверджує мету виконання ритуалу. Ритуальні послідовності, в силу того, що вони сприймаються як ритуал, а не якась інша шаблонна поведінка, є чимось більшим, ніж довільні фізичні рухи, що їх складають. Натомість дії інтерпретуються як практика, що має сенс, надає контекст і пов'язує людину з чимось більшим, ніж вона сама – родом, сімейними традиціями, культурними та релігійними групами, природою, безсмертям тощо.

Ця особлива якість ритуалу означає, що дії, пов'язані з ним, а також контекст, в якому вони виконуються, за своєю суттю є більш цінними, ніж інші дії. Ця підвищена цінність або значення є чітким сигналом для себе (самосигнал) або інших людей (соціальний сигнал) про те, що було зроблено щось важливе, що має більші наслідки для людини або групи людей.

Використовуючи Рис. 1.3.1 як дорожню карту концепції, дослідник може зосередитися на цих різних аспектах, формулюючи набір запитань: можна зосередитися на визначальних рисах ритуалу та їхньому незалежному (і перехресному) причинному впливі, або на тому, як регулятивна функція призводить до певного психологічного результату, чи, ще більше, на тому, як комбіновані системи психологічної обробки підтримують ці різні функції та результати.

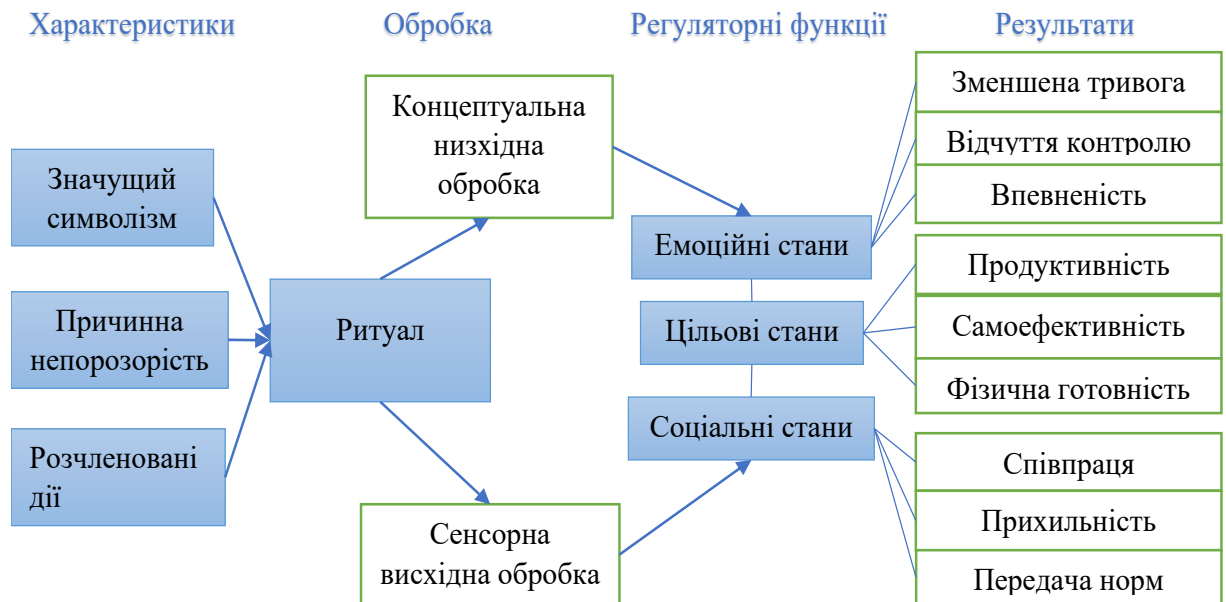


Рис. 1.3.1 Аспекти психології ритуалу

Дюркгейм вважав, що групові ритуали створюють групову згуртованість через «колективну ефемерність» – стан відчутної єдності з групою, що виникає внаслідок синхронізованих станів [27]. Колективні ритуали зазвичай включають кілька кроків, які індивід виконує одночасно з іншими членами групи, що робить синхронізацію потенційним механізмом, за допомогою якого групові ритуали підвищують групову згуртованість. Дивлячись на масову координацію багатьох публічних релігійних ритуалів (часто за участю тисяч людей, які рухаються в унісон), легко побачити, як ритмічність і жорсткість цих рухів сприяють поведінковій синхронізації і, в свою чергу, підвищенню групової згуртованості.

Дослідження показали, що синхронізація рухів сприяє формуванню позитивних почуттів до інших. Нещодавні дослідження групових ритуалів показали, що групові ритуали, які включають більше синхронних рухів тіла, пов'язані з більшою довірою, співпрацею і почуттям єдності, ніж інші групові ритуали [81].

Емпіричні дані свідчать, що ритуали виконують регуляторну функцію, підвищуючи продуктивність. Ритуали допомагають підвищити продуктивність, оскільки вони мобілізують мотиваційні та регуляторні стани, покращуючи

концентрацію, створюючи фізичну готовність або підвищуючи впевненість [48].

Нещодавні дослідження продемонстрували, що люди, як правило, краще виконують низку завдань, коли заздалегідь беруть участь у довільному ритуалі, але лише тоді, коли ці дії позначені як ритуальні. Дослідники знайшли докази того, що покращення продуктивності учасників пояснювалося зниженням тривожності, про яку вони самі повідомляли [12]. Вже давно було зроблено висновок, що ритуали – особливо релігійні ритуали – можуть діяти як паліатив проти тривоги та невдач. Дійсно, дані свідчать про те, що увага до чітких і передбачуваних послідовностей дій особистого ритуалу може діяти як компенсаторна стратегія, яка допомагає відновити контроль над ситуацією, коли людина відчуває тривогу [10; 64].

Висновки до першого розділу

Психоемоційний стан особистості, особливо в умовах повномасштабного вторгнення, є надзвичайно важливим для дослідження. Він являє собою складний процес, що відображає особливості функціонування нервової системи та емоційне реагування людини на реальність. Надмірний вплив емоційних факторів може призвести до нервово-психічного стресу та порушення вищої нервової діяльності. Негативні психоемоційні стани, як-от пригнічений настрій і тривога, можуть знижувати інтелектуальну працездатність і спричиняти соматовегетативні розлади. Позитивні емоції, навпаки, активізують фізіологічні процеси та мотивують до дій, тоді як негативні емоції, такі як гнів, можуть мати деструктивний характер. Нейтральні емоції зазвичай енергозберігаючі, хоча ми часто їх ігноруємо. Управління емоціями, через техніки відволікання або фізичну активність, дозволяє стабілізувати психоемоційний стан, забезпечуючи краще здоров'я та функціонування особистості.

Не зважаючи на те, що сучасні дослідники активно вивчають особливості впливу психосцибіну на емоційні стани особистості, а також можливостей його

застосування в медичній практиці, на сьогодні дана речовина є офіційно забороненою і не доведено перевагу ефекту від її застосування над ризиками розвитку негативних наслідків. Отже, є необхідним досліджувати інші напрямки ефективного впливу на емоційні стани та методи запобігання вживання галюциногенів.

Зазначено, що ритуали відіграють ключову роль у формуванні соціальної координації та співпраці. Вони сприяють груповій згуртованості через синхронізацію рухів та спільне виконання дій, що створює відчуття єдності та взаємоповаги. Дослідження підтверджують, що ритуали індукують позитивні емоції до інших учасників і збільшують рівень довіри в групі. Ритуальна практика, заснована на символіці і синхронізації, виконує функцію культурного коду, який надає особливе значення і дозволяє індивідуумам занурюватися в глибинні психологічні становища. Таким чином, теоретичне дослідження доводить особливу роль ритуальних вимірів у контексті вживання галюциногенів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ГАЛЮЦИНОГЕНИ (НА ПРИКЛАДІ УЧАСНИКІВ ФЕСТИВАЛЮ «ШИПІТ»)

2.1. Організація та методи дослідження

Експериментальне дослідження особливостей психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени містило наступні етапи:

1. На основі проведеного теоретичного аналізу визначення організаційної та методичної бази дослідження.
2. Проведення емпіричного психологічного дослідження особливостей психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени.
2. Аналіз та обробка результатів дослідження.

Перший етап передбачав теоретичний аналіз наукової літератури вітчизняних та зарубіжних психологів на тему психоемоційного стану під впливом галюциногенів та ритуальних дійств.

На другому етапі було здійснено підбір стандартизованих діагностичних методик для адаптації й проведення емпіричного дослідження. Так, було обрано наступні методики:

- «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої;
- Шкала депресії А.Т. Бека;
- Шкала тривоги Ч.Д. Спілбергера;
- Авторська анкета для першого етапу (складається з 11 питань для уточнення досвіду вживання галюциногенів, відвідування ритуальних дійств);
- Авторська анкета для другого етапу (складається з 6 питань для виявлення пережитого досвіду після участі у ритуальних дійствах).

Опитування проводилось дистанційно, за допомогою онлайн-форм. В дослідженні брали участь українці, які були учасниками фестивалю «Шипіт».

1) Перша методика «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої. Опитувальник дозволяє визначити рівень сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних спроб самогубства та діагностувати суїцидальний ризик. У запропонованому опитувальнику, в порівнянні з іншими одношкальними методиками, які вимірюють рівень емоційної дезадаптації (опитувальники тривожності, нейротизму та інші), здійснена спроба кваліфікувати симптоматику – виявити індивідуальний стиль і зміст суїцидальних намірів респондентів. Згідно з методикою, респондентам пропонується 29 тверджень, на які треба відповісти «+», якщо респондент погоджується з твердженням, «-», якщо респондент не погоджується з ним. Опитувальник містить у собі наступні діагностичні показники:

- *Демонстративність* (Прагнення звернути на себе увагу через вираження страждань, щоб отримати співчуття та розуміння. Іноді сприймається як спроба викликати відповідь, але всередині це може бути виразом крику на допомогу, особливо коли поєднане з емоційною стійкістю);

- *Афективність* (Пріоритет емоцій над розумовим реагуванням на ситуації. Людина може реагувати на стресові ситуації безпосередньо через емоції, інколи навіть блокуючи інтелект);

- *Унікальність* (Сприйняття себе та ситуації як унікального, що може призвести до унікальних рішень, включаючи суїцид. Це може бути пов'язане з відсутністю доступу до іншого досвіду життя.);

- *Неспроможність* (Негативне уявлення про себе як невдахи, некомпетентної або непотрібної особистості, що може виражатися у різних аспектах, таких як фізичність, інтелект чи мораль);

- *Соціальний песимізм* (нахил до негативного сприйняття соціальної дійсності, переконання в тому, що соціальні проблеми, конфлікти та несправедливість є неунікненими і важкими до вирішення);

- *Злам культурних бар'єрів* (Прийняття суїцидальної поведінки через культурні стереотипи або ідеали, або навіть їхня привабливість. Це може включати запозичення ідей з літератури або кіно);
- *Максималізм* (Намагання максимізувати значення конфлікту або проблеми, що веде до афективної фіксації на невдачах та неможливості знайти компроміс);
- *Тимчасова перспектива* (Відсутність можливості планувати майбутнє через переживання невдачі чи страху перед ним);
- *Антисуїцидальний фактор* (будь-який елемент або чинник, що зменшує ризик самогубства або допомагає запобігти самогубству).

Таблиця 2.1.1

Інтерпретація результатів за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої

Шкала	Коефіцієнт	Максимальне значення фактора
Демонстративність	1,2	6
Афективність	1,1	6,6
Унікальність	1,2	6
Неспроможність	1,5	7,5
Соціальний песимізм	1	6
Злам культурних бар'єрів	2,3	6,9
Максималізм	3,2	6,4
Тимчасова перспектива	1,1	6,6
Антисуїцидальний фактор	3,2	6,4

2) Шкала депресії Бека, створена в 1961 році А. Т. Беком та його колегами, ґрунтується на клінічних спостереженнях, які виявили обмежений набір найбільш типових симптомів депресії і скарг. За допомогою порівняння цих параметрів з клінічним описом депресії був розроблений опитувальник, що містить 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія містить 4-5 тверджень, які відображають конкретні прояви/симптоми депресії. Ці твердження ранжовані залежно від їх важливості для загального ступеня тяжкості депресії.

Субшкали:

Пункти 1-13 – когнітивно-афективна субшкала (С-А)

Пункти 14-21 – субшкала соматичних проявів депресії (S-P)

Також можливо окремо оцінити виразність 21 симптоми депресії:

- Настрій
- Песимізм
- Відчуття нездатності
- Незадоволеність
- Відчуття вини
- Відчуття очікуваної кари
- Відчуття огиди до самого себе
- Міркування про власну провину
- Суїцидальні думки
- Плаксивість
- Роздратованість
- Порушення соціальних зв'язків
- Нерішучість
- Відчуття свого тіла
- Втрата працездатності
- Порушення сну
- Втомленість
- Втрата апетиту
- Втрата ваги
- Опанування тілесними відчуттями
- Втрата сексуального бажання

Таблиця 2.1.2

Інтерпретація результатів за методикою «Шкала депресії Бека»

Загальний бал	Рівень вираженності
0-13	Норма
14-19	Легка депресія
20-28	Помірна депресія
29-63	Важка депресія

3) Шкала тривожності Ч.Д. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) є інформативним засобом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Більшість відомих методів вимірювання тривожності дозволяють оцінити або особистісну тривожність, або стан тривожності, або більш специфічні реакції. Єдиним методом, який дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість, так і стан, є методика, запропонована Ч.Д. Спілбергером. Опитувальник саме шкали особистісної тривожності пропонує відповісти на 20 запитань, спрямованих на виявлення вашого рівня тривожності. При аналізі результатів самооцінки слід мати на увазі, що загальний показник кожної з підшкал може бути у діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий кінцевий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

Таблиця 2.1.3

Інтерпретація результатів за особистісним опитувальником Шкала тривожності» Ч.Д. Спілбергера

Загальний бал	Рівень вираженості
до 30	Низький
31 - 44	Помірний
45 і більше	Високий

4) Авторська анкета, яка складається з 11 питань (див. Додаток А), щодо виявлення певного досвіду вживання галюциногенів та\або відвідування ритуальних дійств і опису суб'єктивних переживань. Анкетування було проведено проведено в онлайн формі до початку святкування фестивалю «Шипіт».

5) Авторська анкета, яка складається з 6 питань (див. Додаток Б), щодо виявлення суб'єктивного досвіду святкування фестивалю «Шипіт».

2.2. Результати емпіричного дослідження психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени

Під час мого наукового дослідження на фестивалі «Шипіт», що відбувся у липні 2023 року, моя увага була спрямована на ретельне вивчення психоемоційного стану учасників, зокрема тих, хто вживав псилоцибін. Використовуючи метод спостереження та проведення анкетування, метою було виявлення основних аспектів, пов'язаних з цим станом, а також визначення факторів, що впливають на психоемоційний стан респондентів.

Аналіз отриманих даних дозволив ідентифікувати наступні ключові аспекти:

1. Вплив вживання псилоцибіну на психоемоційний стан: анкетування виявило різноманітні реакції учасників на вживання псилоцибіну, включаючи зміни в настрої, емоційну відкритість та ступінь емоційної стабільності.

2. Соціально-психологічні аспекти: Респонденти відзначали вплив псилоцибіну на їхнє відчуття зв'язку з близькими та природою, а також на необхідність самостійності та пошуку нових соціальних зв'язків і шляхів саморозвитку.

3. Фактори, що впливають на психоемоційний стан: було виявлено, що вживання псилоцибіну, соціальне оточення, культурні особливості та інші фактори можуть впливати на психоемоційний стан учасників фестивалю.

Тому розпочнемо з питань чим мотивувались респонденти до вживання галюциногенних грибів та відвідування фестивалю «Шипіт». Для аналізу відкритих запитань були обрані 5 найбільш повторюваних та типових відповідей різних респондентів.

Питання першого анкетування були спрямовані на виявлення вже наявного досвіду та встановлення критеріїв мотивації бажання отримати досвід вживання галюциногенів під час ритуальних дійств.

Узагальнюючи, відповіді респондентів на питання № 11 Анкетування першого етапу свідчать про широкий спектр впливів колективних ритуалів та вживання псилоцибінових грибів на особистість та життя. Вони вказують на можливість поглиблення емоційного зв'язку з навколишнім світом,

самопізнання, терапевтичні ефекти, а також на необхідність створення безпечних умов для подібного досвіду.

Відповіді респондентів на питання № 11 Анкетування першого етапу

Якщо Ви вже мали досвід участі на «Шипоті» (іншому подібному колективному ритуалі) або вживання псилоцибінових грибів, спробуйте описати свій досвід та як він вплинув на Вас і ваше життя.
Ну, я повернув собі дитячу безтурботну радість і її зрозумів її важливість. В дзеркало я зміг побачити себе таким як бачать мене зі сторони. В спілкуванні з людьми мені не були потрібні слова. Відчув, що все навколо живе :) Також, цей досвід врятував мене від залежності.
Досвід вживання псилоцибінів розширював свідомість і дозволяв прийняти дійсність певних неприйнятних аспектів мого життя, заново пережити травмуючим досвід і прийняти його, подолати бар'єр нерозуміння в діалозі з іншою людиною, відкрити для себе нові способи дивитись на реальність і взаємодіяти з нею. Колективні ритуали допомагають легалізувати свою ідентичність серед інших, відчути спільність в різності і цінність себе через єднання з іншими в справжньому прояві себе. Але для ефективності обох речей потрібно попередньо потурбуватися про свою безпеку і створити відповідні умови/налаштувати взаємодію між людьми, щоб проживання цього досвіду не стало травматизацією чи ретравматизацією.
На Шипоті не був, мав досвід вживання з близькими людьми на природі близько пригорода Києва, який значно вплинув на мою особистість і послужив терапією від психічних травм, допоміг збагнути в певній мірі себе, оточуючих, життєві дрібниці та переосмислити систему цінностей
Я зрозумів свою психологічну драму, сенс буття та досвіду і як мені з цим усім жити
Він змінив моє життя в кращу сторону

Відповіді респондентів свідчать про те, що такий досвід може допомогти вирішувати психологічні проблеми, розширювати свідомість, розкривати нові способи сприйняття дійсності та покращувати якість життя. Проте, вони також підкреслюють важливість створення безпечного та підтримуючого середовища для такого досвіду, щоб уникнути можливої травматизації.

Отже, ці відповіді вказують на комплексний характер впливу колективних ритуалів та вживання псилоцибінових грибів на людську психіку та емоційний стан, який може мати як позитивні, так і негативні наслідки в залежності від контексту та умов проведення.

Відповіді респондентів на питання № 6 Анкетування першого етапу

Чому Ви відвідували/відвідаєте фестиваль «Шипіт»? Що Вас мотивує?

Це епохальне місце. Єднання з природою, дослідження себе і своїх станів
Вільні люди та атмосфера свободи
єднання з природою, свобода самовираження
Духовна рівновага
Свобода кожної особистості

Різноманітність мотивів до відвідування ритуальних дійств, які вказують респонденти, свідчить про те, що фестиваль «Шипіт» відповідає на різні потреби і бажання людей. Для деяких він є місцем для самовираження та дослідження власної внутрішньої сутності, для інших – атмосферою свободи і відчуттям єднання з природою. Для когось це шлях до досягнення духовної гармонії та рівноваги, а для інших – можливість відчути себе прийнятими та вільними у вираженні власної особистості.

Отже, фестиваль «Шипіт» виступає не лише як культурний захід, але і як місце для самовираження, саморозвитку та спілкування, що відображає потреби сучасного суспільства у пошуку глибших зв'язків з собою, природою та одне з одним.

Відповіді респондентів на питання № 6 Анкетування другого етапу

Пригадайте ті переживання, що Ви відчували безпосередньо під час впливу псилоцибіну на фестивалі, опишіть цей досвід.
Це прилив невідомої сили, все рухається в такт дихання/музики, хочеться рухатись разом з цим всім
Відчуття легкості і легкої збудженності у тілі, прискорення думок, дуже піднятий настрій, всі проблеми психологічні та фізичні в прямому сенсі зменшились до простих дій і інструкцій, які на тверезу голову я боявся або уникав, з'явилися сильні перепади настрою від чогось магічного до сльозного сміху
Мене переповнили емоції, в звичайному житті, ми можемо проживати тільки одну емоцію одночасно, а від грибів я відчув всі всі емоції одночасно, і вони огортають хвилями
Все дуже яскраве і гіпертрофоване(як візуально, так і ментально, духовно, тактильно), тіло німе, навколишній світ бачиш наче чітче і свідоміш, а от сама свідомість, як листок, згорнулась невідому кількість раз і зібратись з тверезістю було неможливо, може тільки на дві секунди: думаєш, треба трохи "прийти до тями", умовно вмиваєшся і тобі здається, що ти трішки освіжився, але в цей ж момент розумієш, що тепер буде новий етап. І так багато, дуже багато разів. Інколи нагорталась сльози, інколи прям буквально відчував як якісь потоки енергії (моєї внутрішньої) вирують всередині диким потоком, не вмещаючись всередині.
Час розтягується, наче увага розширюється і в неї потрапляє багато деталей через це здається, що відбулося дуже багато подій за короткий період часу. Ейфорія але свідомо якась. Було таке, що я ставала на гвіздки під дією псилоцибіну. І медитативний стан був одразу, вже, не треба зводити до відчуття болі 10хв.

Загальний висновок з аналізу відповідей респондентів на шосте запитання анкетування другого етапу, вказує на значний вплив цієї речовини на сенсорні, емоційні та когнітивні аспекти людського сприйняття.

Псилоцибін суттєво змінює сенсорне сприйняття, викликаючи інтенсивні та гіпертрофовані візуальні, тактильні та слухові відчуття. Респонденти повідомляють про яскравість та деталізацію навколишнього світу, а також про синхронізацію рухів з ритмом музики та власного дихання. Це вказує на посилене сенсорне сприйняття навколишнього середовища.

Емоційний спектр значно розширюється, дозволяючи одночасно переживати різноманітні емоції з великою інтенсивністю. Під впливом псилоцибіну респонденти відчувають перепади настрою від ейфорії до сильного сміху, що свідчить про зміну емоційної регуляції та посилення емоційної виразності.

Когнітивні процеси також зазнають змін. Респонденти зазначають прискорення думок, зниження психологічних бар'єрів та простоту у вирішенні проблем, які в звичайному стані здавалися складними. Це вказує на когнітивну гнучкість та можливість нового погляду на особисті та соціальні питання.

Псилоцибін також впливає на сприйняття часу, розтягуючи його та дозволяючи сприймати більше деталей і подій у короткий проміжок часу. Це створює відчуття розширення уваги та зміну суб'єктивного досвіду часу.

Загалом, аналіз відповідей вказує на те, що досвід вживання псилоцибіну під час фестивалю впливає на сенсорну інтеграцію, емоційну регуляцію, когнітивні процеси та сприйняття часу, що може сприяти глибокій саморефлексії, емоційному збагаченню та духовному розвитку.

За результатами методики «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої, у групи респондентів, які мають регулярний досвід вживання галюциногенів, мають у переважній більшості рівні вираженості нижче середніх за критеріями, що в загальному свідчить про низький суїцидальний ризик. Але за критерієм «Афективність» середній рівень вказує на домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуацій і

реакціях особи на психотравматичні події. Результати дослідження за даною методикою представлено в таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

«Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої

Критерій	Вживали регулярно	Вживали ситуативно	Не вживали принципово
Демонстративність	Нижче середнього	Низький	Нижче середнього
Афективність	Середній	Середній	Вище середнього
Унікальність	Нижче середнього	Низький	Нижче середнього
Неспроможність	Нижче середнього	Низький	Середній
Соціальний песимізм	Нижче середнього	Низький	Вище середнього
Злам культурних бар'єрів	Нижче середнього	Низький	Нижче середнього
Максималізм	Нижче середнього	Середній	Нижче середнього
Тимчасова перспектива	Нижче середнього	Низький	Середній
Антисуїцидальний фактор	Високий	Вище середнього	Високий

Ось детальніше, що можна сказати про середній рівень афективності:

1. **Баланс емоцій та розуму:** Середній рівень афективності означає, що респонденти моуть досить чітко розрізняти свої емоції і раціональні думки. Вони здатні виявляти емоційні реакції на психотравматичні події, однак інтелектуальний контроль за цими емоціями не є достатнім для збереження емоційної рівноваги.

2. **Реакція на стрес:** Респонденти з середнім рівнем афективності можуть демонструвати відповідні емоційні відгуки на стресові ситуації, не втрачаючи при цьому здатності до раціонального аналізу і реагування.

3. **Наявність емоційного регулювання:** Респонденти з середнім рівнем афективності мають здатність ефективно регулювати свої емоції. Вони можуть виражати свої почуття, але це може рідко призводити до порушень інтелектуального функціонування чи невідповідних реакцій.

Аналізуючи інші критерії цієї групи, результати також свідчать про те, що «Демонстративність» може означати меншу схильність до вираження емоцій через зовнішні прояви, в той час як низька «Унікальність» може свідчити про більш загальнопоширену перспективу на життя, без виражених тенденцій до унікальних способів мислення або поведінки. Нижчий рівень «Неспроможності» може вказувати на більш позитивне оцінювання власної компетентності та значення у світі, тоді як менший «Соціальний песимізм» може свідчити про більш оптимістичну оцінку відносин з іншими. Нижче середнього рівень «Зламу культурних бар'єрів» може показувати меншу схильність до прийняття культурних норм, що виправдовують суїцидальну поведінку. Менший «Максималізм» вказує на меншу схильність до інфантильного підходу до ціннісних питань, тоді як нижча «Тимчасова перспектива» може означати більш здорове планування майбутнього та менші страхи перед несприятливими подіями.

Узагальнюючи результати респондентів, що не вживали галюциногени принципово, вони мають ближче до високого рівень емоційної напруженості, негативну концепцію себе та світу, а також обмежену здатність до конструктивного майбутнього планування.

Найбільш виражені критерії групи, що не вживали галюциногени принципово:

- Неспроможність: Результат вказує на середній рівень неспроможності, що наближається до високого. Це може вказувати на негативне ставлення до власних можливостей та відчуття некомпетентності.
- Соціальний песимізм: Результат показує середній рівень соціального песимізму. Це означає, що багато респондентів можуть сприймати світ як ворожий та несприятливий.
- Афективність: Результат показує середній рівень афективності. Це означає, що багато респондентів можуть частіше реагувати емоційно на психотравматичні ситуації та важкості.

- Тимчасова перспектива: Результат показує середній рівень тимчасової перспективи. Це може бути обумовлене сильною заглибленістю в поточну індивідуальну проблему, переживанням нерозв'язності та глобального страху перед майбутніми невдачами.

Для тих, хто не вживав галюциногени принципово, виражений рівень афективності також може вказувати на емоційну вразливість респондентів, що може призводити до більш інтенсивних та тривожних емоційних реакцій на події в їхньому житті та виявлення високого рівня емпатії та співчуття до інших людей, що може відобразитися в їхніх емоційних реакціях на страждання та потреби інших.

Високий рівень соціального песимізму у цій групі також вказує на негативну концепцію щодо навколишнього світу і стосунків з оточуючими. Це може мати кілька важливих аспектів:

1. **Ворожнеча до світу:** Респонденти з високим рівнем соціального песимізму можуть сприймати світ як ворожий або неприязний. Вони також можуть відчувати, що оточуючі люди чи соціальне середовище не відповідають її уявленням про нормальні чи задовільні стосунки.

2. **Каузальна атрибуція:** Це може також пов'язуватися з екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції, коли респонденти схильні вважати, що причини негативних подій та взаємин знаходяться зовні, у інших людях або у зовнішніх обставинах, а не у власному внутрішньому світі.

3. **Внутрішній монолог:** Іноді високий рівень соціального песимізму може супроводжуватися внутрішнім монологом, де респондент може думати про інших як про "негідних мене" або вважати себе жертвою невдач або несправедливості соціуму.

4. **Психологічний дискомфорт:** Це стан може призводити до психологічного дискомфорту, а також може бути одним з факторів, що сприяють розвитку депресивних станів або ризику суїциду.

Антисуїцидальний фактор у респондентів, що вживали регулярно та не вживали принципово показують високий рівень антисуїцидального фактора, що

є позитивним сигналом в обох групах та може вказувати на наявність у респондентів сильних внутрішніх ресурсів для подолання суїцидальних думок та зменшення ризику самогубства.

Показники тих респондентів хто вживав галюциногени ситуативно значно менші за більшістю шкал, через що вони потрапили на нижчий рівень вираженості по багатьом критеріям. Показники за критеріями Демонстративність, Унікальність, Неспроможність, Соціальний песимізм, Злам культурних бар'єрів, Тимчасова перспектива респондентів, що вживали на фестивалі мають низький рівень вираженості, що вказує на наступні наслідки:

- респонденти стали менш схильними виражати свої проблеми та емоції з метою привернення уваги;
- респонденти стали менше сприймати себе як виняткових або неповторних;
- покращення відчуття власної компетентності та здатності впоратися з труднощами;
- покращення сприйняття навколишнього світу як менш ворожого та відповідно зменшення негативних уявлень про соціальні взаємини;
- культурні цінності та норми стали більш зрозумілими та прийнятними для респондентів;
- поліпшення здатності до конструктивного планування майбутнього та більш оптимістичний погляд на нього.

Але виключним став критерій максималізму Це може свідчити про прагнення до досягнень та успіху. Респонденти можуть вважати важливим розвиватися та досягати максимальних результатів у своїй діяльності, прагнути до максимальної задоволеності своїх потреб та бажань, не враховуючи можливих обмежень або альтернатив.

Для представлення результатів дослідження за методикою Шкала депресії А.Т. Бека, було взято середні показники за методикою, для груп респондентів (див. Табл. 2.2.2).

Результати дослідження з використанням Шкали депресії А.Т. Бека. Вказують на наступні висновки:

Група «Вживали регулярно» показала середній бал 22,52 за Шкалою депресії А.Т. Бека, що відповідає помірному рівню депресії. Це означає, що респонденти, які вживали галюциногени регулярно, демонструють певний рівень депресивних симптомів, але вони не є настільки вираженими, як у груп, які вживають галюциногени ситуативно або уникають їх вживання зовсім.

Таблиця 2.2.2

Шкала депресії А.Т. Бека

Шкала депресії Бека		
Група	Бал	Рівень вираженості
Вживали регулярно	22,52	Помірна депресія
Вживали ситуативно	46,14	Важка депресія
Не вживали принципово	58,26	Важка депресія

Група «Не вживали принципово» продемонструвала середній бал 58,26 за Шкалою депресії А.Т. Бека, що свідчить про важку депресію серед респондентів, які принципово уникали вживання. Цей високий рівень депресії вказує на те, що існують інші значущі фактори, які впливають на психічне здоров'я цієї групи осіб.

Група «Вживали ситуативно» показала середній бал 46,14 за Шкалою депресії А.Т. Бека, що вказує на важку депресію серед респондентів, які вживали галюциногени ситуативно. Цей результат відображає високий рівень депресивних симптомів у цієї групи осіб.

Важливо зазначити, що депресія в цьому контексті не може бути пояснена або вичерпно пояснена лише одним фактором, таким як вживання галюциногенів. Це складна і багатоаспектна проблема, яка включає в себе генетичні, психологічні, соціальні та інші фактори. Наприклад, стрес, соціальна ізоляція або низька самооцінка можуть підсилювати депресивні симптоми в контексті вживання наркотиків. Таким чином, хоча вживання галюциногенів

може бути одним з можливих чинників, що сприяють розвитку депресії, вона є лише однією з складових цього більш загального і складного явища.

Отже, такий результат може вказувати на те, що вживання галюциногенів може тимчасово полегшити депресивні симптоми, але воно не є ефективним або стійким методом лікування депресії. Регулярне вживання може мати певний стабілізуючий ефект на психічне становище, проте цей ефект може бути тимчасовим і не розв'язує кореневі причини депресії.

Помірна депресія, яка діагностується за шкалою депресії А.Т. Бека та іншими психіатричними інструментами, характеризується симптомами, які більш інтенсивні, ніж при легкій депресії, але не такі важкі, як при важкій депресії. Ось основні прояви помірної депресії:

Емоційні симптоми:

- Постійний сум, тривога або відчуття «порожнечі».
- Втрата інтересу або задоволення від більшості видів діяльності.
- Почуття безнадійності або песимізму.
- Почуття провини, непотрібності або безпорадності.

Когнітивні симптоми:

- Труднощі з концентрацією, запам'ятовуванням або прийняттям рішень.
- Негативні думки про себе та своє майбутнє.
- Надмірне самоосудження та критика.

Фізичні симптоми:

- Втома або втрата енергії майже кожен день.
- Зміни апетиту та ваги (втрата або збільшення ваги).
- Порушення сну (безсоння або надмірна сонливість).
- Фізичні симптоми, такі як головні болі або болі в тілі без чіткої фізичної причини.

Поведінкові симптоми:

- Зниження активності та продуктивності на роботі чи вдома.

- Відчуження від друзів та родини.
- Зменшення участі у соціальних чи розважальних заходах.
- Часті емоційні спалахи або плач.

Суїцидальні думки:

- Періодичні думки про смерть або суїцид, але зазвичай без детального плану або наміру.

Помірний та важкий рівень депресії значно впливає на якість життя людини та її здатність виконувати щоденні обов'язки. Вона може потребувати медичної або психотерапевтичної допомоги для поліпшення стану та запобігання переходу до більш важких форм депресії. Терапія може включати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), медикаментозне лікування (антидепресанти) та інші види підтримки, такі як групи самопомоги або соціальні послуги.

Висновки з порівняльного аналізу груп за шкалою депресії Бека:

- **Ефект від вживання:** Регулярне вживання галюциногенів має тенденцію зменшувати ризик важкої депресії порівняно з ситуативним вживанням або його відсутністю. Однак, навіть регулярне вживання не гарантує відсутності депресивних симптомів, що підтверджується помірним рівнем депресії у цій групі.
- **Соціальний ризик:** Група, яка стримувалася від вживання наркотиків, мала найвищий рівень депресії. Це може свідчити про складні соціальні або психологічні причини, які впливають на їх психічне здоров'я, незалежно від самого вживання галюциногенів.
- **Неоднозначність впливу:** Порівняння показників депресії у різних групах відображає неоднозначний вплив вживання галюциногенів на психічне здоров'я. Важливо враховувати комплексний підхід до розуміння цього явища, включаючи індивідуальні та соціокультурні контексти.

Для представлення результатів дослідження за методикою Шкала тривоги Ч.Д. Спілбергера, було взято середні показники за методикою, для груп респондентів (див. Табл. 2.2.3).

Аналізуючи результати різних груп, можна оцінити вплив вживання галюциногенів на рівень тривоги.

Регулярне вживання галюциногенів асоціюється з високим рівнем особистісної тривожності. Це може свідчити про те, що часте вживання таких речовин може призводити до підвищеного рівня тривожності, можливо через психофізіологічні зміни або соціальні наслідки, пов'язані з їх регулярним вживанням.

Таблиця 2.2.3

Шкала тривоги Ч.Д. Спілбергера

Шкала тривоги Спілберга (особистісна тривожність)		
Група	Бал	Рівень вираженості
Вживали регулярно	48,72	Високий
Вживали ситуативно	9,14	Низький
Не вживали принципово	17,16	Низький

Ситуативне вживання галюциногенів пов'язане з низьким рівнем тривожності. Це може вказувати на те, що помірне і рідкісне вживання не має такого значного впливу на рівень тривожності або навіть може бути використане в певних контекстах для зниження тривожності.

Принципова відмова від вживання галюциногенів також асоціюється з низьким рівнем тривожності, проте цей рівень є вищим, ніж у групи, що вживала ситуативно. Це може свідчити про те, що відмова від вживання галюциногенів базується на певних особистісних або соціальних переконаннях, які самі по собі можуть бути пов'язані з деяким рівнем тривожності.

Порівняльний аналіз

1. Регулярне вживання галюциногенів проти ситуативного вживання:

Регулярне вживання галюциногенів значно підвищує рівень особистісної тривожності порівняно з ситуативним вживанням. Це вказує на те, що частота вживання є важливим чинником, що впливає на рівень тривожності.

2. Принципова відмова від галюциногенів проти ситуативного вживання:

Принципова відмова від вживання галюциногенів пов'язана з дещо вищим рівнем тривожності, ніж ситуативне вживання. Це може свідчити про те, що відмова від вживання може бути пов'язана з певними тривожними очікуваннями або переконаннями.

3. Ситуативне вживання галюциногенів проти принципової відмови:

Ситуативне вживання галюциногенів пов'язане з нижчим рівнем тривожності порівняно з принциповою відмовою. Це може вказувати на те, що помірне вживання в певних контекстах може мати анксиолітичний ефект або, що відмова від вживання може бути частково обумовлена підвищеним рівнем тривожності.

Результати свідчать про те, що частота вживання галюциногенів значно впливає на рівень особистісної тривожності. Регулярне вживання асоціюється з високим рівнем тривожності, тоді як ситуативне вживання пов'язане з найнижчим рівнем тривожності. Принципова відмова від вживання галюциногенів також супроводжується низьким, але вищим, ніж при ситуативному вживанні, рівнем тривожності. Це підкреслює важливість частоти вживання як ключового фактора, що впливає на рівень тривожності, та вказує на можливі психофізіологічні та соціальні наслідки, пов'язані з різними підходами до вживання галюциногенів.

Ці висновки підкреслюють важливість подальших досліджень для розуміння взаємозв'язку між вживанням галюциногенів та рівнем тривоги, а також розробки стратегій для управління стресом та тривогою в таких середовищах.

Для визначення статистично значимих відмінностей між групами респондентів, було використано статистичний метод розрахунку критерія Т-Стьюдента для незалежних вибірок.

Першим етапом було визначення відмінностей середніх значень груп респондентів, що вживали галюциногени регулярно та не вживали принципово за методиками: Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Спілбергера та «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої.

Завдяки програмі IBM SPSS Statistics 26 було виявлено значимі відмінності між групами на рівні значимості $> 0,01$ за розрахунком критерія t-Стюдента за шкалою особистісної тривожності Спілбергера, шкалою депресії Бека та критерієм «Соціальний песимізм» «Опитувальника суїцидального ризику» в модифікації Разуваєвої. Це свідчить про те, що респонденти, які вживали галюциногени ситуативно, та ті, що не вживали їх принципово, мають суттєві відмінності у рівнях тривожності та депресії. Відповідно ми можемо зробити висновок, що респонденти, що вживали псилоцибін ситуативно, здатні ефективніше контролювати стресові ситуації та відчувати менше занепокоєння, а також менш схильні привертати увагу до своїх проблем та демонстративно виражати свої труднощі, ніж респонденти, що не мали досвіду вживання взагалі.

Високий рівень соціального песимізму у групи респондентів, що принципово не вживають галюциногени, може вказувати на їх схильність до більш критичного та негативного сприйняття світу і соціальних взаємин. Це може бути пов'язано з низкою факторів:

- **Соціальні фактори:** Можливі негативні соціальні взаємодії, відчуття несправедливості та відчуження можуть сприяти формуванню песимістичного світогляду.
- **Психологічні фактори:** Особистісні риси, такі як підвищена тривожність та депресивність, також можуть впливати на сприйняття світу у негативному ключі.
- **Когнітивні установки:** Негативні когнітивні установки та стилі мислення можуть призводити до більш песимістичного погляду на навколишній світ.

Виявлені значимі відмінності за шкалами Спілбергера та Бека свідчать про те, що частота та принциповість вживання галюциногенів суттєво впливають на психологічний стан респондентів. Група, що вживала галюциногени ситуативно, демонструє нижчі рівні тривожності та депресії, що може вказувати на потенційні анксиолітичні та антидепресивні ефекти

ситуативного вживання галюциногенів. Натомість, група, що принципово не вживає галюциногени, показує вищі рівні тривожності та депресії, що може бути пов'язано з їх психологічними характеристиками або соціальними факторами, що впливають на їх рішення уникати галюциногенів.

Значимі відмінності між групами респондентів, за шкалами методики шкалою депресії Бека та шкалою особистісної тривоги Спілбергера були представлені у табл. 2.2.4.

Таблиця 2.2.4

Розрахунок критерія Т-Ст'юдента для груп постійно вживаючих та принципово не вживаючих

Шкала або критерій	Група	Середні значення	Значимість Т-Ст'юдента
Шкала депресії Бека	Постійно вживаючі	22,52	0,000
	Принципово не вживаючі	58,26	
Особистісна тривожність	Постійно вживаючі	48,72	0,000
	Принципово не вживаючі	17,16	
Соціальний песимізм	Постійно вживаючі	2,42	0,001
	Принципово не вживаючі	3,63	

Наступним етапом було визначення відмінностей середніх значень груп респондентів, що вживали галюциногени регулярно та не вживали принципово за методиками: Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Спілбергера та «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої.

Таблиця 2.2.5

Розрахунок критерія Т-Ст'юдента для груп ситуативно вживаючих та постійно вживаючих

Шкала або критерій	Група	Середні значення	Значимість Т-Ст'юдента
Шкала депресії Бека	Регулярно вживаючі	22,52	0,000
	Ситуативно вживаючі	58,26	
Особистісна тривожність	Регулярно вживаючі	48,72	0,001
	Ситуативно вживаючі	17,16	

Аналіз даних здійснювався за допомогою програми IBM SPSS Statistics 26, де було проведено розрахунок критерію t-Ст'юдента для двох незалежних вибірок. Результати показали значимі відмінності між групами за шкалою особистісної тривожності Спілбергера та шкалою депресії Бека на рівні значимості $p < 0,01$.

Результати та інтерпретація:

1. **Шкала депресії Бека:**

- **Група, що вживала галюциногени регулярно:** Середнє значення за шкалою депресії Бека складає 22,52. Це вказує на помірний рівень депресивних симптомів у респондентів, що регулярно вживають галюциногени.

- **Група, що вживала галюциногени ситуативно:** Середнє значення за шкалою депресії Бека становить 58,26, що свідчить про високий рівень депресії серед цих респондентів.

- Значимість t-Ст'юдента ($p = 0,000$) вказує на суттєві відмінності між двома групами, що означає наявність значимо вищих рівнів депресії у респондентів, що вживають галюциногени ситуативно порівняно з тими, хто вживає їх регулярно.

2. **Шкала особистісної тривожності Спілбергера:**

- **Група, що вживала галюциногени регулярно:** Середнє значення тривожності складає 48,72, що вказує на високий рівень тривожності серед респондентів, які регулярно вживають галюциногени.

- **Група, що вживала галюциногени ситуативно:** Середнє значення тривожності становить 17,16, що вказує на значно нижчий рівень тривожності у цих респондентів.

- Значимість t-Ст'юдента ($p = 0,001$) підтверджує наявність значимих відмінностей між групами, що свідчить про значно вищий рівень тривожності у респондентів, які регулярно вживають галюциногени порівняно з тими, хто вживає їх ситуативно.

Виявлені рівні значимості вказують на значні відмінності у психологічному стані респондентів залежно від частоти вживання галюциногенів:

- **Регулярне вживання галюциногенів:**

- a. Помірний рівень депресії (22,52) може свідчити про стабільні депресивні симптоми, які, можливо, респонденти намагаються контролювати за допомогою регулярного вживання галюциногенів.

- b. Високий рівень тривожності (48,72) може вказувати на хронічну тривожність, що супроводжує регулярне вживання галюциногенів або є причиною такого вживання як засобу саморегуляції.

- **Ситуативне вживання галюциногенів:**

- a. Високий рівень депресії (58,26) може свідчити про те, що респонденти вдаються до вживання галюциногенів у відповідь на гострі епізоди депресії або використовують їх для подолання значних депресивних симптомів.

- b. Низький рівень тривожності (17,16) може свідчити про те, що ситуативне вживання галюциногенів не призводить до хронічної тривожності і, можливо, використовується для подолання короткострокових стресових ситуацій.

Результати розрахунку критерію t-Ст'юдента для двох незалежних вибірок показують, що характер вживання галюциногенів (ситуативне чи регулярне) суттєво впливає на рівні депресії та тривожності серед респондентів. Регулярне вживання галюциногенів асоціюється з помірним рівнем депресії та високим рівнем тривожності, що може свідчити про використання цих речовин як засобу для подолання хронічних психічних станів. Натомість, ситуативне вживання галюциногенів асоціюється з високим рівнем депресії, але низьким рівнем тривожності, що може вказувати на використання галюциногенів для подолання гострих депресивних епізодів або рекреаційних цілей.

Останнім етапом було визначення відмінностей середніх значень груп респондентів, що вживали галюциногени ситуативно та не вживали

принципово за методиками: Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Спілбергера та «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої.

Завдяки програмі IBM SPSS Statistics 26 було виявлено значимі відмінності між групами на рівні $>0,05$ за шкалою особистісної тривожності Спілбергера, шкалою депресії Бека та деякими критеріями «Опитувальника суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої. Відповідно до цих результатів ми можемо зробити висновок, що респонденти, які мали досвід вживання галюциногенів ситуативно (на прикладі псилоцибіну), під час ритуальних дійств на фестивалі «Шипіт», мають позитивні тенденції за шкалами: шкала депресії Бека, демонстративність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів та тимчасова перспектива, що свідчить про здатність псилоцибіну допомагати управляти емоціями та знижувати стрес, покращення в усвідомленні цінностей життя, зміцнення внутрішніх мотиваційних сил. Також результати розрахунку свідчать про потенційні антидепресивні властивості псилоцибіну, які допомагають знижувати симптоми депресії, зниження емоційної реактивності, зміни в самосприйнятті, зменшення страху перед майбутніми невдачами та більш спокійне сприйняття часу.

Таблиця 2.2.6

Розрахунок критерія Т-Ст'юдента для груп ситуативно вживаючих та принципово не вживаючих

Шкала або критерій	Група	Середні значення	Значимість Т-Ст'юдента
Шкала депресії Бека	Ситуативно вживаючі	46,14	0,005
	Принципово не вживаючі	58,26	
Демонстративність	Ситуативно вживаючі	0,86	0,032
	Принципово не вживаючі	2	
Соціальний песимізм	Ситуативно вживаючі	1,29	0,002
	Принципово не вживаючі	3,63	
Злам культурних бар'єрів	Ситуативно вживаючі	0,57	0,05
	Принципово не вживаючі	1,16	
Тимчасова перспектива	Ситуативно вживаючі	1,29	0,05
	Принципово не вживаючі	2,95	

Значимі відмінності між групами респондентів, що вживали галюциногени ситуативно та не вживали принципово, за шкалами методики «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації Т.М. Разуваєвої, а саме: демонстративність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів та тимчасова перспектива, а також шкалами особистісної тривоги Спілбергера і депресії Бека були представлені у табл. 2.2.6.

Порівнюючи результати груп, які вживали галюциногени (на прикладі псилоцибіну) регулярно, ситуативно та не вживали принципово, можна зробити загальний висновок про те, що вплив псилоцибіну на психоемійний стан може тимчасово позитивно впливати на особистісні негативні психічні стани, зменшуючи особистісну тривожність, афективність і формує сприятливіший антисуїцидальний фактор. Цей ефект є важливим показником, який може негативно впливати на внутрішній опір та заборону стосовно вживання галюциногенів.

2.3. Розробка тренінгової програми медитації для досягнення відповідного психоемоційного стану без вживання галюциногенів

Псилоцибін є забороненою психоактивною речовиною законодавством України. Враховуючи цей факт, є доцільним шукати альтернативні методи для роботи з людьми для покращення їх психоемоційного стану.

За результатами емпіричного дослідження особливостей психоемоційного стану осіб, що вживають галюциногени під час ритуальних дійств учасниками яких вони були, ми отримали результати про те, що вживання тимчасово позитивно впливає на психоемоційний стан учасників, але в той самий час категорично не можливо рекомендувати масове вживання галюциногенів через недостатнє дослідження рівня ризику та ефективності від вживання.

На нашу думку є необхідними розробка та впровадження в психологічну практику методів, що виключають вживання галюциногенів та мають

позитивний ефект на зміну емоційних станів осіб. В рамках дослідження було розроблено програму медитації, що може допомогти таким людям інтегрувати їхній позитивний досвід у повсякденне життя. На даний момент ведеться розробка та впровадження програми, яка поєднує медитацію з техніками КПТ для роботи з психоемоційним станом осіб, які вживали псилоцибін. Ця програма стане основою моєї подальшої професійної діяльності.

Медитація — це практика, що передбачає фокусування уваги та усвідомленість для досягнення ментального спокою та ясності. Вона може включати різноманітні техніки та підходи, але загальною метою є розвиток концентрації, самосвідомості та зниження стресу.

Багато людей використовують медитацію для лікування стресу і пов'язаних зі стресом станів, а також для зміцнення загального здоров'я [13, 37].

Навчання медитації програми з медитації відрізняються за кількома параметрами, включаючи тип розумової активності, що пропагується, кількість тренувань, використання та кваліфікація інструктора, а також акцент на релігії чи духовності.

Деякі медитативні техніки інтегровані в ширший альтернативний підхід, який включає дієтотерапію та/або рухову терапію (наприклад, аюрведа або йога).

Медитативні техніки класифікуються як такі, що підкреслюють «уважність», «концентрацію» та «автоматичне самозаглиблення». Такі популярні техніки, як трансцендентальна медитація (ТМ) наголошують на використанні мантри таким чином, що вона виводить людину в стан без зусиль де немає сфокусованої уваги [75, 19]. Інші популярні техніки, такі як зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR), підкреслюють зменшення стресу (MBSR), наголошують на тренуванні сфокусованої на теперішньому усвідомленості або «усвідомленості». Огляди на сьогоднішній день повідомляють про невеликий або помірний ефект як «майндфулнес», так і «мантр» медитації на зменшення емоційних симптомів (наприклад, тривоги, депресії та стресу) і поліпшення фізичних симптомів (наприклад, болю) [14].

Отже для досягнення позитивного стану ми розробили тренінгову програму на основі методу медитації, який побудований за допомогою тілесно-орієнтованих технік, для людей які хочуть зрозуміти себе, свої потреби, почуття, емоції та встановити міцний контакт з саморегуляцією психоемоційних станів.

Програма тренінгу

Назва тренінгу: «Повернення»

Тривалість: 3 дні.

Вміння та навички, які розвиває цей тренінг:

1. **Концентрація та фокусування:** Практика свідомої медитації допомагає розвинути здатність концентрувати увагу на одній ідеї або процесі (наприклад, диханні), що сприяє підвищенню продуктивності та ефективності у повсякденній діяльності.

2. **Релаксація та зняття стресу:** Розслаблення тіла і усвідомлене дихання сприяють зменшенню напруги та стресу, що покращує загальне самопочуття та здоров'я.

3. **Самоусвідомлення:** Медитація сприяє кращому розумінню власних думок, емоцій та фізичного стану, що допомагає у самопізнанні та розвитку емоційної інтелігентності.

4. **Управління емоціями:** Практика зосередження на позитивних ідеях, таких як любов, допомагає керувати негативними емоціями та розвивати позитивне мислення.

5. **Ментальна дисципліна:** Регулярні заняття медитацією розвивають ментальну стійкість та дисципліну, що важливо для досягнення довгострокових цілей.

У чому б він допомагав:

1. **Покращити психічне здоров'я:** Зменшення рівня стресу та тривожності, покращення настрою і підвищення рівня загальної задоволеності життям.

2. **Підвищити продуктивність:** Завдяки поліпшенню здатності до концентрації та фокусування, учасники можуть стати більш ефективними у своїй роботі та повсякденних завданнях.

3. **Зміцнити міжособистісні відносини:** Розвиток позитивного мислення та емоційної стабільності сприяє покращенню взаємин з оточуючими, створенню більш гармонійного середовища.

4. **Знайти внутрішню рівновагу:** Медитація допомагає учасникам досягти внутрішнього спокою та гармонії, що сприяє кращому розумінню себе та своїх потреб.

5. **Розвинути усвідомленість:** Практика свідомої медитації підвищує рівень усвідомленості у повсякденному житті, що допомагає приймати більш обдумані рішення та бути більш присутнім у моменті.

Хід виконання

Назва вправи: «Ідейна медитація»

Мета вправи: Досягти повної зосередженості на одній думці. У перекладі з латини, медитація означає глибоке розмірковування або концентрацію на конкретному об'єкті.

Необхідне обладнання: Головне - забезпечити максимально рівну спину, водночас почуваячись комфортно. Ви можете сидіти на підлозі, в ліжку або в кріслі, а якщо спина не звикла до такого сидіння, можна спертися на стіну або спинку.

Приблизний час на виконання: Можна розпочати з 5-10 хвилин і поступово збільшувати тривалість, враховуючи ваше самопочуття. Немає максимального обмеження для часу медитації.

Форми роботи: Це може бути медитація як індивідуально, так і у групі, в парі або колективно. Немає обмежень у форматах або кількості учасників.

Чіткий алгоритм роботи (техніка виконання):

Перший рівень

1. Зручно розташуйтеся так, щоб ваша спина була рівною. Можна використовувати різні пози, такі як поза лотоса, напівлотоса або сидіння по

турецьки. Ви можете сидіти зігнувши ноги або витягнувши їх перед собою вздовж підлоги, ліжка або використовуючи стілець. Якщо ви відчуваєте навантаження на спині, вам можна підтримати себе чимось. Головне - досягти такого стану, коли тіло майже не відволікає вас. Простий спосіб це лежати на підлозі або в ліжку, це особливо корисно при фізичних обмеженнях або за потреби.

2. Після того, як ви зручно розташувались, спробуйте максимально розслабити тіло, опустити плечі. Ви можете злегка скрестити руки або просто покласти їх на верхню частину ніг (напрямок долонь не має значення).

3. Закрийте очі і уявіть себе відокремленим від зовнішнього світу.

4. Коли ви досягнете попередньої точки, почніть повільно вдихати повітря через ніс, таким чином:

- На вдиху повітря наповнює ваш живіт, який повинен розширюватися від повітря.

- При видиху повітря спочатку виходить з живота, а потім з грудної клітки.

5. Основне завдання полягає в тому, щоб максимально сконцентруватися на процесі дихання.

6. Це перший рівень медитації. Коли ви зможете автоматично дихати таким чином, ви можете переходити до наступного рівня.

Другий рівень

1. Під час виконання техніки дихання, поступово уявляйте, як ваше тіло наповнюється з середини білим світлом і теплом. Спочатку зосередьтеся на ногах (починаючи з пальців, потім стоп, гомілок, стегон). Ви можете уявляти кожен ногу окремо або обидві одночасно. Потім світло поступово переходить до нижньої частини тулуба, потім до живота, верхньої частини тулуба та шиї. Плавна рухається до кінчиків пальців рук, протікає вздовж всієї руки до шиї і, нарешті, до голови. Ви можете уявляти руки одночасно або окремо.

2. Коли ви усвідомили, що здатні одночасно виконувати техніку дихання і відчувати, як ваше тіло наповнюється теплом і білим світлом, можна переходити на третій рівень.

Третій рівень

Це своєрідна афірмація, де ключове - переключити свідомість і думки на просту ідею, яку ви бажаєте усвідомити. Спробуйте досягти максимального усвідомлення цієї ідеї: насолодитися нею, відчувати її, стати нею.

Рекомендації щодо проведення:

Під час тренінгу цю вправу краще виконувати в кінці заняття, розділяючи так:

- 1 день – 1 рівень
- 2 день – 1 рівень + 2 рівень
- 3 день – 1 рівень+ 2 рівень + 3 рівень

Висновки до другого розділу

В емпіричній частині дослідження застосовано стандартизовані діагностичні методики, включаючи опитувальник суїцидального ризику, шкалу депресії Бека і шкалу тривожності Спілбергера. Дослідження проводилося серед учасників фестивалю «Шипіт» за допомогою онлайн-анкет. Авторські анкети, спрямовані на виявлення досвіду вживання галюциногенів та участі в ритуальних діях.

Результати дослідження, проведеного з використанням Шкали депресії Бека, Шкали тривоги Спілбергера та Опитувальника суїцидального ризику в модифікації Т.М. Разуваєвої, показують значні відмінності в психологічному стані між групами респондентів, що вживали галюциногени регулярно, ситуативно та не вживали їх принципово. Аналіз середніх значень за шкалою депресії Бека виявив значну різницю: респонденти, які вживали галюциногени ситуативно, мали найвищий рівень депресії (58,26), тоді як ті, хто вживав їх регулярно, мали значно нижчий рівень (22,52). Ця відмінність є статистично значущою (значимість t-Ст'юдента = 0,000). За шкалою особистісної

тривожності Спілбергера, респонденти, які регулярно вживали галюциногени, мали найвищий рівень тривожності (48,72), порівняно з тими, хто вживав їх ситуативно (17,16), з рівнем значущості 0,001. За опитувальником суїцидального ризику, респонденти, які вживали галюциногени ситуативно, показали середній рівень за кількома критеріями, такими як демонстративність, афективність, неспроможність, злам культурних бар'єрів та максималізм, що вказує на їх підвищений ризик суїцидальних тенденцій. У той же час, ті, хто не вживав галюциногенів принципово, показали вищий рівень за критеріями соціального песимізму та унікальності, що свідчить про їхню схильність до негативного сприйняття навколишнього світу та відчуття власної винятковості. Респонденти, які вживали галюциногени регулярно, показали низький рівень за більшістю критеріїв суїцидального ризику, але високий рівень тривожності.

Медитація була визначена як доцільний альтернативний метод для передачі позитивного досвіду у повсякденне життя без потенційних ризиків галюциногенів. Медитація, орієнтована на усвідомленість, концентрацію та зниження стресу, використовує різноманітні техніки, такі як трансцендентальна медитація і зменшення стресу на основі усвідомленості, для покращення емоційного та фізичного здоров'я. Різноманітні програми медитації надають можливість вибору підходу, що найбільше відповідає індивідуальним потребам та меті, включаючи інтеграцію з іншими альтернативними підходами, які сприяють загальному самопізнанню та психоемоційній регуляції. Такий підхід дозволяє ефективно використовувати позитивні аспекти досвіду від медитації для підтримки психічного благополуччя та здоров'я.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота була спрямована на дослідження психоемоційних станів особистості, що вживають галюциногени в умовах ритуальних дійств, а також на розробку альтернативних методів для підтримки психоемоційного благополуччя без використання психоактивних речовин.

1. Сутність та ступінь дослідженості феномену психоемоційних станів

На основі теоретичного аналізу було виявлено, що психоемоційний стан особистості є багатограним феноменом, який відображає функціонування нервової системи та емоційне реагування на навколишню реальність. Дослідження вказують на те, що надмірний вплив негативних емоцій може призвести до нервово-психічного стресу та порушень вищої нервової діяльності. Негативні емоційні стани, такі як тривога та депресія, суттєво знижують інтелектуальну працездатність та спричиняють соматовегетативні розлади. Позитивні емоції, навпаки, сприяють фізіологічній активації та мотивації до дій. Теоретичний аналіз сучасних досліджень галюциногенів, показали їх вплив на психоемоційний стан, включаючи значні зміни у сенсорному сприйнятті та настрої.

2. Організаційна і методична база дослідження

Для емпіричної частини дослідження використовувалися стандартизовані діагностичні методики, зокрема опитувальник суїцидального ризику, шкала депресії Бека та шкала тривожності Спілбергера. Дослідження проводилося серед учасників фестивалю «Шипіт» за допомогою онлайн-анкет, включаючи авторські анкети, спрямовані на виявлення досвіду вживання галюциногенів та участі в ритуальних дійствах. Характеристика вибірки включала 57 осіб, віком від 19 до 27 років, які були учасниками фестивалю «Шипіт» та вживали або не вживали галюциногени під час ритуальних дійств.

3. Емпіричне дослідження психоемоційного стану учасників ритуальних дійств

Результати емпіричного дослідження показали відмінності у психологічному стані між групами респондентів, що вживали галюциногени регулярно, ситуативно та не вживали їх принципово. Аналіз даних за шкалою депресії Бека виявив, що респонденти, які вживали галюциногени ситуативно, мали найвищий рівень депресії, тоді як ті, хто вживав їх регулярно, мали значно нижчий рівень. За шкалою особистісної тривожності Спілбергера, найвищий рівень тривожності спостерігався у респондентів, які регулярно вживали галюциногени. Респонденти, які вживали галюциногени ситуативно, показали підвищений ризик суїцидальних тенденцій, тоді як ті, хто не вживав їх принципово, мали схильність до соціального песимізму та відчуття винятковості.

4. Розробка тренінгової програми медитації

На основі отриманих результатів була розроблена тренінгова програма медитації, спрямована на формування позитивного психоемоційного стану без використання галюциногенів. Програма включає різноманітні техніки медитації, такі як трансцендентальна медитація та зниження стресу на основі усвідомленості, що сприяють покращенню емоційного та фізичного здоров'я. Медитація дозволяє інтегрувати позитивний досвід у повсякденне життя, підтримуючи психічне благополуччя та здоров'я без потенційних ризиків, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує важливість розуміння та управління психоемоційними станами. Воно також підкреслює потенціал медитації як безпечної та ефективної альтернативи для підтримки психоемоційного благополуччя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Alaghmand, S., Mozaffar, F., Hosseini, S. B. & Sedghpour, B. S. (2018). Investigating Factors Affecting Students' Self-Actualization at University Spaces. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*, 10 (1):1-7. DOI: 10.18662/rrem/32
2. Anderson, B.T.; Danforth, A.; Daroff, R.; Stauffer, C.; Ekman, E.; Agin-Liebes, G.; Trope, A.; Boden, M.T.; Dilley, J.; Mitchell, J.; et al. Psilocybin-assisted group therapy for demoralized older long-term AIDS survivor men: An open-label safety and feasibility pilot study. *EClinicalMedicine* 2020, 27.
3. Beliveau, V.; Ganz, M.; Feng, L.; Ozenne, B.; Højgaard, L.; Fisher, P.M.; Svarer, C.; Greve, D.N.; Knudsen, G.M. A high-resolution in vivo atlas of the human brain's serotonin system. *J. Neurosci.* 2017, 37, 120–128.
4. Bogenschutz, M.P.; Forcehimes, A.A.; Pommy, J.A.; Wilcox, C.E.; Barbosa, P.C.R.; Strassman, R.J. Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: A proof-of-concept study. *J. Psychopharmacol.* 2015, 29, 289–299.
5. Beck, S. Psilocybin-Assisted Psychotherapy: Treating Depression and Anxiety with Mushrooms. *Physician Assist. Stud. Stud. Artic.* 2020, 7.
6. Ball, J.R.; Armstrong, J.J. The Use of L.S.D. 25 (D-Lysergic Acid Diethylamide) in the Treatment of the Sexual Perversions. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 1961, 6, 231–235.
7. Barrett FS, Carbonaro TM, Hurwitz E, Johnson MW, Griffiths RR. Doubleblind comparison of the two hallucinogens psilocybin and dextromethorphan: effects on cognition. *Psychopharmacology* (2018) 235 (10):2915–27. doi: 10.1007/s00213-018-4981-x
8. Bogenschutz MP, Ross S. Therapeutic applications of classic hallucinogens. *Curr Topics Behav Neurosci.* 2018;36:361–391.
9. Bell, C. (1992). *Ritual theory, ritual practice*. New York, NY: Oxford University Press.
10. Boyer, P., & Liénard, P. (2006). Precaution systems and ritualized behavior. *Behavioral and Brain Sciences*, 29, 635-641.

11. Bell, C. (1997). *Ritual: Perspective and dimensions*. New York, NY: Oxford University Press.
12. Brooks, A. W., Schroeder, J., Risen, J. L., Gino, F., Galinsky, A., Norton, M. I., & Schweitzer, M. E. (2016). Don't stop believing: Rituals improve performance by decreasing anxiety. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 137, 71-85.
13. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report*. 2008; (12):1–23. [PubMed: 19361005]
14. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2010; 68(6):539–44. [PubMed: 20488270]
15. Canal, C.E. *Serotonergic Psychedelics: Experimental Approaches for Assessing Mechanisms of Action; New Psychoactive Substances*; Springer Science and Business Media LLC: Berlin/Heidelberg, Germany, 2018; Volume 252, pp. 227–260.
16. Carhart-Harris, R.L.; Bolstridge, M.; Rucker, J.; Day, C.M.J.; Erritzoe, D.; Kaelen, M.; Bloomfield, M.; A Rickard, J.; Forbes, B.; Feilding, A.; et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: An open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry* 2016, 3, 619–627.
17. Castellanos, J.P.; Woolley, C.; Bruno, K.A.; Zeidan, F.; Halberstadt, A.; Furnish, T. Chronic pain and psychedelics: A review and proposed mechanism of action. *Reg. Anesth. Pain Med*. 2020, 45, 486–494.
18. Combstrong, A. Has Science Found a Cure for Narcissism, 2020. Available online: <https://medium.com/happy-brain-club/finally-a-cure-for-narcissism-b8d36d51a518> (accessed on 24 March 2021).
19. Chiesa A, Malinowski P. Mindfulness-based approaches: are they all the same, *J Clin Psychol*. 2011; 67 (4):404–24. [PubMed: 21254062]
20. Dyck, E. Flashback: Psychiatric Experimentation with LSD in Historical Perspective. *Can. J. Psychiatry* 2005, 50, 381–388.

21. Daniel, J.; Haberman, M. Clinical potential of psilocybin as a treatment for mental health conditions. *Ment. Health Clin.* 2017, 7, 24–28.
22. Davis, A.K.; Barrett, F.S.; May, D.G.; Cosimano, M.P.; Sepeda, N.D.; Johnson, M.W.; Finan, P.H.; Griffiths, R.R. Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2020.
23. Dolan, E.W. Awe-inspiring psychedelic trips reduce narcissism by boosting connectedness and empathy, study suggests (accessed on 26 April 2021).
24. Dos Santos RG, Hallak JE. Therapeutic use of serotonergic hallucinogens: a review of the evidence and of the biological and psychological mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;108:423–434. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.12.001
25. Dos Santos RG, Bouso JC, Alcázar-Córcoles MÁ, Hallak JE. Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2018; 11:889–902. doi:10.1080/17512433.2018.1511424
26. Dulaney, S., & Fiske, A. P. (1994). Cultural rituals and obsessive-compulsive disorder: Is there a common psychological mechanism, *Ethos*, 22, 243-283.
27. Durkheim, E. (1915). *The elementary forms of religious life*. NY, New York: The Free Press.
28. Elflein, J. Psychedelic therapy—Statistics & Facts. 2018. Available online: <https://www.statista.com/topics/4277/psychedelictherapy/> (accessed on 23 March 2021).
29. Freedman, A.; Ebin, E.V.; Wilson, E.A. Autistic schizophrenic children. An experiment in the use of d-lysergic acid diethylamide (LSD-25). *Arch. Gen. Psychiatry* 1962, 6, 203–213.
30. Ginger, S. (2007). *Psychotherapy: 100 misconceptions or how to make your choice*. Lviv: Kamenyar.
31. Garcia-Romeu, A.; Griffiths, R.; Johnson, W.M. Psilocybin-occasion, 2015.
32. Griffiths, R.R.; Johnson, M.W.; A Carducci, M.; Umbricht, A.; A Richards, W.; Richards, B.D.; Cosimano, M.P.; A Klinedinst, M. Psilocybin produces substantial

- and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *J. Psychopharmacol.* 2016, 30, 1181–1197.
33. Grob, C.S.; Danforth, A.L.; Chopra, G.S.; Hagerty, M.; McKay, C.R.; Halberstadt, A.L.; Greer, G.R. Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients with Advanced-Stage Cancer. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011, 68, 71–78.
34. Griffiths RR, Johnson MW, Richards WA, Richards BD, McCann U, Jesse R. Psilocybin occasioned mystical-type experiences: Immediate and persisting dose-related effects. *Psychopharmacology* (2011) 218(4):649–65. doi: 10.1007/s00213-011-2358-5
35. Griffiths RR, Johnson MW, Carducci MA, Umbricht A, Richards WA, Richards BD, et al. Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *J Psychopharmacol* (2016) 30 (12):1181–97. doi: 10.1177/0269881116675513
36. Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York, NY: Basic Books.
37. Goyal M, Haythornthwaite J, Levine D, et al. Intensive meditation for refractory pain and symptoms. *J Altern Complement Med.* 2010; 16(6):627–31. [PubMed: 20569029]
38. Halberstadt, A.L.; Geyer, M.A. Multiple receptors contribute to the behavioral effects of indoleamine hallucinogens. *Neuropharmacology* 2011, 61, 364–381.
39. Hendricks, P.S.; Johnson, M.W.; Griffiths, R.R. Psilocybin, psychological distress, and suicidality. *J. Psychopharmacol.* 2015, 29, 1041–1043.
40. Hofmann, A.; Heim, R.; Brack, A.; Kobel, H. Psilocybin, ein psychotroper Wirkstoff aus dem mexikanischen Rauschpilz *Psilocybe mexicana* Heim. *Experientia* 1958, 14, 107–109.
41. Healy, M. Feeling rejected, Mushrooms could help. Available online: <https://www.latimes.com/science/sciencenow/la-sci-socialrejection-psilocybin-mushrooms-20160418-story.html> (accessed on 26 April 2021).
42. Hendricks, P.S. Psilocybin-assisted group therapy: A new hope for demoralization. *EClinicalMedicine* 2020, 27.

43. Inaba, D.; Cohen, W.E. *Uppers, Downers, All Arounders: Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs*, 7th ed.; CNS Productions: Medford, OR, USA, 2014.
44. Johnson, M.W.; Griffiths, R.R. Potential Therapeutic Effects of Psilocybin. *Neurotherapeutics* 2017, 14, 734–740.
45. Johnson, M.W.; Garcia-Romeu, A.; Cosimano, M.P.; Griffiths, R.R. Pilot study of the 5-HT_{2A}R agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *J. Psychopharmacol.* 2014, 28, 983–992.
- 46/29. Johnson, M.W.; Garcia-Romeu, A.; Johnson, P.S.; Griffiths, R.R. An online survey of tobacco smoking cessation associated with naturalistic psychedelic use. *J. Psychopharmacol.* 2017, 31, 841–850.
47. Johnson M, Richards W, Griffiths R. Human hallucinogen research: guidelines for safety. *J Psychopharmacol.* 2008;22(6):603–620. doi:10.1177/0269881108093587
48. Jackson, F., Nelson, B. D., & Hajcak, G. (2016). The uncertainty of errors: Intolerance of uncertainty is associated with error-related brain activity. *Biological Psychology*, 113, 52-58.
49. Krediet, E.; Bostoen, T.; Brekxema, J.; van Schagen, A.; Passie, T.; Vermetten, E. Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2020, 23, 385–400.
50. Leary, T. The effects of consciousness-expanding drugs on prisoner rehabilitation. *Psychedelic Rev.* 1969, 10, 29–45
51. Liechti ME, Dolder PC, Schmid Y. Alterations of consciousness and mystical-type experiences after acute LSD in humans. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017;234(9–10):1499–1510. doi:10.1007/s00213-016-4453-0
52. Maksymenko, K. (2003). Dynamic aspects of human mental states. *Psychological Journal*, 15: 2-4.
53. Moller, H. The treatment of childhood schizophrenia in a public school system. *Psychol. Sch.* 1964, 1, 297–304.
54. Meldrum, B.; Naquet, R. Effects of psilocybin, dimethyltryptamine, mescaline and various lysergic acid derivatives on the EEG and on photically induced epilepsy

- in the baboon (*Papio papio*). *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1971, 31, 563–572.
55. Malone, T.C.; Mennenga, S.E.; Guss, J.; Podrebarac, S.K.; Owens, L.T.; Bossis, A.P.; Belser, A.B.; Agin-Liebes, G.; Bogenschutz, M.P.; Ross, S. Individual Experiences in Four Cancer Patients Following Psilocybin-Assisted Psychotherapy. *Front. Pharmacol.* 2018, 9.
56. Moreno, F.A.; Wiegand, C.B.; Taitano, E.K.; Delgado, P.L. Safety, tolerability, and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2006, 67, 1735–1740.
57. Mason NL, Mischler E, Uthaug MV, Kuypers KPC. Sub-Acute Effects of Psilocybin on Empathy, Creative Thinking, and Subjective Well-Being. *J Psychoact Drugs* (2019) 51(12):123–34. doi: 10.1080/02791072.2019 .1580804
58. Neisser, U. (ed.) (1998). *The Rising Curve: Long-Term Gains in IQ and Related Measures*. American Psychological Association.
59. Nkadimeng, S.M.; Nabatanzi, A.; Steinmann, C.M.L.; Eloff, J.N. Phytochemical, Cytotoxicity, Antioxidant and Anti-Inflammatory Effects of *Psilocybe Natalensis* Magic Mushroom. *Plants* 2020, 9, 1127.
60. Nichols, D.E.; Nichols, C.D. Serotonin Receptors. *Chem. Rev.* 2008, 108, 1614–1641.
61. Nielbo, K. L., & Sørensen, J. (2011). Spontaneous processing of functional and non-functional action sequences. *Religion, Brain & Behavior*, 1, 18-30.
62. Nielbo, K. L., & Sørensen, J. (2015). Attentional resource allocation and cultural modulation in a computational model of ritualized behavior. *Religion, Brain & Behavior*, 5981, 1–18.
63. Newtson, D. (1976). Foundations of attribution: the perception of ongoing behavior. In: H. H. Harvey, W. J. Ickes, & R. F Kidd (Eds.), *New directions in attribution research*. (pp. 223-248)., Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
64. Norton, M. I., & Gino, F. (2013). Rituals alleviate grieving for loved ones, lovers, and lotteries. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 266.

65. Pokorny, T.; Preller, K.H.; Kometer, M.; Dziobek, I.; Vollenweider, F.X. Effect of Psilocybin on Empathy and Moral Decision-Making. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2017, 20, 747–757.
66. Rowe, A. D. & Fitness, J. (2018). Understanding the Role of Negative Emotions in Adult Learning and Achievement: A Social Functional Perspective. *Behavioral sciences*, 8 (27), 1-20.
67. Ross, S.; Bossis, A.; Guss, J.; Agin-Liebes, G.; Malone, T.; Cohen, B.; Mennenga, S.E.; Belser, A.; Kalliontzi, K.; Babb, J.; et al. Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: A randomized controlled trial. *J. Psychopharmacol.* 2016, 30, 1165–1180.
68. Reynolds, C.F., III. Psilocybin-Assisted Supportive Psychotherapy in the Treatment of Major Depression—Quo Vadis, *JAMA Psychiatry* 2020.
69. Roseman, L.; Nutt, D.J.; Carhart-Harris, R.L. Quality of Acute Psychedelic Experience Predicts Therapeutic Efficacy of Psilocybin for Treatment-Resistant Depression. *Front. Pharmacol.* 2018, 8.
70. Ramachandran, V.; Chunharas, C.; Marcus, Z.; Furnish, T.; Lin, A. Relief from intractable phantom pain by combining psilocybin and mirror visual-feedback (MVF). *Neurocase* 2018, 24, 105–110.
71. Rossano, M. J. (2012). The essential role of ritual in the transmission and reinforcement of social norms. *Psychological Bulletin*, 138, 529-549.
72. Rappaport, R.A. (1999) *Ritual and religion in the making of humanity*. Cambridge: Cambridge University Press.
73. Radcliffe-Brown, A. R. (1939). *Taboo*. London: Cambridge University Press.
74. Reicher, G. M. (1969). Perceptual recognition as a function of meaningfulness of stimulus material. *Journal of Experimental Psychology*, 81, 275–280.
75. Rapgay L, Bystrisky A. Classical mindfulness: an introduction to its theory and practice for clinical application. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1172:148–62. [PubMed: 19735247]

76. Salovey, P, Rothman, A. J., Detweiler, J. B. & Steward, W. T. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*, 55 (11): 110-121.
77. Schindler, E.A.D.; Gottschalk, C.H.; Weil, M.J.; Shapiro, R.E.; Wright, D.A.; Sewell, R.A. Indoleamine Hallucinogens in Cluster Headache: Results of the Clusterbusters Medication Use Survey. *J. Psychoact. Drugs* 2015, 47.
78. Stafford, P. *Psychedelics Encyclopedia*, Third ed.; Ronin Publishing: Berkeley, CA, USA, 2013.
79. Sewell, R.A.; Halpern, J.H.; Pope, H.G. Response of cluster headache to psilocybin and LSD. *Neurology* 2006, 66, 1920–1922.
80. TETYANA SEMIGINA, ZORIANA VYSOTSKA (2020). Psycho-Emotional State of Students: Research and Regulation, *Estudios de Economia Aplicada*, Volumen:38-4 // ISSN: 1133-3197
81. Turner, V. (1969). *The ritual process: Structure and anti-structure*. Chicago, IL: Aldine Publishing.
82. VELIKOVA, S., SJAAHEIM, H. & NORDTUG, B. (2017) Can the Psycho-Emotional State be Optimized by Regular Use of Positive Imagery, Psychological and Electroencephalographic Study of SelfGuided Training. *Front. Hum. Neurosci.* 10:664. DOI: 10.3389/fnhum.2016.00664
83. Volzhentseva, I.V. (2012). *Methodological, theoretical and empirical aspects of multifunctional regulation of mental states of a person by emotional means: Monograph*. Makeevka: MEGI; Donetsk: Donbass.
84. Van Mulukom, V.; Patterson, R.E.; van Elk, M. Broadening Your Mind to Include Others: The relationship between serotonergic psychedelic experiences and maladaptive narcissism. *Psychopharmacology* 2020, 237, 1–13.
85. Zamaria, J.A. A Phenomenological Examination of Psilocybin and its Positive and Persisting Aftereffects. *NeuroQuantology* 2016, 14.
86. Zeifman, R.J.; Wagner, A.C. Exploring the case for research on incorporating psychedelics within interventions for borderline personality disorder. *J. Context. Behav. Sci.* 2020, 15, 1–11.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Авторська анкета для першого етапу дослідження

1. Чи мали Ви раніше досвід переживання участі у колективному ритуалі?

2. Чи плануєте в найближчі дні доєднатись до колективного ритуалу?

3. Чи мали Ви раніше досвід вживання псилоцибінових грибів?

4. Чи плануєте в найближчі дні вживати псилоцибінові гриби?

5. Ви відвідаєте/відвідували фестиваль «Шипіт» самостійно чи з компанією?

6. Чому Ви відвідували/відвідаєте фестиваль «Шипіт»? Що Вас мотивує?

7. Як Ви дізнались про фестиваль?

8. Чому Ви вирішили або плануєте вжити псилоцибінові гриби?

9. Як Ви дізнались про псилоцибінові гриби?

10. Ви вживали/плануєте вжити псилоцибінові гриби самостійно чи з компанією?

11. Якщо Ви вже мали досвід участі на «Шипоті» (іншому подібному колективному ритуалі) або вживання псилоцибінових грибів, спробуйте описати свій досвід та як він вплинув на Вас і ваше життя.

Авторська анкета для другого етапу дослідження

1. Чи доєднувались Ви до колективного ритуалу нещодавно?

2. Чи мали досвід вживання псилоцибіну нещодавно?

3. Яким був Ваш досвід від ритуалу?

4. Яким був досвід вживання псилоцибіну?

5. Пригадайте ті переживання, що Ви відчували безпосередньо під час колективного ритуалу та опишіть цей досвід.

6. Пригадайте ті переживання, що Ви відчували безпосередньо під час впливу псилоцибіну на фестивалі, опишіть цей досвід.

**Первинні дані за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» в модифікації
Т.М. Разуваєвої**

№ респондента	Демонстративність	Афективність	Унікальність	Неспроможність	Соціальний песимізм	Злам культурних бар'єрів	Максималізм	Тимчасова перспектива	Антисуїцидальний фактор
1	5,00	6,00	5,00	4,00	4,00	1,00	2,00	5,00	1,00
2	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
3	1,00	4,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
4	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00
5	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	2,00	0,00	2,00	2,00
6	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00
7	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00
8	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	2,00
9	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00
10	3,00	2,00	3,00	3,00	6,00	2,00	1,00	3,00	0,00
11	3,00	4,00	3,00	3,00	4,00	0,00	1,00	2,00	1,00
12	2,00	4,00	2,00	5,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00
13	1,00	3,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	2,00
14	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	2,00
15	4,00	2,00	3,00	2,00	4,00	1,00	1,00	4,00	1,00
16	2,00	4,00	2,00	5,00	1,00	2,00	1,00	4,00	0,00
17	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
18	2,00	4,00	3,00	4,00	4,00	1,00	0,00	3,00	2,00
19	0,00	2,00	1,00	0,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00
20	5,00	6,00	5,00	4,00	4,00	1,00	2,00	5,00	1,00
21	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
22	1,00	4,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
23	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2,00
24	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	2,00	0,00	2,00	2,00
25	0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00
26	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00
27	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	2,00
28	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00
29	3,00	2,00	3,00	3,00	6,00	2,00	1,00	3,00	0,00
30	3,00	4,00	3,00	3,00	4,00	0,00	1,00	2,00	1,00
31	2,00	4,00	2,00	5,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,00
32	0,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
33	2,00	5,00	2,00	0,00	2,00	1,00	1,00	0,00	1,00
34	3,00	6,00	3,00	4,00	3,00	1,00	0,00	5,00	1,00
35	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00

Продовження додатку В

36	0,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00
37	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
38	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
39	3,00	4,00	3,00	4,00	5,00	1,00	1,00	3,00	1,00
40	1,00	4,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	5,00	2,00
41	2,00	2,00	3,00	2,00	5,00	1,00	0,00	3,00	1,00
42	0,00	2,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00
43	3,00	6,00	3,00	2,00	3,00	2,00	0,00	4,00	1,00
44	1,00	4,00	0,00	1,00	2,00	2,00	1,00	0,00	2,00
45	2,00	4,00	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00
46	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	2,00
47	4,00	5,00	5,00	4,00	6,00	2,00	1,00	6,00	1,00
48	2,00	2,00	3,00	2,00	5,00	1,00	0,00	3,00	1,00
49	3,00	6,00	3,00	2,00	3,00	2,00	0,00	4,00	1,00
50	2,00	4,00	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00
51	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	1,00	2,00	2,00
52	3,00	4,00	3,00	4,00	5,00	1,00	1,00	3,00	1,00
53	1,00	4,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	5,00	2,00
54	2,00	2,00	3,00	2,00	5,00	1,00	0,00	3,00	1,00
55	1,00	4,00	0,00	1,00	2,00	2,00	1,00	0,00	2,00
56	4,00	5,00	5,00	4,00	6,00	2,00	1,00	6,00	1,00
57	2,00	2,00	3,00	2,00	5,00	1,00	0,00	3,00	1,00

Первинні данні за методикою «Шкала депресії Бека»

№ респондента	Шкала депресії	№ респондента	Шкала депресії	№ респондента	Шкала депресії
1	61,00	20	61,00	39	64,00
2	33,00	21	33,00	40	50,00
3	0,00	22	0,00	41	65,00
4	19,00	23	19,00	42	65,00
5	6,00	24	6,00	43	57,00
6	10,00	25	10,00	44	36,00
7	23,00	26	23,00	45	59,00
8	14,00	27	14,00	46	55,00
9	12,00	28	12,00	47	70,00
10	56,00	29	56,00	48	65,00
11	36,00	30	36,00	49	57,00
12	22,00	31	22,00	50	59,00
13	8,00	32	55,00	51	55,00
14	3,00	33	44,00	52	64,00
15	18,00	34	47,00	53	50,00
16	36,00	35	50,00	54	65,00
17	9,00	36	39,00	55	36,00
18	31,00	37	39,00	56	70,00
19	9,00	38	49,00	57	65,00

Первинні данні за методикою «Шкала тривожності Спілберґера»

№ респондента	Шкала особистісної тривожності	№ респондента	Шкала особистісної тривожності	№ респондента	Шкала особистісної тривожності
1	75,00	20	75,00	39	23,00
2	58,00	21	58,00	40	5,00
3	27,00	22	27,00	41	3,00
4	53,00	23	53,00	42	34,00
5	39,00	24	39,00	43	26,00
6	37,00	25	37,00	44	4,00
7	49,00	26	49,00	45	14,00
8	48,00	27	48,00	46	18,00
9	50,00	28	50,00	47	50,00
10	54,00	29	54,00	48	3,00
11	52,00	30	52,00	49	26,00
12	57,00	31	57,00	50	14,00
13	54,00	32	10,00	51	18,00
14	43,00	33	15,00	52	23,00
15	48,00	34	16,00	53	5,00
16	39,00	35	4,00	54	3,00
17	44,00	36	7,00	55	4,00
18	49,00	37	10,00	56	50,00
19	36,00	38	2,00	57	3,00

Результати розрахунку статистично значимих відмінностей двох незалежних вибірок респондентів, що вживали регулярно та вживали ситуативно

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних		
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухсторонняя)
Особистісна тривожність	Предполагаются равные дисперсии	1,686	,202	9,308	36	,000
	Не предполагаются равные дисперсии			14,226	19,653	,000
Депресія	Предполагаются равные дисперсии	5,102	,030	-3,477	36	,001
	Не предполагаются равные дисперсии			-6,110	30,049	,000
Демонстративність	Предполагаются равные дисперсии	,154	,697	1,922	36	,063
	Не предполагаются равные дисперсии			2,072	9,747	,066
Афективність	Предполагаются равные дисперсии	,888	,352	,082	36	,935
	Не предполагаются равные дисперсии			,066	7,428	,949
Унікальність	Предполагаются равные дисперсии	,438	,512	1,382	36	,176
	Не предполагаются равные дисперсии			1,593	10,700	,140
Неспроможність	Предполагаются равные дисперсии	,760	,389	1,052	36	,300
	Не предполагаются равные дисперсии			1,160	10,052	,273
Соціальний песимізм	Предполагаются равные дисперсии	2,605	,115	1,704	36	,097
	Не предполагаются равные дисперсии			2,195	12,974	,047
Злам культурних бар'єрів	Предполагаются равные дисперсии	,039	,845	1,550	36	,130
	Не предполагаются равные дисперсии			1,813	10,944	,097
Максималізм	Предполагаются равные дисперсии	,023	,881	-,971	36	,338
	Не предполагаются равные дисперсии			-,873	8,065	,408
Тимчасова перспектива	Предполагаются равные дисперсии	1,566	,219	1,565	36	,126
	Не предполагаются равные дисперсии			1,237	7,347	,254
Антисуїцидальний фактор	Предполагаются равные дисперсии	2,451	,126	,797	36	,431
	Не предполагаются равные дисперсии			1,021	12,823	,326

Результати розрахунку статистично значимих відмінностей двох незалежних вибірок респондентів, що вживали регулярно та не вживали принципово

		Критерій рівності дисперсій Лівиня		t-критерій для рівності середніх		
		F	знач.	t	ст.св.	знач.
						(двухстороння)
Особистісна тривожність	Предполагаются равные дисперсии	3,116	,084	8,566	48	,000
	Не предполагаются равные дисперсии			7,921	29,431	,000
Депресія	Предполагаются равные дисперсии	5,909	,019	-8,103	48	,000
	Не предполагаются равные дисперсии			-9,225	47,678	,000
Демонстративність	Предполагаются равные дисперсии	1,443	,236	-,174	48	,863
	Не предполагаются равные дисперсии			-,183	44,193	,856
Афективність	Предполагаются равные дисперсии	,250	,620	-1,505	48	,139
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,525	39,844	,135
Унікальність	Предполагаются равные дисперсии	1,274	,265	-,096	48	,924
	Не предполагаются равные дисперсии			-,093	34,814	,926
Неспроможність	Предполагаются равные дисперсии	3,457	,069	-,811	48	,422
	Не предполагаются равные дисперсии			-,884	47,212	,381
Соціальний песимізм	Предполагаются равные дисперсии	,003	,954	-2,528	48	,015
	Не предполагаются равные дисперсии			-2,552	39,365	,015
Злам культурних бар'єрів	Предполагаются равные дисперсии	,336	,565	-,791	48	,433
	Не предполагаются равные дисперсии			-,790	37,990	,435
Максималізм	Предполагаются равные дисперсии	3,796	,057	,141	48	,889
	Не предполагаются равные дисперсии			,154	47,228	,879
Тимчасова перспектива	Предполагаются равные дисперсии	,503	,482	-1,529	48	,133
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,430	30,524	,163
Антисуїцидальний фактор	Предполагаются равные дисперсии	2,435	,125	,223	48	,824
	Не предполагаются равные дисперсии			,242	46,874	,810

Результати розрахунку статистично значимих відмінностей двох незалежних вибірок респондентів, що вживали ситуативно та не вживали принципово

		Критерій рівності дисперсій Лівиня		t-критерій для рівності середніх		
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухстороння)
Особистісна тривожність	Предполагаются равные дисперсии	5,158	,032	-1,355	24	,188
	Не предполагаются равные дисперсии			-2,004	23,997	,057
Депресія	Предполагаются равные дисперсии	1,194	,285	-3,056	24	,005
	Не предполагаются равные дисперсии			-3,831	18,110	,001
Демонстративність	Предполагаются равные дисперсии	,218	,645	-2,280	24	,032
	Не предполагаются равные дисперсии			-2,179	9,911	,055
Афективність	Предполагаются равные дисперсии	1,250	,275	-,977	24	,338
	Не предполагаются равные дисперсии			-,813	8,096	,440
Унікальність	Предполагаются равные дисперсии	2,581	,121	-1,269	24	,217
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,484	15,180	,158
Неспроможність	Предполагаются равные дисперсии	,130	,721	-1,973	24	,060
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,778	9,030	,109
Соціальний песимізм	Предполагаются равные дисперсии	4,114	,054	-3,542	24	,002
	Не предполагаются равные дисперсии			-4,196	15,667	,001
Злам культурних бар'єрів	Предполагаются равные дисперсии	,068	,796	-2,031	24	,054
	Не предполагаются равные дисперсии			-2,287	13,846	,038
Максималізм	Предполагаются равные дисперсии	1,049	,316	1,229	24	,231
	Не предполагаются равные дисперсии			,964	7,568	,365
Тимчасова перспектива	Предполагаются равные дисперсии	,188	,668	-2,029	24	,054
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,945	9,964	,081
Антисуїцидальний фактор	Предполагаются равные дисперсии	3,646	,068	-,839	24	,410
	Не предполагаются равные дисперсии			-,859	11,259	,408