

*Старков Д.Ю.,*

кандидат психологічних наук,  
молодший науковий співробітник лабораторії  
психології соціально дезадаптованих неповнолітніх  
Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

[votr@ukr.net](mailto:votr@ukr.net)

<https://orcid.org/0000-0001-9220-8703>

## **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ ЗЛОВЖИВАННЯ ПАР ПРИ АДИКТИВНОМУ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ РОЗЩЕПЛЕННІ ОСОБИСТОСТІ**

**Вступ.** Як одну з найважливіших рис адиктивної особистості багато фахівців виділяють феномен своєрідного адиктивного розщеплення. На феноменологічному рівні розщеплення означає одночасне існування двох несумісних психічних гештальтів, які на свідомому рівні не вступають в конфлікт, але при цьому утворюють високу психічну напругу та амбівалентний мотиваційний стан. Класичним прикладом прояву адиктивного розщеплення є одночасне існування двох несумісних мотивів залишатися тверезим та повернутися до вживання, що створює своєрідну для адиктів амбівалентну мотивацію. Модель адиктивного розщеплення експліцитно та імпліцитно широко використовується в психотерапії та психологічному консультуванні адиктів. В психотерапії на моделі адиктивного розщеплення будується робота по інтеграції цих двох частин в єдине ціле, найчастіше з використанням різних експресивних технік: ізотерапії (малювання цих двох субособистостей), драматерапії (розігрування діалогу між адиктивною та нормативною субособистістю), гіпнотерапії (візуалізаційні техніки в еріксоновському гіпнозу по зустрічі адиктивного Я та нормативного Я) та ін. В психологічному консультуванні амбівалентна мотивація (тобто, по суті, адиктивне розщеплення) лежить в основі

відомого методу *мотиваційного інтерв'ювання*, де пропонується позитивно віддзеркалювати мотиви тверезості, ігноруючи при цьому мотиви вживання (тобто вести діалог з нормативним Я, підсилюючи при цьому його, ігноруючи при цьому адиктивне Я). Аналогічно з терміном адиктивне розщеплення ми пропонуємо ввести термін посттравматичне розщеплення, яке виникає в структурі ПТСР та психічної травми загалом. Хоча сам феномен розщеплення в структурі психічної травми є добре відомим, але використання терміну посттравматичного розщеплення ми не зустрічали, пошук в гугл не видав результатів по цьому словосполученню.

**Мета роботи.** Засновуючись на моделях адиктивного та посттравматичного розщеплення ми маємо наміри показати схожості та відмінності особливостей зловживання психоактивними речовинами (ПАР) при «класичному» узалежненні та на фоні ПТСР, та окреслити особливості психологічної роботи в кожному з цих випадків.

### **Адиктивне розщеплення особистості.**

Хоча непрямі описання адиктивного розщеплення особистості беруть початок в спільноті Анонімні Алкоголіки (наприклад, ще в книзі «Анонімні Алкоголіки» особистість алкоголіка була описана за допомогою метафори Доктора Джекілла і Містера Гайда), але першим зі спеціалістів докладно вивчив та описав цей феномен Nakken в своїй книжці «The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior» («Адиктивна особистість: розуміння адиктивного процесу та компульсивної поведінки») аж у 1996 р. Nakken вважає адиктивне розщеплення центральною характеристикою адиктивної особистості. Розщеплення особистості починається на першому етапі розвитку узалежнення. На цьому етапі формуються дві субособистості – «Адикт» (що відповідає способу життя зі зловживанням) та «Самість» (що відповідає «здоровому» способу життя). Водночас субособистість «Адикт» узалежнена не стільки від якогось конкретного агента, вона будує адиктивні стосунки з усім світом, тому коли «Адикт» сформувався, сам об'єкт узалежнення відіграє вже другорядну роль. Базисом для виникнення «Адикта» є в принципі здорові

бажання людини зменшити біль та прагнення до задоволення. Саме узалежнення розвивається через наступні етапи. Першим етапом можна вважати період, коли через задоволення потреб або зменшення болю шляхом уживання ПАР, у людини починає формуватися субособистість «Адикт». Далі, на цьому ж етапі, за вже сформованого «Адикта» у особистості формуються адиктивне мислення та система адиктивних переконань, розвиваються почуття сорому та провини («Самість» соромиться «Адикта»), відбувається зниження самооцінки, людина продовжує вживати вже задля втечі від болю, яке завдало саме вживання. На другому етапі розвитку узалежнення відбувається загальна зміна стилю життя, формується вже поведінкове узалежнення, відбувається адиктивна ритуалізація. На третьому етапі відбувається вже загальне руйнування життя. Щодо зворотного процесу реконструкції особистості, Nakken надає песимістичні прогнози – він вважає, що «Адикт» в особистості узалеженого залишиться назавжди, а задачею терапії є розвиток та підтримка «Самості», зокрема завдяки соціальній підтримці та розвитку «здорової» системи ритуалів, які підтримують тверезе життя.

Ю. Валентик трохи пізніше Nakken описує феноменологію «переключення» між адиктивною та нормативною субособистостями. Він постулює існування у узалеженої особи специфічної субособистості «Адиктивного Я» (АЯ), яка формується в процесі розвитку узалежнення, та в якій консолідовано хворобливий адиктивний досвід: навички адиктивного спілкування, адиктивні цінності, установки і смисли та все різноманіття адиктивної поведінки. У відношенні до «Адиктивного Я» контрастним є інший полюс особистості, що включає нормативні особистісні статуси – «Нормативне Я» (НЯ). Нормативна особистісна регуляція та «НЯ» за прогресування узалежнення все більшою мірою вступають у протиріччя з «АЯ». Їх зіткнення породжують внутрішні конфлікти та амбівалентні тенденції. За допомогою цієї моделі описано динаміку циклів «ремісій/рецидивів» через поперединне домінуванням станів «АЯ» та «НЯ». Одним з головних висновків є те, що за перебування в різних статусах «Я» у клієнта істотно змінюється розуміння власних проблем, зокрема у «АЯ» – клієнт нездатний критично ставитися до своїх проблем зі зловживанням, для цього

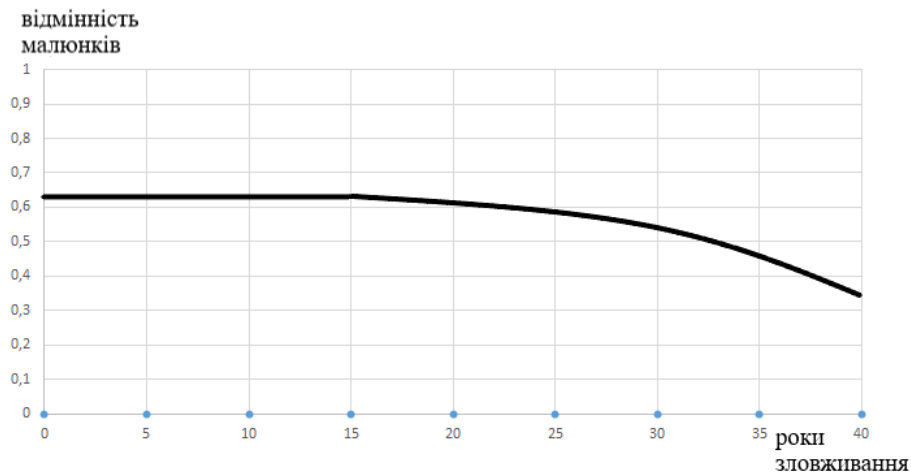
необхідний перехід у «НЯ». На розробленій методологічній основі змін «АЯ» та «НЯ» Ю. Валентиком створено континуальну психотерапію uzалежнень, де він рекомендує не вибирати мішенню симптом або симптомокомплекс, а уважно вивчаючи нормативні та патологічні процеси, посилювати нормативні процеси (тобто «НЯ»), та послаблювати патологічні процеси (тобто «АЯ»). В самому циклі ремісії/рецидиву виділяється чотири фази: 1) Фаза домінування «АЯ» (фаза маніфестації патологічного потягу до вживання – ППВ): маніфестує в період, що безпосередньо передує ексцесу зловживання, продовжується протягом цього ексцесу та деякий час після його завершення. Характеризується селективністю та специфічною адиктивною трансформацією в сфері сприйняття. Відбувається трансформація емоційного реагування: поляризація емоцій на позитивні навколо вживання та негативних навколо тверезості, знижується емоційне реагування на нормативні стимули, відбувається зниження «моральних» емоцій, відчуття провини та сорому набувають специфічне адиктивне наповнення. У мотиваційній сфері починає розвиватися егоцентризм. У когнітивній сфері домінує адиктивний набір цінностей та смислів діяльності. У ставленні до нормативних соціальних вимог активуються своєрідні адиктивні психологічні захисти. 2) Фаза дисоційованого «Я» (фаза дезактуалізації ППВ) швидко змінює фазу домінування «АЯ» після виходу з ексцесу. Її характеризують емоційні переживання негативного спектру (включаючи болючі відчуття провини та сорому), актуалізація множинних внутрішньоособистісних конфліктів, що зв'язані зі зіткненням «АЯ» та «НЯ». 3) Фаза домінування НЯ (фаза латентного ППВ), в якій домінують нормативно-компенсаторні особистісні процеси та просоціальна поведінка. 4) Фаза дисоційованого «Я» (фаза актуалізації ППВ) – фаза зміщення особистісної позиції з «НЯ» до «АЯ». Її характеризує не депресивний, а більшою мірою тривожний фон, що супроводжується високим рівнем психологічної напруги та елементами дисфорії. Якщо за домінування «НЯ» потяг до вживання був рідким, а виникаючи легко долався, то на цій фазі ППВ стає серйозною проблемою. Одночасно активуються адиктивні установки «АЯ» та цикл повторюється.

В плані етіології адиктивного розщеплення особистості існує два погляди. Так Д. Шустов наполягає на існуванні преморбїду адиктивного розщеплення, яким він вважає ранню травму. Адиктивна частина особистості формуються під впливом адиктивного процесу на основі особливим чином структурованого раннього травматичного досвіду. Уживання ПАР може слугувати механізмом хімічної дисоціації, повторюючи «вдалі» спроби психологічної дисоціації в дитячому та підлітковому віці. Ранній травматичний досвід провокує початок зловживання ПАР та підтримує його, зловживання ПАР призводить до нової травматизації, що накладається на преморбїдну. У якості терапевтичного підходу Д. Шустов пропонує підтримувати та розвивати нормативну частину особистості та декатектувати адиктивну частину.

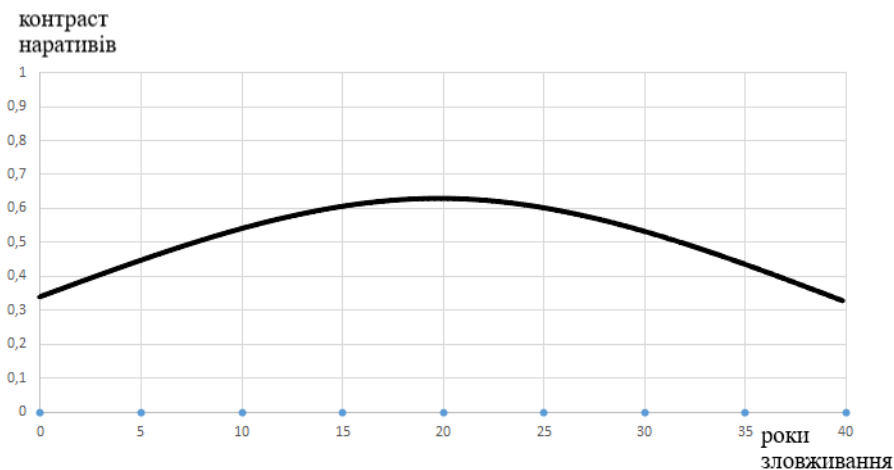
Р. Крюгер. Він не виділяє якогось специфічного фактору для розвитку узалежнення (тобто не підтримує теорію преморбїду), та розглядає процеси адиктивізації особистості тільки на початку переходу від зловживання ПАР до узалежнення як такого. Він вважає, що цей перехід відбувається тоді, коли особа починає наносити собі шкоду власним зловживанням, але, не дивлячись на наслідки, продовжує вживати. Водночас особа відповідає на реакцію свого соціального оточення більш-менш відкритими відчуттями сорому, провини, страху втрати обличчя та соціальної ізоляції. Ці почуття провини та сорому стимулюють у особи зі зловживанням розщеплення «Я» на рівні метакогнітивних процесів переживання конфлікту. Тобто, там, де Д. Шустов вважає причиною адиктивного розщеплення травму та процеси дисоціації, Р. Крюгер як головні патогенетичні механізми виділяє почуття провини та сорому. Р. Крюгер наполягає, що «АЯ» та «НЯ» мають різні модуси менталізації. «НЯ» має модус менталізації, що відповідає менталізації особистості до початку зловживання. Водночас «АЯ» менталізує в модусі психічної еквівалентності (людина в цьому модусі не розрізняє власні психічні репрезентації та реальність, тобто втрачається кордони між «Я» та «Світом»). Людина, яка знаходиться в стані домінування «АЯ» домислює собі світ так, як їй необхідно, тобто так, щоб все навколо нібито говорило про те, що він може або повинен уживати ПАР. Вона

проектує внутрішні припущення на зовнішню реальність і перестає сприймати різницю між зовнішньою реальністю та своїми внутрішніми інтерпретаціями цієї реальності. Також Р. Крюгер вважає, що навіть в стані домінування «НЯ» здорове мислення дорослої людини піддається тиску думок та почуттів «АЯ» через механізм аутосугестії, що в якийсь момент призводить до реактуалізації узалежнених переживань (що співвідноситься з фазою актуалізації ППВ у Ю. Валентика). В якості мішені терапії Р. Крюгер він ставить ціллю інтеграцію «АЯ».

Ми в своєму дослідженні [1] прийшли до висновку щодо існування адиктивного розщеплення особистості на двох рівнях – метакогнітивному та афективному – що дало змогу поєднати погляд розвитку адиктивного розщеплення через процеси дисоціації на основі ранньої травматизації та погляд розвитку розщеплення на метаконітивному рівні, в якому задіяно почуття сорому. Ми досліджували уявлення про відчуття адиктивного кайфу та бажаного тверезого майбутнього за допомогою наративних та малюнкових методик. Різниця між уявленнями про бажане тверезе майбутнє та відчуттям кайфу і буде відображати адиктивне розщеплення. В процесі дослідження виявилось, що різниця між уявленнями про адиктивний кайф та бажаним тверезим майбутнім в наративних методиках (що віддзеркалюють метакогнітивний рівень) та в малюнкових методиках (що віддзеркалюють афективно-мотиваційний рівень) не тільки не співпадають, але мають абсолютно різні динаміки розвитку по часу вживання. Середня у групі величина відмінності малюнків майбутньої тверезості та стану вживання була постійною до 15 років зловживання, а далі спостерігалось її виразне зниження, тимчасом як середня у групі величина контрасту оповідань про майбутню тверезість і стан сп'яніння плавно зростала до 20 років зловживання, де досягала свого максимуму, а далі починала з таким же темпом спадати.



(а) Відмінність малюнків бачення майбутньої тверезості та стану сп'яніння з часом зловживання (відповідає величині адиктивного розщеплення на невербальному емоційному рівні).



(б) Контраст оповідань про майбутню тверезість і стан сп'яніння з часом зловживання (відповідає величині адиктивного розщеплення на вербальному метакогнітивному рівні).

**Рис. 1. Динаміка величин відмінності вербальних і невербальних образів тверезості та сп'яніння.**

Такі результати можна пояснити, якщо динаміку адиктивного розщеплення особистості розглядати як таку, що досить швидко відбувається на афективному рівні, а тільки потім відбувається поступове розщеплення на метакогнітивному ціннісному рівні. Тобто, спочатку досить швидко формуються адиктивні потреби, що відщеплюються від системи інших нормативних потреб (і ця рівновага між

«АЯ» та «НЯ» досить довгий час є сталою), проте свідомо ціннісна сфера на першому етапі є ще неушкодженою. Далі спостерігається динаміка розщеплення на рівні ціннісної сфери (і відсутність динаміки рівноваги між «АЯ» та «НЯ» на рівні потреб), а вже наступним етапом відбувається руйнування НЯ як на рівні соціальних цінностей, так і потреб. Тобто адиктивне розщеплення відбувається наступним чином: 1) відсутність розщеплення (неузалежна особа); 2) досить швидке формування «АЯ» на афективному рівні у сфері потреб (можна зробити припущення про стрибкоподібний фазовий перехід у формуванні «АЯ» або досить швидкий, але все ж таки континуальний процес), проте на цьому етапі маємо відсутність адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні свідомих цінностей; 3) поступове формування адиктивного розщеплення на ціннісному рівні та поступове підсилення «ціннісного» «АЯ», проте за домінування відносно цілісного «ціннісного» «НЯ», водночас розщеплення на рівні потреб залишається сталим (у динаміці розщеплення на рівні цінностей спостерігається деяка рівновага за відсутності динаміки змін «НЯ» й «АЯ» на рівні потреб); 4) кризовий перехідний стан, коли починають руйнуватися «НЯ» на рівнях цінностей і потреб, найімовірніше руйнування «НЯ» на рівні потреб відбувається трохи раніше, ніж на рівні цінностей; 5) етап поступового руйнування «НЯ» на рівнях потреб і цінностей за явного домінування «АЯ» на обох цих рівнях (етап явно вираженого ціннісного сплюснення адиктивів); 6) відсутність розщеплення через повну руйнацію «НЯ» та присутність виключно «АЯ» як на рівні потреб, так і цінностей.

Таким чином ми можемо інтегрувати моделі адиктивного розщеплення через дисоціативні та метакогнітивні процеси. Імовірно швидке формування розщеплення на довербальному рівні та подальше відсутність динаміки цього розщеплення довгий час добре вкладається в теорію дисоціативних процесів – швидке формування відповідає швидкому «зв'язуванню» адиктивізації з преморбідною дисоціацією, а подальша відсутність динаміки відповідає досить довгому періоду відсутності додаткової травматизації наслідками вживання ПАР. Водночас метакогнітивна модель відзеркалюється наративною методикою, де плавне наростання адиктивного розщеплення з часом зловживання ПАР як раз



відповідає механізму плавного наростання почуттів сорому та провини. Отже, скоріше за все, модель адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні внаслідок розвиненню почуттів сорому та провини та модель адиктивного розщеплення через механізм дисоціації (що включає преморбідну дисоціацію та подальший розвиток дисоціативних процесів через травматизацію наслідками вживання) не суперечать, а доповнюють одна одну, просто розглядаючи механізми адиктивного розщеплення на різних рівнях.

### **Посттравматичне розщеплення особистості.**

В своїй роботі [2] нами було введено поняття посттравматичного розщеплення особистості, яке було нами описано на основі моделі транзакційного аналізу.

У розвитку психічної травми відбувається травматична дисоціація частини самості, яку ми будемо називати вертикальним посттравматичним розщепленням. Однак, окрім вертикального посттравматичного розщеплення, відбується дисоціація взаємодії в цій ділянці між Дорослим та Малюком (кажучи нейробіологічною метафорою, дисфункція висхідної-низхідної взаємодії між префронтальною корою та лімбічною системою). Тому самість людини з психічною травмою являє собою сукупність трьох дисоційованих частин – нормативна частина (неуражений інтегративний Дорослий), травмований Дорослий, травмований Малюк.



**Рис. 4. Посттравматичне розщеплення**

Травмовану Дитячу частину ми позначимо метафоричним ім'ям Жертва. Він функціонує виключно на невербальному рівні, тому там неможливі вербальні інтерпретації. По-друге, Жертва і є тією частиною самості, яка залишилися в травматичній ситуації. Травмований Малюк досі знаходиться в екстремальній ситуації (виживання, насилля тощо), і подібним способом і сприймає світ – тобто через очі Жаху. Тому і фігуру психотерапевта він буде сприймати перш за все через свої насильницькі проєкції, навіть якщо з інших частин самості з психотерапевтом встановився довірливий контакт. Таке розуміння є критично важливим для встановлення довірливого контакту з цією частиною самості.

Травмовану Дорослу частину ми позначимо метафоричним ім'ям НеГерой. У цій частині самості людина страждає від того, що не змогла дати раду травматичній ситуації та «захистити» свою Малечу частину. У цій частині сконцентровано багато різних травматичних екзистенційних переживань – посттравматичні безсилля, провина, тривога тощо – але, напевно, провідним є посттравматичний сором. Головна проблема контакту з цією частиною є те, що будь-яка зовнішня допомога сприймається як символ своєї власної неспроможності та підсилює сором, що викликає відповідну захисну агресивну

реакцію. НеГерою необхідна не стільки одужання, скільки допомога в тому, щоб самому подолати ситуацію травми. Він знову і знову для цього компульсивно занурюється в ситуацію травми, в якій знову і знову переживає стан безсилля, що ще більше підсилює горизонтальне травматичне розщеплення з відповідними відчуттями сорому у НеГероя та жаху у Жертви, та призводить до розвитку травматичного стану самоті.

Тоді для встановлення контакту ми маємо складну систему з трьох частин самоті, в якій нормативна частина більш-менш контактна (залежно від дотравматичних особливостей індивіда), травмована Доросла частина (НеГерой) обриває контакт через почуття сорому та має тенденцію до захисної агресії, травмована Малюкова частина (Жертва) обриває контакт через почуття Жаху та недоступна для вербальної взаємодії.

Для подолання цієї проблеми нами було розроблено методичку «золотої тріади» кризового консультування: підтвердження, нормалізації, афірмації + подвійна транзакція.

1. *Підтвердження.* Це є просте віддзеркалення того, що ви почули від клієнта. Як не дивно, виходячи з практики супервізій психологів, що працюють з ПТСР, здається що саме таку просту транзакцію найчастіше ігнорують фахівці. Транзакція підтвердження спрямована нормативній частині самоті та сприяє встановленню контакту.

2. *Нормалізація.* Поширеною практикою серед кризових консультантів є транзакція за типом: «Те, що з вами відбувається є природною реакцією на нелюдяні обставини». Така транзакція має на меті зняти вторинну тривогу перед своїми симптомами ПТСР або ГРС як перед чимось незрозумілим та небезпечним. У нашій гуманістичній моделі травматичного розщеплення ця транзакція має на меті ще й відновлення зв'язку між НеГероєм та Жертвою. Інтерналізуючи транзакцію нормалізації від терапевта клієнт зможе згодом зробити її своєю внутрішньою транзакцією в комунікації між Дорослою та Дитячою частинами самоті.

3. *Афірмація*. Під афірмацією ми тут розуміємо віддзеркалення клієнту його правильних рішень та дій, ресурсів, сильних сторін тощо. Ця транзакція спрямована на травмованого Дорослого (НеГероя), і має на меті зниження рівня посттравматичного сорому. Для формування цієї транзакції психолог на внутрішньому рівні для себе відмічає, що вже клієнт зробив вірно, його здатності до мислення та вірні оцінки тощо, а потім це віддзеркалює клієнтові. Тобто така позиція має на увазі віру консультанта в клієнта, що клієнт може подолати свої проблеми, і виключає позицію рятівника, коли клієнт розглядається як безпорадний та нездатний дати раду своїм проблемам, а консультант бачить себе як всемогутню фігуру, яка може врятувати клієнта.

4. *Подвійна транзакція*. Термін взято з транзакційного аналізу. Подвійна транзакція – це феномен в комунікації, коли вербальна та невербальна складові мають різний зміст. Наприклад, людина каже «я тебе люблю» холодним тоном. Зазвичай термін подвійні транзакції використовують в негативному сенсі патологічної комунікації батьків з дітьми. Однак тут ми будемо наповнювати це поняття позитивним змістом. Так як стан травмованого Малюка є виключно довербальним та не піддається вербальним інтерпретаціям, то і транзакція до нього повинна бути невербальною. Далі, так як частина самості Жертва є відщепленою, то і транзакція до неї буде дизконгруентна вербальним транзакціям до інших частин самості. Тобто виходить ситуація, що якщо ми хочемо враховувати у комунікації з клієнтом його відщеплену частину самості Жертви, то нам необхідно спілкуватися за допомогою подвійних транзакцій. Частина подвійної транзакції, спрямована на травмованого Малюка реалізується в невербальному компоненті – тоні та тембрі голосу, відповідних інтонаціях тощо. У цьому невербальному посланні необхідно поєднувати компонент впевненості та спокою, емпатії та любові, готовності бути присутнім та чекати на контакт, а з іншого боку – не нав'язуватися. Дуже важливо в цьому посланні зберегти баланс між ненав'язливістю (активний прояв любові та емпатії сприймається травмованим Малюком як агресія і ще більше його лякає), та теплою присутністю.

Для застосування золоті триади ми пропонуємо уявляти перед собою не одного клієнта, а трьох: дорослого, що більш-менш готовий до комунікації, дорослого, який охоплений соромом та поки що закритий до комунікації та маленьку дитину в жаху. Тоді наша загальна транзакція наче розділяється на декілька, спрямованих кожному суб'єкту: підтвердження спрямоване нетравмованому інтегративному Дорослому, афірмація спрямована травмованому Дорослому, нормалізація допомоги травмованому Дорослому скоректувати ставлення до травмованого Малюка, невербальна частина транзакції спрямована на травмованого Малюка.

### **Особливості зловживання ПАР при адиктивному та посттравматичному розщепленні та відповідної психологічної роботи**

Виходячи з власного психотерапевтичного досвіду як психотерапії ПТСР, так і психотерапії uzалежнень, можемо надати міркування, що критично важливо розрізнити чи є зловживання психоактивними речовинами наслідками набутого ПТСР (вторинне uzалежнення), чи uzалежнення розвивалося по своїм власним механізмам, незалежно від уснування актуальної психотравми (первинне uzалежнення).

Як першу особливу відмінність між зловживанням ПАР при первинному uzалежненні та вторинному uzалежненні в структурі ПТСР ми можемо виділити мотив вживання. У адиктів ядром мотивації вживання є гедоністичний мотив (навіть якщо гедоністичний ефект від вживання давно зник через збільшення толерантності). Мотиви вживання осіб з ПТСР виключно седативні, тому й розповсюджене вживання саме седативних речовин, в основному алкоголю та коноплі.

Другою особливістю є характер тяги. У адиктів тяга до вживання має свій особливий адиктивний характер з амбівалентною структурою (одночасно хочу вживати і не хочу вживати), розвиненням своєрідного адиктивного мислення (раціоналізації вживання на основі ефекту когнітивного дисонансу), его-синтоним характером мотивів вживання при его-дистоному характері заборони на вживання. Для осіб з ПТСР тяга до вживання має obsесивно-комульсивний

характер (подібний до obsesивно-компульсивного розладу), та на пряму залежить від стану психічного напруження. Також тяга у людей з ПТСР не редукується методами роботи з тягою у адиктів, а знімається виключно зменшенням психічної напруги, яка лежить в її основі.

**Таблиця 1**

**Особливості зловживання ПАР при первинному та вторинному uzалежненні**

	<b>Первинне uzалежнення</b>	<b>Вторинне uzалежнення</b>
<i>Мотив вживання</i>	Гедоністичний	Седативний
<i>Тяга</i>	Адиктивний характер	Обсесивний характер
<i>Залежність від стресового напруження</i>	Зникнення седативного мотиву, але стабільність гедоністичного мотиву зловживання	Повне зникнення мотивів зловживання (окрім соціально-обумовлених)

Терапія в випадках первинного uzалежнення (адиктивні клієнти) та вторинного uzалежнення на фоні ПТСР буде кардинально відрізнятися як для ПТСР, так і для роботи зі зловживанням. У першому випадку основний акцент повинен робитися на травмотерапії з можливими додатковими інтервенціями щодо зловживання ПАР. У другому випадку відбувається «класичне» консультування щодо проблем uzалежнення, при наявності ПТСР суміщене програми психотерапії uzалежнення з травмотерапією.

Суттєві відмінності в консультативній роботі будуть вже на рівні побудови контакту. Так, наприклад, для побудови контакту з адиктивними клієнтами використовуються методологія мотиваційного інтерв'ювання, для побудови контакту з клієнтами з ПТСР використовується описана вище методологія консультування при ПТСР (золота тріада). В обох випадках, ключовими теоретичними моделями, які лежать в основі як консультативної, так і психотерапевтичної роботи, є моделі розщеплення особистості: адиктивного розщеплення в випадку первинного uzалежнення, посттравматичного розщеплення в випадку ПТСР.

**Висновки.** Моделі адиктивного та посттравматичного розщеплення допомагають концептуалізувати феноменологію адиктивного розладу та посттравматичного розладу обтяженого зловживанням ПАР, та є твердим теоретичним підґрунтям для розуміння особливостей психологічного консультування (особливо в побудові контакту) та побудови психотерапевтичних інтервенцій.

### **Література**

1. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308с.

2. Старков Д.Ю., Ярий В.В., Олішевський О.В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом: науково-методичний посібник. Київ: ФОП Ямчинський О.В., 2023. 136 с.