

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ  
ЛАБОРАТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНО ДЕЗАДАПТОВАНИХ  
НЕПОВНОЛІТНІХ  
НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ  
ДИВІЗІОН «АДИКТОЛОГІЯ»**



**ДРУГА  
ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ З АДИКТОЛОГІЇ**

**Матеріали конференції  
*14-15 вересня 2024 року***

Київ – 2024

УДК 159.922:616.89

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України  
(протокол №10 від 29 серпня 2024 року.)*

**Редакційна колегія:**

*Максименко С.Д. (гол. ред.); Грись А.М. (заст. гол. ред.); Старков Д.Ю.,  
Щербина-Прилука В.М. (секретар)*

**Друга Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології:**  
матеріали науково-практичної конференції, 14-15 вересня 2024 року: Зб.  
матеріалів / За ред. С.Д. Максименка. Київ: Інститут психології імені Г. С.  
Костюка НАПН України, 2024. 141 с. (електронне наукове видання)

**ISBN 978-617-7745-53-1**

У збірнику матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції висвітлено досягнення, актуальні проблеми та перспективи розвитку адиктології в Україні. Розглянуто психофізіологічні аспекти дослідження адикцій, феноменологія та корекція співузалежності. сучасний стан психологічної практики соціальної реабілітації і психотерапії осіб з адиктивною поведінкою,

Матеріали конференції розраховані на науковців і практиків у галузі психології та психотерапії адикцій, фахівців, які забезпечують функціонування реабілітаційних центрів і здійснюють їх психологічний науково-методичний супровід.

*Матеріали подано в авторській редакції.*

*За достовірність фактів, цитат, посилань на джерела та вживання назв документів, власних імен тощо відповідають автори публікацій*

**ISBN 978-617-7745-53-1**

© Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024  
© Національна психологічна асоціація, 2024

## З М І С Т

### ***Безсмертний Ю.М.***

Одужання від алкогольного uzалежнення в розрізі чотирьох вимірів  
буття 5

### ***Борщевська А.В.***

Сучасні контексти зловживання ПАР у підлітків 17

### ***Гаврилюк Л.В.***

Життєвий простір через чужі окуляри або ще раз про співузалежнення 25

### ***Грись А.М., Павлюк М.М.***

Сімейна системна психотерапія у контексті роботи з адикціями 30

### ***Жиліюк О.А., Старков Д.Ю.***

Екофасилітативний супровід клієнтів з хімічним uzалежненням 33

### ***Кучеренко А.П.***

Бути чи здаватись: імпліцитне видужання 41

### ***Максим О.В., Рябовол Т.А.***

Сучасні виклики психологічної реабілітації постраждалих від війни в  
Україні 55

### ***Максимова Н.Ю., Щербина-Прилука В.М.***

Методи визначення особистісної схильності до адиктивної поведінки 62

### ***Мандрусяк Н.Р.***

Колективна міць: ефективність групової терапії у відновленні від  
геймблінгу 70

### ***Михайлів С.В.***

Роль фіксованої уяви у формуванні наркотичного uzалежнення 77

### ***Олійник В. М.***

Психологічна конгруентність клієнта до терапії адикції з акцентом на  
пропрацювання травматичного досвіду 85

### ***Пономарьов А.О.***

Особливості роботи з адиктами в умовах війни 95

***Проценко Б.О.***

Особливості терапії ПТСР у комбатантів коморбідного з хімічною адикцією 104

***Свіргун М.В.***

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності й uzалежнення 108

***Старков Д.Ю.***

Енактивний підхід до адикцій 112

***Тимошенко О.В.***

Системне мислення в розумінні процесів реабілітації uzалежнених 120

***Томова К.О.***

Адлеріанський підхід у лікуванні uzалежнень 127

***Щербина-Прилука В.М.***

Цифрова психотерапія: прорив чи загроза 133

*Безсмертний Ю.М.*

психолог Деснянського районного  
в місті Києві центру соціальних служб,  
керівник соціально-психологічної  
програми допомоги людям, що зловживають  
алкоголем «СЕНС», майстер соціальної роботи  
[aaater@ukr.net](mailto:aaater@ukr.net)

## **ОДУЖАННЯ ВІД АЛКОГОЛЬНОГО УЗАЛЕЖНЕННЯ В РОЗРІЗІ ЧОТИРЬОХ ВИМІРІВ БУТТЯ (ЕСЕ)**

Цікава річ – алкоголізм! Комуś не подобається саме слово і навіть поняття, хтось вважає алкоголіків хворими людьми, а хтось нахабними й хитрими негідниками. Є різні думки з приводу того, що з ними робити. Лікувати, ізолювати у в'язниці чи психлікарні, а, може, просто відстрілювати, як інколи це роблять із бездомними собаками? Так-так, і таке доводилося чути, на превеликий мій жаль! Радикальні методи в людській історії всім відомі, і я не буду на них загострювати увагу, тим паче, що зараз маю на увазі більше обивательську точку зору. Але навіть у поняття "лікування" різні люди вкладають різний зміст. Для когось таким є медикаментозна допомога, так би мовити, чистка крові чи всього організму з подальшим кодуванням, підшиванням чи ін'єкцією, так званім "торпедуванням". Я іноді клієнтам кажу, що можна хоч усю кров замінити в людині, може, навіть і деякі органи, але голосом Павла Зіброва вона ніколи не заспіває! Також є думка, що тільки психотерапевт у змозі вирішити труднощі алкозалежної людини. Знаю й таких, хто пальму першості у вирішенні цього питання відводить церковним інституціям. Або ж вважають, що алкоголіку просто потрібно добре працювати, наприклад, поїхати в монастир на півроку, «наймитувати» там від зорі до зорі, і всю дурість із голови, як рукою виб'є! Не можна не згадати й анонімних алкоголіків, на яких багато хто робить ставку в питанні виходу людини з пияцтва, звичайно, небезпідставно, але про це трохи

далі. Зрозуміло, що є міжнародна класифікація хвороб, яка визначає, зокрема, психічні та поведінкові розлади, до яких якраз і належить алкогольна проблема. Але я буду говорити не про стандарти і протоколи, а про життя в контексті заявленої теми, про ставлення до цієї теми питущих людей, фахівців і суспільства загалом. Чи можна алкоголізм називати хворобою або захворюванням? Оскільки внаслідок вживання алкоголю порушується нормальна життєдіяльність організму на рівні фізичних можливостей, соціально корисної активності, психічних проявів, то доречно в цьому контексті оперувати словом "хвороба". Слово "нормальна" одразу ж може викликати питання, але це окрема тема для дослідження. Логічно називати алкоголізм і захворюванням, процесом, станом, залежністю. Думаю, всі ці терміни пов'язані синонімічністю, але мають різне смислове, емоційне і навіть енергетичне навантаження. Багато що залежить від контексту ситуації: хто говорить, кому говорить, за яких обставин. Я вживатиму терміни "хвороба" і "залежність" як синоніми, маючи на увазі не окремо взятий момент часу, а все буття питущої людини з її життєвою перспективою. І тут уже можливі варіанти! Можна продовжувати пити далі й істотно скорочувати термін життя, можна «зав'язати» і тягнути лямку сірих буднів, а можна протверезіти, знайти свій сенс і радіти життю. Переконалий, що існує безліч проміжних варіацій. Як то кажуть, скільки людей, стільки й долі! І виникає закономірне питання: що робити людині, яка бажає вибратися з алкогольної безодні? До речі, самому бажанню не завадило б приділити трохи більше уваги. У кожного алкоголіка є блакитна мрія: пити, і щоб за це нічого не було! Щоб не було наслідків вживання, які неминуче збільшуються з розвитком хвороби. Але часто життя бере людину за горло, і бажання щось зробити зі своїм пияцтвом є за своєю суттю не стільки бажанням, скільки вимушеним кроком, що забезпечує інстинкт самозбереження. Можна сказати, що перемагає вітальність, але з огляду на обставини, в яких перебуває людина на порозі одужання, краще підходить вислів "не хочеться помирати" або "страшно помирати". Звісно, всі випадки різні, і люди різні, і втрати в них різні. І різні обставини змушують їх замислитися про зміни в житті. Одна людина може втратити майже все і ще

сумніватися в доцільності тверезого способу життя, а для іншої – скандал із дружиною, спровокований зайвою випитою чаркою, стає приводом для походу до фахівця-адиктолога. Не беруся стверджувати, чому в одного так, а в другого інакше. Точніше, пояснення є, але воно більше філософське, хоча й має прямий стосунок до життя. До життя як до чогось цілісного взагалі, і до життя окремо взятої особистості. Безглуздо розглядати людину і її психіку під мікроскопом у відриві від її життєвого контексту. Коли перед моїми очима постає вся панорама життя людини, тоді легше зрозуміти і її алкогольну пристрасть. Немає якоїсь однієї причини, через яку людина стає алкоголіком. Це мультифакторне захворювання, що зачіпає всі сфери людського буття. Як стверджує Сартр, "існування передує сутності". Людина стає тим, ким стає. І стає саме тому, що живе певним чином. Якщо живе абияк, то й отримує дещо. Але тільки з останнім земним подихом можна говорити про справжню кінцеву сутність людини. А до цього завжди є шанс перевершити себе, навіть якщо обставини життя і початковий розклад при народженні свідчать про зворотне! Тут я підійшов до того, що алкогольну залежність слід розглядати в розрізі чотирьох вимірів буття. Усі вони: соціальний, фізичний, особистий і духовний, – є ареною життєвих перипетій людини. Сама хвороба має витoki в цих вимірах (світах), що вельми логічно вписується в концепцію формування залежності. Але це окрема тема для ретельного розгляду. У цій розповіді я виходжу з того, що людина під тиском життєвих обставин намірилася покінчити з п'яним життям. Якщо не всі, то багато хто з таких людей прямо так і кажуть: "Мені б тільки не пити, і все буде добре в житті". Часто ще приправляють цю фразу міцним слівцем, ніби додаючи собі впевненості. І найпарадоксальніше, що промовляючи ці слова, люди в них щиро вірять. А ще парадоксальніше те, що ці думки справджуються з точністю до навпаки! Припинити вживання спиртних напоїв – необхідна, але недостатня умова для одужання від алкогольної залежності. Природно, що п'яна душа одужувати ніяк не може (йдеться саме про алкоголіків). Думаю, що це твердження не потрібно підкріплювати будь-якими аргументами. Народжений повзати літати не зможе! У цьому напівжарті є велика частка правди.

Припустимо навіть, що людина погоджується не пити взагалі, чого ж ще більше? А ось це "більше" якраз і можна виявити в чотирьох вимірах буття, які досліджує Еммі ван Дорцен у своїй праці "Практичне екзистенційне консультування та психотерапія". Це результат розгульного життя людини, наслідки її пристрасті до алкоголю. Зробити таку людину "новенькою", повернути її в славні роки бойової юності не вдасться, як, власне, і будь-яку іншу людину. І виходить, що одужання від алкоголізму – це саме виправлення наслідків пияцтва в усіх життєвих сферах. Марк Твен якось сказав: "Кинути курити легко. Я сам кидав разів сто!" У деяких варіантах замість сотні пишуть про тисячу, і як саме висловився Марк Твен, – я достеменно не знаю, але суть зрозуміла, хоч великий письменник і говорить про куріння. Нікотинова залежність – теж штука відома і сильна, і, напевно, може навіть змагатися зі славою самого письменника. Але найчастіше в алкоголіка немає сотні шансів, не кажучи вже про тисячу. Життя (або Бог, кому як більше подобається) багато шансів не дає, і якщо з'являється можливість, то нею треба користуватися. А користуватися такою можливістю – це значить "засукати рукава" і розгрібати завали "сміття", яке накопичилося за час безцільно прожитих років! Ще раз хочу підкреслити, що ситуації у питущих людей різні, хоч і бувають дуже схожими. У розповідях інших люди часто впізнають себе і своє життя. І все ж когось алкоголізм зачепив злегка, так би мовити, пройшов по дотичній, а хтось загруз, як у болоті, і в останній момент, схопившись за рятівну, вчасно подану гілку, встиг вилізти на тверду поверхню. Не буду вдаватися в крайнощі і візьму "середнього" алкоголіка, який прийняв рішення не пити, і якось у нього це виходить на початку. Озирається така людина на своє минуле життя, дивиться в майбутнє, і така туга на неї накочує, що вити хочеться! Начебто всі світові проблеми зібралися в купу і прийшли до неї в гості. Тіло мало не розсипається, сигналізуючи про нові болячки, сім'я на межі розвалу, кредити, роботи вартісної немає, душа, як розпечене вугілля, а головне – суцільна безнадія і сумніви в усьому. Це я тезово наважився описати стан залежної людини, яка з таким багажем підходить до "освоєння" тверезого життя. І виникає головне питання для нашого героя. Як жити і вирішувати всі свої



життєві труднощі без вживання спиртних напоїв? Як ви вже зрозуміли, "кинути" легко, а от не повернутися назад, не підняти, так би мовити, – ось це і є завдання номер один на початку тверезого життя людини. Точніше, навіть не зовсім так. Ризик рецидиву є завжди у того, хто одужує, але в перші місяці тверезості це питання стоїть особливо гостро. А якщо ще багато "хвостів" тягнеться з п'яного життя? Та й кожен новий день підкидає нові завдання, які теж потрібно вирішувати по-новому, а не по-старому за "чашкою ароматного віскі". І тут я підходжу до основного лейтмотиву моїх роздумів. Що ж включає в себе одужання від алкогольної залежності в екзистенційному розумінні чотирьох вимірів буття? Які є можливості в цьому напрямі? Може, я перебільшую, купаючись у променях професійної деформації, і все набагато простіше? Можливо, питушій людині достатньо мати люблячу дружину і дітей, любити їх також достатньою мірою, отримати гідну роботу за покликанням, і все інше прийде, а пияцтво розсмокчеться? Я припускаю, що в житті можливі чудеса, а тим більше винятки з правил, але, як показує життя, алкоголіками стають, навіть маючи прекрасну дружину і чудову роботу. Алкогольній пристрасті піддаються бідні й багаті, жінки й чоловіки, молоді й старі, а також представники різних національностей, професій і віросповідань. З часткою чорного гумору зазначу, що алкоголізм для всіх, але водночас і одужання доступне всім, поки людина не переступила поріг "незворотності" у своїй хворобі. Повертаючись до мого героя, який почав дивитися на світ тверезими очима і дивуватися, що цей світ зовсім не такий, як йому здавалося, хочу запропонувати одну метафору. Я бачу людину, яка одужує, бігуном-стайєром одночасно на чотирьох доріжках. І ці доріжки зовсім і не доріжки, а чотири області буття, чотири виміри, чотири світи. Напевно, складно уявити собі, як це можливо відразу на чотирьох доріжках бігти і ставити рекорди. Але це всього лише метафора, асоціація, хоча для мене дуже навіть реальна і жива. Доріжки трохи звужуються в моїй уяві і стають доступними для одночасного повноправного використання. І головне – рекордів ставити не потрібно! Можна довго полемізувати про пріоритетність вимірів, але, думаю, що в цьому немає особливого сенсу. Вони визначають цілісну картину

людського буття, і просто здається неймовірним зникнення одного з них. Вони всі важливі, навіть якщо хтось наполягатиме на більшій цінності якогось виміру, а також мають властивість перетікати з одного в інший і розвиватися паралельно. Припустимо, людина має колегу, і в них стосунки цілком вписуються в соціальний вимір. Але через певний час між ними спалахує кохання, і колега плавно переходить в особистий вимір цієї людини, оскільки їхні стосунки стають надто близькими, інтимними. Але якщо колега раптом стане ідолом, таким собі фетишем для людини, то такі стосунки стануть прерогативою духовного виміру, бо духовний світ – це насамперед світ цінностей, ідей і переконань. Тут би можна було виокремити духовний вимір, оскільки ми живемо і діємо в інших вимірах відповідно до своїх ідейних переконань. Багато в чому переконання визначають наші соціальні зв'язки, а також думки, почуття і поведінку в контексті взаємин із людьми. Це так. Але є і зворотний бік медалі. Цінності та переконання людини звідкись же беруться? Людина вкинута в цей світ, але не з готовими навичками, здібностями і поглядами на життя. Вона існує, розвивається і створює свою сутність. Світогляд складається в процесі життя: виховання і соціокультурного розвитку. Ну, і природно-генетичні задатки теж не можна скидати з рахунків. Я зараз говорю про банальні речі, але вони якнайкраще підтверджують думку про те, що просто нерозумно розглядати "чисту" психіку людини або її психічні процеси у відриві від інших сторін буття. Людину "відправили" в життя, "спорядили деякими запасами", але тільки у взаєминах з іншими вона може якось проявитися і кимось стати.

Який це має стосунок до одужання від алкогольної залежності? Найбезпосередніший. Одужання являє собою шлях змін у фізичному тілі, у соціальних стосунках, у внутрішньому світі, а також у світі цінностей і переконань. Спочатку алкоголіку, який одужує, необхідно своє тіло привести до ладу в тому розумінні, щоб прибрати абстинентний синдром. Можна за допомогою лікарів, можна самому відсидітися або відлежатися. Кожен сам вирішує, як йому бути в такій ситуації, і на що він здатний. До речі, я помітив таку тенденцію, що в перший період тверезого життя в людини починають

проявлятися різні соматичні захворювання. То тут заколе, то там заболить! Думаю, що під час вживання алкоголю людина просто на це не звертала уваги, та й алкоголь виступав свого роду анестезією. Тож у тверезості просто необхідно відповідати на "запити" свого тіла, реагувати на сигнали і відвідувати лікарів. Соціальний вимір додає свої завдання, не менш важкі для вирішення, ніж тілесні. Навіть складно все детально перерахувати. Я бачу це так. Зачинив ключем квартиру, вийшов з дому, і відкривається погляду безмежне «море життя». Країна і місто, місце роботи і колеги, друзі і знайомі, фінанси і закон – усе це є дзеркалом соціального виміру. Список можна продовжити. У питущої людини, як правило, багато "пробоїн у соціальному судні", які необхідно поступово залатати. Причому залатати так, щоб не було протікання до кінця життя. Особистий вимір охоплює внутрішній світ людини, а також інших людей, які їй близькі настільки, що вона впускає їх у свій інтимний простір. У залежної людини тут може бути дуже багато болю, настільки багато, що самій їй з ним не впоратися. Отримати дієву допомогу в цьому контексті – теж одне із завдань в одужанні. Духовний світ також не можна залишити осторонь, бо старі цінності, ідеї, переконання сприяли алкоголізації людини. Та що там казати, сам алкоголь став для людини великою цінністю, такою собі формотворчою субстанцією, що визначає сенс життя. Звісно, з такими переконаннями в "нове життя" ніяк не можна, але переосмислення цінностей відбувається не відразу, а поступово, і є однією зі складових процесу одужання. Власне, нерозуміння і неприйняття одужання як процесу, причому процесу тривалого, часто стає перешкодою в самому цьому процесі для алкоголіка, який тверезіє. І в цьому питанні йому теж потрібна допомога.

Зроблю абсолютно короткий огляд доступних можливостей. Після того, як тіло звільнилося від неабиякої дози токсинів, можна продовжити процес тверезіння. Знаю людей, які закодувалися або «підшилися», і не п'ють дуже довго. Таких людей не так багато, але вони є, і, як правило, скочуються в іншу, не менш сильну, але більш "пристойну" залежність – трудоголізм. Але тут, окрім тверезості, постає питання про якість життя людини, критерій, який дуже

складно виміряти, але можна дослідити під час зустрічі з клієнтом (звісно, якщо така людина прийде на консультацію). Я вже плавно переходжу до одного з видів допомоги – психотерапії. Думаю, що остання прийнятна для людей, які перебувають у більш-менш стійкій ремісії. Усе залежить від індивідуальних особливостей людини та обставин її життя. Але хоча б півроку або рік потрібно мати. Я не стверджую, що не можна працювати з людиною, яка вживає час від часу, але тоді потрібно бути максимально чесним із клієнтом і називати це консультуванням або психологічною підтримкою. У такому разі запит людини може бути не пов'язаний безпосередньо із вживанням, і тут уже може проявитися мудрість консультанта, який допомагає зняти клієнту "рожеві" окуляри й побачити очевидний зв'язок життєвих труднощів із вживанням алкоголю. А чи захоче він відмовитися від спиртного, – це вже наступне питання. Але потрібно розуміти одну важливу річ. Якщо людина вживає спиртне, то її психологічний, а часто й фізичний стан має свої особливості. Наприклад, людина страждає на шопоголізм. І вчора купила в маркеті кілька візочків продуктів, хоча мала намір узяти всього лише молоко і хліб. Вона дійсно перебувала у збудженому компульсивному стані на кшталт стану залежної людини, яка має непереборну тягу випити. Далі шопоголік здійснює компульсивні фінансові витрати, а алкоголік п'є. Все дуже схоже, і природа залежності «оголює своє обличчя»! З однією лише різницею, що шопоголік сьогодні цілком може прийти на сеанс до психотерапевта, і ця зустріч називатиметься психотерапією. А тепер уявіть собі людину, яка випила вчора літра півтора горілки, закусила абияк, а сьогодні прийшла на зустріч із психологом. Як можна назвати це дійство? У мене тільки непристойні слова крутяться на язиці, бо стан такого клієнта придатний для чого завгодно, тільки не для психотерапії. Так, поведінкові види залежності та залежність від психоактивних речовин у вигляді алкоголю і наркотиків мають схожу природу у своїй основі. Але введення в організм великих доз алкоголю ззовні все ж таки відрізняється від того, коли людина внутрішніми зусиллями доводить себе до стану компульсії та спричиняє приплив нейромедіаторів у клітини мозку. Причому це може бути будь-яка діяльність, але вживання

алкоголю та інших ПАР відрізнятиметься від неї саме ступенем ураження організму і тяжкістю стану. Цю річ психолог має враховувати в роботі з людьми, які п'ють. Тому наполягаю, що справжня психотерапія можлива, коли у клієнта буде стійка ремісія, умовно кажучи, близько року. Зрозуміло, що все індивідуально, і якщо в людини два запої по десять днів на рік, то цілком можна "вписатися" в її період тверезості й почати терапію. Безумовно, такі випадки є, але я говорю про тенденцію, яка спостерігається в цьому питанні, про класику жанру, так би мовити. Якщо ж алкоголік якийсь час не п'є, то цілком придатний для екзистенційної терапії, як власне і для будь-якої іншої. У мене такі клієнти були. Усе залежить від їхніх індивідуальних особливостей. Думаю, ні для кого не секрет, що різні клієнти підходять для різних видів і напрямів психотерапії. Або різна терапія підходить для різних клієнтів. Для досягнення усвідомленої стійкої ремісії є кілька можливостей. У наш час мало хто не чув про реабілітаційні програми та центри для залежних людей. Вони мають різну ідейну спрямованість і орієнтовані більшою мірою на наркозалежних клієнтів, хоча й алкоголікам там знаходиться місце. Є центри, де їхні мешканці переважно працюють. Я б їх назвав "трудотерапевтичними". Є християнські центри, які організовують переважно представники протестантських церков. Також існують 12-крокові центри, про які хочеться сказати окремо, щоб внести деяку ясність. 12-крокова програма – це програма анонімних алкоголіків. Товариство АА – некомерційне і непрофесійне об'єднання, що має в перспективі єдину мету: допомогти своїм членам зберегти тверезість. Жодних внесків не існує, лише після групи в капелюх збирають добровільні пожертви на чай і каву або на оренду приміщення. Але це вельми невеликі гроші, адже крім 12-ти кроків є ще 12 традицій, які не рекомендують накопичувати надлишкові кошти і приймати їх від сторонніх осіб. Ведучий на групі – не психотерапевт, а такий самий алкоголік, як і решта, і його діяльність називається служінням, а не піднесенням над учасниками групи. Коли кажуть, що людей "присаджують" на такі групи, то це звучить щонайменше смішно. На групи АА часто приходять люди, які втратили дуже багато в житті і не особливо у щось вірять, і якщо вони

залишаються, то відчують, що це їм допомагає. І ні в кого немає якоїсь матеріальної або іншої зацікавленості, щоб людина залишилася на групі, крім щирого бажання їй допомогти. Коли один знаходить тверезість, хочеться передати її іншому. З іншого боку, я абсолютно не ідеалізую анонімних алкоголіків. Хтось із них досягає продуктивної стійкої тверезості, розвивається далі, беручи участь у проєктах психотерапевтичних шкіл, відвідує церкву або займається духовними практиками. Є люди, які почуваються цілком непогано і регулярно відвідують групи АА, щоб виговоритися, послухати і побачити давніх знайомих. А є й такі, яких "трясе" періодично, і вони чіпляються за групу, як за рятувальний круг. Серед членів АА є фанати, помірковані, розсудливі, співчуваючі. Все, як у всіх, як і в інших людських спільнотах. Трапляються навіть інтриги, але де їх не буває? Думаю, що психологи навіть більше залежні від своїх семінарів, тренінгів, супервізій, конференцій, ніж алкоголіки від груп взаємодопомоги. Я навіть підозрюю, чому "деякі психологи" скептично ставляться до анонімних алкоголіків. Ну, як можуть різні забулдиги збиратися без професіонала, не пити і ще філософствувати на різні теми, скажіть на милість? Виходить, що можуть, і це визнаний факт. А "деякі психологи", найімовірніше, відчують професійну заздрість із цього приводу, а з нею, як відомо, краще звернутися до власного терапевта. Я не випадково приділив стільки уваги анонімним алкоголікам, адже реабілітаційні центри, що називаються дванадцятикроковими, з великою натяжкою можуть вважатися такими. По-перше, вони "запозичили" непрофесійну, по суті, безоплатну програму анонімних алкоголіків і перетягнули її на платну і навіть місцями "дуже платну" основу. Думаю, що таке "запозичення" відбулося без чийогось дозволу. По-друге, вони в кращому разі можуть називатися центрами з елементами програми "12 кроків", бо по-справжньому освоїти програму навіть за 6 місяців нереально. А по-третє, часто такі центри відкривають люди, які мають невеликий термін тверезості, та й консультантами там працюють ті, хто недавно протверезили. І як вони розуміють одужання і зміст окремих кроків програми, так і доносять клієнтам центру. А розуміють вони ці речі в даний

період свого життя досить своєрідно. Я висловлюю лише свою точку зору, засновану на багаторічних спостереженнях і досвіді. Насправді реабілітаційні центри займають важливу нішу в процесі одужання від алкоголізму та хімічної залежності загалом. Вони справді допомагають людині знайти початкову, вкрай важливу для неї ремісію, той фундамент, який надалі забезпечить побудову тверезого життя. І якщо я висловлюю критичні зауваження, то тільки, щоб стимулювати якісний розвиток таких центрів. Те ж саме стосується й анонімних алкоголіків. Участь у таких групах допомагає людині в початковий період її тверезості заспокоїтися, відчутти впевненість у своїх силах, виявити труднощі та завдання, з якими необхідно впоратися, а потім уже "з чистою совістю" до психотерапевта! Або "нечистою", що майже одне й те саме. Також слід сказати про церкву та різні духовні практики. Такий вид допомоги існує, і більше того, є люди, схильні шукати витoki своїх проблем і вихід із ситуації саме в духовній сфері. Вони можуть протверезіти в громаді чи монастирі, але через якийсь час стикаються із суворістю навколишнього життя. А вони не знають, не вміють, не розуміють, як жити інакше, по-новому. Адже одужати можна лише в "інше" життя, що якісно відрізняється від колишнього. І найцікавіше, що творцем цього нового життя може стати тільки сама людина. І дуже правильно, що багато реабілітаційних центрів із навчальними та лікувальними програмами пропонують своїм клієнтам поступовий, так би мовити, "лайтовий" вихід із реабілітації та адаптацію в соціумі. Таким чином, процес тверезої соціалізації людини проходить не настільки болісно. Насамперед це зроблено для уникнення рецидивів.

Тему одужання від алкогольного залежності можна довго обговорювати, полемізувати, дискутувати, з фактами або без них, просто відстоюючи свою точку зору. Але здоровий глузд і саме життя підказують, що одужання – процес широкомасштабний, що охоплює всі сфери людського буття. В ідеалі можна навіть накреслити схему, що показує людині шлях сходинками тверезості. Але ідеал практично завжди недосяжний, оскільки є таке поняття як "людський фактор". Голова починає жити власним життям, розповідаючи тілу, куди йому

йти і що робити. І все ж я наберуся сміливості і скажу, що, може, це й непогано.  
Якщо раптом усі стануть ідеальними, то хіба це буде життя???



*Борщевська А.В.,*

кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії  
та психотерапії ФПДО Львівського національного  
медичного університету ім. Данила Галицького

[angela\\_kb@ukr.net](mailto:angela_kb@ukr.net)

ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-9353-4682>

## СУЧАСНІ КОНТЕКСТИ ЗЛОВЖИВАННЯ ПАР У ПІДЛІТКІВ

Уважність, чуйність та  
підтримка близьких – це  
вакцина проти зловживання  
психоактивними речовинами

**Вступ.** Вживання психоактивних речовин (ПАР) є поширеним та ендемічним серед підлітків. Багато молодих людей, які вживають алкоголь та інші ПАР, зазнають негативних наслідків для здоров'я та наносять шкоду суспільству. Підлітки зазвичай наражаються на різні ризики у своєму повсякденному житті, включаючи вживання ПАР. Однак вживання ПАР у юному віці не є синонімом uzалежнення, а може також являти собою нормативну, розвиваючу поведінку, яка сприяє інтеграції з однолітками та збагаченню соціального чи індивідуального досвіду.

**Мета роботи:** дослідити актуальні виклики для сучасних підлітків в контексті зловживання ПАР.

**Основний виклад матеріалу.** Широкий спектр індивідуальних факторів ставить деяких підлітків у більший ризик вживання ПАР, а саме: генетика та навколишнє середовище, девіантна поведінка, вплив однолітків, темпераментні характеристики та психічне здоров'я.

Дослідники розробили низку теорій, щоб краще зрозуміти вживання ПАР та зловживання ними. Однією з цих теорій є теорія первинної соціалізації [4, с.1338].

Теорія первинної соціалізації (ТПС) – це версія теорії соціального навчання. Автори вказують на те, що ймовірність девіації, в тому числі вживання ПАР, зростає коли відбувається розрив первинних джерел соціалізації (наприклад, батьки або школа), що сприяє встановленню міцних зв'язків з девіантними однолітками або однолітками, які вживають ПАР. Іншими словами, погані стосунки з батьками або проблемні шкільні зв'язки підвищують ймовірність девіантної або злочинної поведінки через порушення передачі просоціальних норм, що утримують людину від такої поведінки. Крім того, міцніші зв'язки з девіантними однолітками або однолітками, які вживають ПАР, створюють середовище, сприятливе для обміну девіантними нормами, що дозволяє і, можливо, посилює девіантну поведінку, включаючи вживання ПАР.

Автори теорії стверджували: . . патерн, який виникає в підлітковому віці і є предиктором делінквентності, передбачає розрив зв'язків між підлітком і сім'єю та/або підлітком і школою. Часто, в такому випадку, все ще існують міцні зв'язки з групами однолітків. Це означає, що зв'язки з основними джерелами просоціальних норм є слабкими, а зв'язки з однолітками є сильними і стають основним джерелом соціалізації з більшою ймовірністю передачі девіантних норм. Коли цей патерн виникає, кластери однолітків, ймовірно, складатимуться з молоді, яка ділиться проблемами та має високий потенціал девіантності. Девіантні норми потім засвоюються в контексті цих кластерів однолітків.

Одна з топових проблем ментального здоров'я сучасних підлітків підвищений рівень тривоги, в т.ч. і соціальної. Огляд [2] досліджує зв'язок між тривожністю та вживанням канабісу. Зокрема, серед тривожних розладів соціальна тривожність може бути позитивно пов'язана з проблемами, пов'язаними з каннабісом.

Канабіс – є одним із найпоширеніших наркотиків серед 15-16-річних школярів, з середнім показником попереднього вживання впродовж життя на рівні 30% в Європі (EMCDDA, 2012) та 35% у Сполучених Штатах (NIDA, 2014).

З огляду на те, що вживання ПАР є явищем розвитку, пов'язані з канабісом розлади зустрічаються рідше. Близько 4,3% підлітків відповідають критеріям залежності від канабісу. Молоді люди частіше, ніж дорослі відчувають негативні психосоціальні наслідки або проблеми пов'язані з вживанням канабісу, в тому числі кидають школу. Однак більшість підлітків, які вживають канабіс у шкільні роки, не кидають навчання, що робить цю специфічну групу населення корисною у спробі зрозуміти предиктори подальшого шляху споживання.

Частина сучасних досліджень загалом сходяться на думці, що соціальна тривожність збільшує ризик виникнення проблем, пов'язаних з канабісом, у споживачів. Проте є статті, які вказують на те, що соціальна тривожність захищає підлітків від початку вживання канабісу. Разом з тим, якщо соціально тривожні підлітки все ж таки вживають канабіс, то вони з більшою ймовірністю матимуть проблеми, пов'язані з канабісом, або залежність від нього у дорослому віці.

Чотири компоненти соціальної тривожності (тривожність у ситуаціях соціальної взаємодії, тривожність у ситуаціях виконання, уникнення в ситуаціях соціальної взаємодії, та уникнення в ситуаціях виконання) мали значущий негативний вплив на вживання канабісу впродовж життя. Уникнення ситуацій соціальної взаємодії дійсно запобігало вживанню канабісу, ймовірно, через недоступність речовини. Оскільки вживання канабісу – це груповий процес, уникнення ситуацій, в яких підлітки можуть вступати в контакт з наркозалежними, може бути превентивною стратегією. Коротко кажучи, якщо підлітки відносно сильно страждають від симптомів соціальної тривоги («відносно» через їхню заангажованість у добре відрегульовану шкільну кар'єру), то вони або уникають соціальних ситуацій, а отже, зменшують свій ризик вживання канабісу. Або, якщо вони цього не роблять, їхні емоції

змушують їх боятися негативного впливу вживання на їхню поведінку, і тому вони не ризикують наражати себе на негативний осуд з боку оточуючих.

Вказане дослідження висвітлює новий погляд на соціальну тривожність підлітків, а саме як захисний фактор від вживання канабісу протягом життя. Було навіть виявлено, що підлітки, які пробували наркотики, зокрема канабіс, були краще адаптовані в особистому та соціальному плані, ніж ті, хто утримувався від вживання та часті споживачі.

В майбутньому, деякі дослідження можуть бути проведені щодо захисного ефекту певних психопатологічних симптомів, що нагадують нам про залучення двох основних процесів у підлітковому віці: тривоги, яка, незважаючи на свої негативні конотації, є важливим почуття, яке може завадити тривожним людям йти на ризик; та соціалізації, яка, незважаючи на свою нормативну цінність, є фактором ризику вживання психоактивних речовин.

Вживання тютюну є основною причиною смертності, якій можна запобігти, і поширеність тютюнопаління зросла через маркетингові ініціативи тютюнової промисловості. Залежність від тютюну часто виникає в підлітковому віці. Кальян, інша форма тютюну, нещодавно набув популярності в усьому світі, особливо серед підлітків та серед молоді. За оцінками, 100 мільйонів людей у світі курять кальян щодня, а поширеність куріння кальяну в країнах Близького Сходу коливається від 6 до 34% серед підлітків. У Туреччині вживання кальяну серед старшокласників становить 11,7% серед хлопців та 6% серед дівчат [3]. Незважаючи на зростаючу поширеність, негативний вплив кальяну на здоров'я молоді залишається недостатньо вивченим і усвідомленим.

Привабливість кальяну для підлітків зумовлена такими факторами, як різноманітні смаки, вища соціальна прийнятність, зниження соціальної стигми порівняно з курінням сигарет, легка доступність та хибні уявлення щодо ризиків для здоров'я та потенціалу звикання до вейпінгу. Деякі підлітки помилково вважають що ароматизований тютюн нешкідливий, що фільтрація води усуває токсини, і що кальян не містить або містить менше тютюну чи нікотину.

Крім того, вживання кальяну може слугувати воротами до куріння сигарет і збільшує ризик рецидиву серед колишніх курців серед колишніх курців. Незважаючи на те, що в Туреччині впроваджено правові заходи, спрямовані на обмеження вживання кальяну серед дітей та підлітків, дотримання цих норм є недостатнім, що викликає занепокоєння.

Існує поширена думка, що кальян має менший потенціал звикання, ніж сигарети і ця помилкова думка впливає з уявлення про те, що кальян містить менше нікотину. Однак дослідження показують, що рівень нікотину в сироватці крові значно вищий після сеансу кальяну порівняно з курінням сигарет.

Все ще існує потреба в інформуванні підлітків і про потенціал залежності від кальяну. Важливим висновком дослідження є зворотний зв'язок між сприйняттям підлітками адиктивності кальяну та його соціальною прийнятністю. Це означає, що підлітки, які сприймають кальян як менш узалежнюючий, більш схильні вважати його вживання прийнятним у соціальному середовищі, навіть якщо вони не курять.

Було виявлено, що вік позитивно впливає на прийнятність кальяну. Зі збільшенням віку на одну одиницю зростання прийнятності збільшується в 1,6 разів [1]. Рання підліткова вікова група більш схильна сприймати кальян як соціально неприйнятний. Більшість підлітків, які вважають кальян соціально прийнятним, знають, що інфекційні захворювання можуть передаватися через спільне використання кальяну. Ці підлітки можуть вважати, що ризики можна зменшити, вживши таких заходів, як зміна мундштука. Некурящі, які вважають куріння шкідливим для здоров'я, а також менший вплив тютюнового диму в навколишньому середовищі, були іншими факторами, які робили кальян більш соціально неприйнятним.

Підлітки з більш високим рівнем сприйняття залежності як соціально неприйнятною, можуть бути більш схильні уникати куріння кальяну.

Отже, інтервенції мають бути спрямовані не лише на інформування про ризики для здоров'я, але й сприяти зміні ставлення та поведінки підлітків щодо вживання тютюну, починаючи з раннього підліткового віку.

Новим висновком цього дослідження є значний вплив вчителів, а також сім'ї та однолітків, на поширеність куріння кальяну серед підлітків та їхнє позитивне ставлення до кальяну. Збільшення віку, особисте та/або куріння сигарет батька, куріння кальяну вчителем та вживання сигарет і кальяну друзями були пов'язані з частішим вживанням кальяну. Підлітки, які не вважали, що кальян викликає залежність як такий, мали значно вищий відсоток тих, хто сприймав кальян як соціально прийнятний. Було виявлено, що вік має 1,68-кратний вплив на соціальну прийнятність кальяну, тоді як наявність вчителя, який курить, збільшувала цей показник у 2,05 рази, і в 10,14 разів після того, як респондент спробував кальян хоча б раз.

Вживання електронних сигарет стало найпоширенішим способом споживання нікотину серед молоді в Сполучених Штатах, що має глибокі наслідки для громадського здоров'я [5]. Численні дослідження висвітлили тривожні кореляції між вживанням електронних сигарет і різними шкідливими для здоров'я формами поведінки серед підлітків, включаючи підвищений ризик залучення до інших видів поведінки, пов'язаних із вживанням ПАР, таких як куріння звичайних сигарет, вживання алкоголю та марихуани. Більше того, вживання електронних сигарет пов'язане з такими проблемами психічного здоров'я, як тривога та депресія а також підвищеною імпульсивністю та ризикованою поведінкою. Фізично вдихання аерозолів електронних сигарет може призвести до респіраторних симптомів, таких як кашель і хрипи, а також до посилення шкідливого вживання алкоголю.

Розуміння складного взаємозв'язку між цими факторами ризику та вживанням електронних сигарет має вирішальне значення для пом'якшення ескалації кризи громадського здоров'я, спричиненої цим явищем.

Американці азіатського походження становлять приблизно 5,6% населення США, проте їхня поведінка щодо здоров'я залишається відносно невивченою в дослідницькому ландшафті. У 2020р. було проведено системне дослідження, яке виявило експоненціальне зростання на 9,8% поточного рівня вживання електронних сигарет серед американських підлітків. Серед азійської

молоді середнього шкільного віку 2,6% повідомили, що вживали електронні сигарети протягом життя, а 0,6% визнали, що вживали їх протягом останніх 30 днів [6]. Слід зазначити, що поширеність вживання електронних сигарет серед азійської молоді старшого шкільного віку була значно вищою: 19,1% повідомили про вживання протягом життя, а 8,5% - про вживання впродовж останніх 30 днів.

Цей залежний від віку градієнт вживання електронних сигарет підкреслює нагальність розуміння того, як вік та пов'язані з ним фактори ризику та захисту формують поведінку щодо вживання електронних сигарет серед молоді.

Результати цього дослідження висвітлюють значні зв'язки між вживанням електронних сигарет та психосоціальними факторами. Зокрема, погані батьківські чинники, проблеми, пов'язані зі школою, недостатня участь у просоціальних заходах, а також залучення до ризикованої поведінки виявилися надійними предикторами вживання електронних сигарет серед цієї групи населення.

Крім того, результати дослідження підкреслюють впливову роль мереж однолітків у формуванні поведінки щодо вживання електронних сигарет серед американських підлітків азійського походження. Наявність або відсутність підтримки з боку мереж однолітків має значний вплив на вживання електронних сигарет у школі, що узгоджується з результатами попередніх досліджень, які підкреслили вплив однолітків на поведінку щодо вживання психоактивних речовин. Це підкреслює необхідність комплексних профілактичних стратегій, що враховують соціальні контексти, в яких відбувається вживання електронних сигарет.

**Висновки.** Враховуючи, що підлітки найбільш ранима, чутлива і найбільш чесна група «дорослого» суспільства, вони є його дзеркалом і потенційним дороговказом. Дайджест деяких крайніх світових досліджень саме демонструє як підлітки «вловлюють», зокрема, актуальні тенденції адиктології. Отже, наші діти очікують від нас, дорослих, мудрих, системних, послідовних стратегій у предикції та вирішенні проблематики uzалежнення від ПАР.

«Порада підліткам: кайфуйте від спорту, а не від наркотиків. Якщо ж у вашому районі немає баскетбольного майданчика – біс із вами, коліться, нюхайте і куріть» – George Denis Patrick Carlin, американський комік, актор, письменник, лауреат декількох нагород.

### Література

1. Ayşe Yolcu Ağaç, Duygu Ayhan Başer, Melis Pehlivan Türk-Kızılkın & Nuray Kanbur (16 Jul 2024): The perceptions of harmfulness. Addictiveness and social acceptance of hookah smoking among adolescents in Turkey, *Journal of Substance Use* <https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2378750>
2. Emilie Schmits & Etienne Quertemont (2018) Components of social anxiety prevent cannabis use in adolescents, *Journal of Substance Use*, 23:4, 441-450
3. Goktalay та ін., 2020 Jason Nicholson, George E. Higgins, Sifat Rahman, Frederick A. Williams & Catherine D. Marcum (29 Apr 2024): Adolescent nonmedical use of prescription pain relievers: an examination of primary socialization theory, *Journal of Substance Use* <https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2347387>
4. Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L., & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance: II. *Substance Use & Misuse*, 33(6), 1337–1366. <https://doi.org/10.3109/10826089809062220>
5. Rebecca A. Vidourek, Kruti S. Chaliawala & Keith A. King (02 Jul 2024): Individual, parent, and school factors associated with e-cigarette use among Asian adolescents, *Journal of Substance Use*, <https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2374790>
6. Wilhelm, A. K., Hammett, P., Fu, S. S., Eisenberg, M. E., Pratt, R. J., & Allen, M. L. (2023). Asian American adolescent e-cigarette use and associated protective factors: Heterogeneity in a statewide sample. *Addictive Behaviors*, 145. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107761>



*Гаврилюк Л. В.*

клінічний психолог, психотерапевт узалежнень,  
діюча членкиня УСП, НПА,  
Української асоціації позитивної психотерапії,  
керівник Черкаського обласного центр  
медико – психологічної реабілітації людей  
з хімічними узалежненням  
gavriluk128@gmail.com

## **ЖИТТЄВИЙ ПРОСТІР ЧЕРЕЗ ЧУЖІ ОКУЛЯРИ АБО ЩЕ РАЗ ПРО СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ**

Мета: Підвищити рівень психологічної освіти, що до поняття «співзалежність». Актуалізувати та розвинути навички консультанта та психотерапевта у роботі зі співзалежними.

Основні тези:

1. Анатомія співзалежності.
2. Поняття «співзалежності» у психології та медицині. Характеристики співзалежності. Теоретичний блок.
3. Приклади психотерапевтичних прийомів для зміни емоційного стану та думок про «образ Я» у співзалежних

Глибокі емоційні зв'язки з близькими людьми є джерелом життєвих сил для кожного з нас. У міцних довірливих стосунках людина отримує підтримку, можливість проявлятися, отже пізнавати себе. Такі стосунки дають можливість розвиватися та наповнювати життя необхідними емоціями. Чудо, коли стосунки зміцнюють почуття власної цінності людини та наповнюють життя змістом.

1. Співзалежність - це на разі найпоширеніша проблема, котра стоїть на шляху до особистого щастя багатьох людей. І це питання не лише стосунків подружньої пари, дітей та батьків, родичів залежних людей. Ця сфера набагато ширша, ніж здається на перший погляд.

Якщо розглянути формування співзалежності, то ми побачимо, що це є вже наслідок міцних стосунків з залежними людьми. ”

Співзалежність це патологічний стан, що характеризується проникненням і сильною емоційною, соціальною або навіть фізичною залежністю від іншої людини. Взагалі від цієї хвороби прийнято вважати, що страждають рідні та близькі алкоголіків, наркоманів, ігроманів. Сама залежність може бути різною, але наслідки майже завжди однакові.

Сам термін «співзалежність» був запроваджений до офіційної термінології невдовзі, після того як, алкоголізм був визнаний хворобою. Було помічено, що близькі родичі залежних від ПАР, мають зрушену поведінку, що є наслідками життя поряд залежною особою — таку поведінку називають співзалежною!

Це і емоційна і фізична зміна у деструктивний бік всього сімейного ансамблю в якому проживає одна залежна людина. В чому виражається співзалежність та її ознаки? Як ви гадаєте?

Співзалежність торкається 4-ох сфер життя. Не достатньо лікувати один з симптомів або ознак. Наразі фахівці вважають, що співзалежність складніше ніж залежність. Чим небезпечна співзалежність? У тому, що у спів залежних не видно той матерії, предмету. На перший погляд, це така людина, яка ніби робить добру справу, намагається допомагати іншій людині, що є у біді, але як наслідок такої допомоги її життя наповнене почуттям провини, жалю, претензіями, страхами, невдоволенням відчуттям відсутності щастя, порожнеча.

Співзалежний має виправдання для своєї поведінки, то він «рятівник» - інший у біді, але при цьому потопає сам.

Співзалежна людина бере на себе не свою ношу, тягне не своє простирадло, бере на себе забагато і знімає відповідальність з інших.

Співзалежних люблять ті, хто хоче використати їх, а отже вони не вміють сказати «НІ», дозволяють постійно «Гвалтувати» свої кордони, поступаються своїми потребами, а би бути потрібними тому, що бояться бути відкинутими.

Тому, що в спів залежних, відчуття власного «Я образу», не має навички самотійно задовольняти свої потреби. Поруч із співзалежністю крокує

тотальний контроль. Контроль — це прояв не довіри до світу, до життя, до близьких людей, а в першу чергу до себе. І тому ілюзія контролю дає відчуття опори, ніби я сильний, могутній і справляюсь з життям найкраще ніж інший (тобто залежний). Відчуваючи страх втрати контролю над ситуацією співзалежні самі потрапляють під контроль подій та самих близьких, хворих на хімічну залежність. Так наприклад дружина наркозалежного чоловіка звільняється з роботи, щоб контролювати поведінку чоловіка. З часом фактично хвороба — наркоманія, керує її часом. самопочуттям, простором і т. д. Але якщо співзалежність існує, то є і позитивні тлумачення цих ознак, симптомів: Які це?

- Чому люди дозволяють собі потрапляти у тенета в співзалежності, що це їм дає ?
- Мозковий штурм: робота в групах!
- Відчуття значимості (за рахунок іншого, переважно залежного), «дорослості», сили, влади....

Доповнемо список!

Є таке поняття «вторинна вигода» від симптому

І коли співзалежний це усвідомлює, то ця гра по трикутнику Карпмана, зупиняється і з'являється роздратованість, злість, агресія, гнів, тому, що співзалежний втрачає опору, на яку раніше оперався і через яку задовольняв свої потреби.

Чи можливі вихід із співзалежності ?

Вийти зі співзалежності, це фактично змінити свій стиль життя! Свої думки, емоційний стан, поведінку. І тут виникає потужний спротив, часом більше ніж у залежних. «А чому Я? У мене проблеми немає!» «Я вже так звикла до комфорту, чому я маю змінюватися?».

У співзалежності завжди страждають двоє:

- Керівник — підлеглий;
- Син- мати;
- Чоловік — дружина.

І щоб зменшити почуття провини вдаємось до маніпуляції! Подарунки, шантаж, обіцянки!

Що ще об'єднує всіх співзалежних?

Низька самооцінка незалежно від їх особистісних досягнень, яка часто ретельно приховується, маскується у турботі про іншого!

Часто чую у співзалежних, що: - Я страждаю у цих стосунках! Але продовжують в них лишатися. Вони не розходяться, неначе їм подобаються такі стосунки. Такі стосунки описані психологами як трикутник Карпмана. Але, як тільки забирають об'єкт страждань, то треба починати жити своє життя! А як? Вони настільки спустошені без своєї «половинки», що ставлять під питання цінність власного життя! Тому, що власного майже не було. Він (вона) жили чуже життя. Немає сенсів у своєму житті! У мене був один сенс жити за ради сина, чоловіка, роботи. Такі сім'ї живуть за принципом емоційної гойдалки.

Від драми до щастя, від щастя до драми і завжди бачать світ через чужі окуляри. А де свої? Немає!

Є три виходи з ситуації, як ви думаєте, які?

1. Почати розбиратися з собою, своїм внутрішнім безладом, хаосом, біллю, яка є частиною сімейної системи. Але на то треба виділити час, простір, кошти...
2. Чи продовжували рятувати, чи витягували залежного з прірви. Йому говорити : Так! А собі — Ні!
3. Захворіти і вмерти (інколи фізично, не тільки психічно), аби ні чого не змінювати.
4. З'їхати з глузду, щоб не змінюватись. Найчастіше самотійно вийти з цих стосунків неможливо. Пояснення!

Мотиваційним у таких ситуаціях є - дно, їхнє особисте дно. Ці люди розуміють, що з віком вже «не тягнуть, що такі емоційні перепади руйнують, хочеться вискочити з той гойдалки»

Але, щоб досягнути того дна необхідно зрозуміти, у чому проблема, визнати свою слабкість, і на цьому етапі наміру, щось почати робити по іншому,

ніж учора залипають, зависають і втрачають дорогоцінний час і ресурс.

До психолога та терапевта співзалежні приходять по «чарівну пігулку», по чудотворний «копняк», для своїх залежних родичів, а тут фахівець їм пропонує працювати над собою. ОГО!

І коли співзалежна людина починає зцілюватись, тобто: починає турбуватись про свої потреби, про свій простір, цінувати свій час. Собі говорити «ТАК», а залежному «НІ», вибудовувати свої кордони, підвищувати свою самооцінку, любити себе — врешті решт. Залежний починає бунтувати, бо його хворобі, вигідно мати когось ким можна. маніпулювати.

Але це правильний шлях!!!

Це допомога самому собі, бо ти того вартий та гідний. Розуміти, критично міркувати.

Рекомендую Позитум - підхід, як мені зараз тут, тепер? Як мені у цей момент мого життя? За що я можу подякувати собі вже сьогодні? За те, що вже вмю і в чому ще можу розвиватись.

*Грись А.М.,*

доктор психологічних наук, професор, завідувача  
лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

antoninahrys@psychology-naes-ua.institute

ORCID ID: [orcid.org/0000-0002-0153-2303](https://orcid.org/0000-0002-0153-2303)

*Павлюк М.М.,*

доктор психологічних наук, професор кафедри психології МАУП,

провідний науковий співробітник лабораторії

психології соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

ORCID ID: [orcid.org/0000-0002-0822-8128](https://orcid.org/0000-0002-0822-8128)

## **СІМЕЙНА СИСТЕМНА ПСИХОТЕРАПІЯ У КОНТЕКСТІ РОБОТИ З АДИКЦІЯМИ**

Сімейна системна психотерапія у роботі з адикціями в наш час має нові вектори розвитку як у теоретичному, так і у прикладному аспектах в умовах війни. За час воєнних дій збільшилася кількість дистантних сімей через виїзди за кордон чи внутрішнє переміщення. Така ситуація посилює дедалі більш негативні тенденції в сім'ях, які в умовах мирного життя були дещо завуальованими. Підвищився рівень стресу і серед членів тих сімей, які хоча і залишилися в Україні та проживають разом, однак через постійні обстріли та невизначеність перспектив подальшого життя в Україні переживають кризові стани. Адиктивна поведінка, як показує наш досвід практичної роботи в умовах воєнного стану стала характерною для усіх підсистем у сімейній системі. Причому серед жінок та неповнолітніх дітей відмічається вкрай негативна динаміка.

Сімейна система має свої закономірності функціонування у якій присутні члени сім'ї з адиктивною поведінкою. Зокрема серед таких, що є найбільш

поширеними: психологічні межі, порушення ієрархії у сімейній системі, специфічні манери комунікації (як от непряма комунікація). Гіпер та гіпофункціонуючі ролі у сім'ї, перевантаженість та недовантаженість навчальною чи трудовою діяльністю тощо.

Для розуміння механізмів функціонування сімейних систем з адиктами необхідно застосовувати глибинні підходи до вивчення процесів, які відбуваються у ній. Експлуатація неповнолітніх, ігнорування потреб окремих членів сім'ї, ізоляція. Ексклюзія (виключення) адиктів із сімейної системи і заборона користуватися ресурсами сім'ї. Дифузія та хаотичний процес взаємодії сім'ї з оточуючим середовищем.

Розуміння означених закономірностей функціонування сімейних систем з адиктами проливає світло на процес роботи з сімейною системою. У цьому ключі варто звернутися до теорії соціально-психологічної адаптації, яка вказує на різні типи адаптивних стратегій, які тут доречно згадати:

1) адаптація особистості шляхом перетворення або повного подолання проблемної ситуації, у тому числі різних видів конфліктів. Це активна, перевага незахищеної адаптації нефрустрованої або слабо фрустрованої особистості;

2) адаптація шляхом відходу від проблемної ситуації: це пасивна «адаптація», втеча, пошук нових, більш сприятливих для забезпечення безпеки та задоволення потреб стратегій;

3) адаптація зі збереженням проблемної ситуації й пристосування до неї. Кожна з цих адаптивних стратегій має свої різновиди й варіанти.

Яким чином здійснюється третій різновид, або адаптивна стратегія, яка в даному контексті перш за все нас цікавить? Така адаптація може здійснюватися такими шляхами:

а) шляхом перетворення сприйняття й тлумачення ситуації, тобто створення її неproblemного *суб'єктивного образу*;

б) шляхом більш глибокої зміни самої особистості, в першу чергу, – її Я-концепції.

Складовими позитивного образу Я або об'єктами психологічного захисту

можуть бути: захищеність, повноцінність, незалежність та ідентичність (прийняття і самоприйняття).

Системний підхід до проблеми передбачає розгляд причинних і тимчасових зв'язків між усіма елементами, включеними в генезис і функціонування основних механізмів захисту, а також попередній аналіз цих елементів, якими виступають:

- динамічні особливості психіки суб'єкта та універсальні проблеми адаптації як базис для утворення специфічних механізмів захисту;
- стадії розвитку Я як сенситивні періоди для утворення специфічних механізмів захисту;
- складові позитивного образу Я як об'єкт захисту;
- види гетерономного впливу як загроза складовим позитивного образу Я;
- ексквізитні ситуації, як ситуації утворення нових і актуалізації наявних механізмів захисту.

Таким чином аналізуючи зовнішню сімейну систему, варто звертати увагу і на характер функціонування внутрішніх сімейних систем самих адиктів та інших членів сім'ї для більш глибокого розуміння взаєзв'язків та взаємозалежностей, які є мішенями психотерапевтичного впливу.



**Жилюк О.А.**

психолог Київського міського  
кризового центру «Соціотерапія»

a.o.zhilyuk@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-1353-4591>

**Старков Д.Ю.,**

кандидат психологічних наук,  
науковий співробітник лабораторії психології  
сучасних інформаційних технологій навчання  
Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

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

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

## **ЕКОФАСИЛІТАТИВНИЙ СУПРОВІД КЛІЄНТІВ З ХІМІЧНИМ УЗАЛЕЖНЕННЯМ**

**Вступ.** Значення психологічної роботи з клієнтами з хімічним узалежненням останнім часом стає все більше актуальною та витребуваною через війну в Україні. Проблема хімічного узалежнення є розповсюдженою серед комбатантів, що здобули під час воєнних дій посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а психотерапія таких клієнтів повинна бути спрямована на терапію адиктивного розладу [1]. Психологи відзначають, що емоційні чинники є значними у формуванні механізму узалежнення, який являє собою постійну зміну фізичного і психологічного стану (Ц.П. Короленко, Н. МакВільямс та ін.). С. Лукомська звертає увагу на те, що ресурсний підхід (resource-based view) пов'язаний зі здатністю людини використовувати свої особистісні якості, соціальну підтримку, можливості громади у подоланні складних життєвих ситуацій, і визначає його як «все те, що належить особистості в психологічному плані» [2, с. 402]. Аналіз екофасилітативного супроводу особистості дає можливість виокремити особливості екофасилітативної психологічної сесії для

успішної психологічної реабілітації клієнтів з хімічним uzалежненням, адже екофасилітація є дієвим методом у роботі з ПТСР, психологічними травми та життєвими кризами, а також допомагає особистості усвідомити та використовувати свої психологічні ресурси під час проходження психотерапії та психологічної реабілітації.

Проблема хімічного uzалежнення широко досліджується різними фахівцями тривалий час (А. Ланда, І. Лисенко, А. Козлов, Р. Лайбов, Г. Кузнецова, В.М. Аклін). Окремо досліджувались науковцями соціально-психологічні чинники формування хімічного uzалежнення (Е. Ейдміллер, Б. Херсонський, Б. Братусь, Ц. Короленко, Н. Максимова та ін.). Теоретична основа розуміння екопсихологічного супроводу в межах нашого дослідження ґрунтується на дослідженнях екофасилітації як самостійної психологічної модальності у працях проф. П. Лушина [4].

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження є розкрити особливості екофасилітативного супроводу клієнтів з хімічним uzалежненням.

**Викладення основного матеріалу.** Феномен фасилітації активно застосовується під час проведення тренінгів, методичних семінарів, у соціально-психологічній роботі, психологічній допомозі.

Термін «фасилітація» походить від англійського дієслова «facilitate» – «полегшувати, сприяти, допомагати, просувати». У психологічній теорії і практиці цей термін з'явився завдяки американському психотерапевту Карлу Роджерсу. Під фасилітацією навчання К. Роджерс розуміє тип навчання, під час якого педагог-фасилітатор, займаючи партнерську позицію, сприяє розвитку учня і може сам навчитися жити [3].

З погляду П. Лушина фасилітація – можливість управління людьми через надання їм допомоги самоорганізації й саморозвитку, під час якого суб'єкт визнає за собою право і можливість управління процесом самоорганізації й саморозвитку іншого суб'єкта шляхом створення для нього особливих умов абсолютного позитивного прийняття [4].

*Екологічна психологічна фасилітація* (екофасилітація, англ. – eco-centered psychological facilitation, ECPF) – неклінічна модальність психологічної та педагогічної допомоги, що ґрунтується на процесі управління відкритою динамічною системою особистості з метою підтримання її у стані саморозвитку [4].

Аналіз сутності екофасилітативного супроводу особистості виявив значні можливості екофасилітації для ефективного психологічного відновлення особистості та життєдіяльності клієнта з хімічним узалежненням. Екофасилітація сприяє формуванню позитивного бачення майбутнього розвитку особистості, сповнене надією на її безповоротне відновлення і зцілення. Це сприяє формуванню позитивних перспектив, що дуже цінно в умовах усвідомлення клієнтом і його близьким оточенням згубних наслідків вживання хімічних речовин, які стосуються не лише здоров'я людини, а й її особистісного, соціального та емоційного благополуччя, викликають незворотні зміни в організмі й психіці людини [5].

Завдяки використанню екофасилітативного підходу розвиваються смисли, самосвідомість та світогляд особистості [6], підвищується рівень особистісної зрілості клієнта, що має велике значення для психологічної реабілітації клієнта з хімічним узалежненням, адже психологічні чинники адекватної поведінки пов'язані з емоційною незрілістю особистості, які проявляються комплексом особистісних якостей: інфантильність, навіюваність, максималізм, ригідність і негнучкість, нетерплячість, схильність до ризику й небезпеки, страх бути покинутим тощо [5].

Екофасилітація сприяє переходу особистості від стану жертви до віри в себе, від стану пасивності до стану активності щодо прийняття на себе відповідальності, своїх обов'язків за вирішення власних проблем і задоволення життєвих потреб, самостійності для задоволення своїх потреб, що є вкрай необхідним в умовах існування психологічної залежності особистості, коли відбувається руйнування природної здатності організму до підтримання гармонії та підміна її психоактивними речовинами [7, с. 60].

Значний акцент у допомозі узалежненим зроблено на подоланні поведінкових проявів адикції, але коли колишній «адикт» залишається на самоті, актуалізується проблема ушкодженої самооцінки, стигматизуючого сприйняття себе як «залежного назавжди», що перешкоджає автентичній самореалізації особистості, яка би спиралася на самоповагу та довіру до себе [5]. Так, хімічне узалежнення особистості формує ригідність мислення, порушення пам'яті, труднощі у плануванні майбутнього тощо [7, с. 61].

У психологічній літературі звертається увага на проблему відновлення самоповаги та власної гідності осіб з хімічним узалежненням в процесі психологічної реабілітації [8]. В екофасилітативному спілкуванні психолога і клієнта спостерігається така атмосфера прийняття та поваги до клієнта, що мотивує і переконує клієнта до значних позитивних змін самоствавлення, самоповаги, відчуття здорової значимості своєї особистості.

Екофасилітативний супровід спрямований «поверненню людини до себе»: відновлення довіри до себе, позитивного самосприйняття, наповнення життя змістом, підвищення самооцінки, проєктування успішного майбутнього тощо. Це допомагає розірвати так зване «хибне коло» психологічного узалежнення, в якому основну роль відіграє наявність невирішених психологічних проблем, оскільки використання хімічних речовин «ілюзорно» короткостроково полегшує проблеми особистості щодо зняття тривожності, почуття провини, сорому тощо [7, с. 60].

На думку Є.А. Лаврентьєвої, вкрай важливим чинником є структура внутрішньої картини хвороби, яка формується в узалежнених від ПАР під час реабілітації, що включає структуру внутрішньої репрезентації феноменів хвороби/здоров'я; рівні усвідомлення хвороби; типи реакцій на хворобу, і передбачає сукупність не лише емоційних порушень, але й певних інтелектуальних та вольових процесів, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби [7, с. 62]. Екофасилітація сприяє зміні ставлення особистості до хвороби, адже конгруентність та довірлива атмосфера спілкування формує площину взаємодії психолога і клієнта, в якій поступово

відповідно до рівня значимості актуалізуються різні питання та проблеми особистості і життя клієнта у зв'язку з наявністю хімічного uzалежнення.

Екофасилітація сприяє успішному гармонійному проходженню всіх фаз емоційної реакції пацієнта, що виникають у процесі реабілітації до повного усвідомлення ним необхідності відмови від споживання наркотиків: Е. Кублер-Росс, К. Роджерс, Д. Фрейберг, К. Фопель окреслили стадії чи фази емоційного переживання, які подібні до стадій реагування на певне обмеження або втрату: заперечення; агресія; пошук компромісу; депресія; адаптація, тобто прийняття факту хвороби і готовність змінити своє життя [7, с. 62].

У процесі психологічної реабілітації осіб з хімічним uzалежненням існує необхідність вирішення проблеми щодо механізмів психологічного захисту особистості, підвищити рівень адаптивності психіки до соціального життя [7, с. 66]. Ресурсна спрямованість екофасилітативної консультації сприяє створенню можливостей клієнта для знаходження та усвідомлення ним власних ресурсів самопомоги та програми особистісного розвитку [9, с. 110], що дозволяє гармонійно екологічно подолати механізми психологічного захисту.

Екофасилітація передбачає профіцитарний погляд на проблему клієнта з хімічним uzалежненням. Традиційно в психотерапії узалежнення розповсюджений дифіцитарний підхід: важливе місце займає розуміння адикції як «...дигресивного розладу психічної екосистеми, що пов'язаний із надлишковою стабільністю ураженої частини системи та викликом до цілісної системи знайти ресурси на репарацію (оздоровлення) ураженого елемента» [8]. Тобто, уражена частина психічної екосистеми тут визначається як паразитична і безресурсна. Водночас у рамках екофасилітативного підходу такий уражений елемент разом з перехідними психологічними станами розглядається як потужне джерело розвитку особистості, що сприяє динаміці її розвитку відповідно до принципів діалектики. Екофасилітація передбачає врахування того, що внаслідок нестандартних чи травмуючих подій в психіці особистості виникають позитивні нові програми особистісного розвитку і власне особистість є носієм відповідей на наявні в ній психологічні запити, за таких обставин

екофасилітативний супровід передбачає підтримку позитивної динаміки цих програм розвитку та самоцілення клієнта. Водночас відбувається прийняття всіх негативних переживань у процесі взаємодії клієнта і психолога як сприятливих для їх особистісного розвитку та успішності психологічної роботи [10].

Екофасилітативна консультація є середовищем довірливого спілкування психолога та клієнта. Довіра розглядається як базовий фактор сприймання норм субкультури тверезості, оскільки вона породжує прив'язаність, формується почуття спільноти, тобто «Чужі» стають «Своїми» [11, с. 245]). Під час екофасилітативної сесії психолог і клієнт представляють собою «відкриту самоорганізовану та саморозвиваючу екосистему пов'язаних і взаємно обумовлених агентів-елементів, які безперервно, спонтанно і необоротно прагнуть до нових можливостей свого розвитку і функціонування» [2, с. 169]. У такій екологічній взаємодії, де є місце проживанню всіх перехідних психологічних форм особистості клієнта у їх різноманітності та взаємозв'язку, створюється особливе динамічне спілкування, яке характеризується високим рівнем довіри, емпатії, особистісним розвитком, позитивними психічними змінами тощо.

Екофасилітація як психологічне середовище для інсайтів, нелінійного безповоротного динамічного змінювання психіки клієнта веде до переходу до нової його ідентичності. Особи з хімічним uzалежненням, задовольняючи психологічну потребу у прийнятті та приналежності до групи, ідентифікують себе як ті, які вживають хімічні речовини та наслідують певну культуру поведінки залежних людей [11, с. 238], відбувається привласнення цінностей наркоманічної (алкогольної) субкультури, а під час екофасилітативного супроводу відбувається стрімкий розвиток смислів клієнта, якісна переоцінка групових норми моралі, його культури поведінки, спілкування тощо [11, с. 244].

Особливе значення екофасилітативної консультації полягає у використанні її як методу досягнення змін у свідомості людини, що веде до формування нового

сталого конструкту «Я – тверезий», який бере на себе регулятивну функцію поведінки, замість конструкту «Я – залежний» [11, с. 245].

**Висновки.** Так, екофосилітативний супровід передбачає якісно новий погляд на клієнта з хімічним узалежненням в процесі психологічної реабілітації, ефективний пошук ресурсів та якісні динамічні зміни психіки клієнта з використанням профіцитарного підходу та кодексу екологічності.

### Література

1. Старков Д.Ю., Проценко Б.О. Феноменологія хімічних адикцій у комбатантів. URL: <https://short-link.me/JRkL>
2. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / [за ред. : С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова]. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. 540 с. URL: [http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/1\\_1562758276.pdf](http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/1_1562758276.pdf)
3. Роджерс К., Фрейберг Дж. Свобода вчитися: книга. Вид. 2-ге., перекл. з англ. Москва: Сенс, 2002. 527 с.
4. Лушин П.В. Екологічна допомога особистості у перехідний період: екофасилітація: монографія. Київ, 2013. 296 с
5. Кресан О.Д. Психологічні чинники хімічної залежності особистості. *Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві*: матеріали IV наук.-практ. конф., 4–5 листопада 2017 р., м.Київ /Ред. І.В.Данилюк. Київ, 2017. 160 с. С. 64–68. URL: <https://short-link.me/JRkE>
6. Кодекс екологічності. Офіційний сайт Громадської організації «Українська асоціація екологічної психологічної допомоги». URL: <https://ecpf.com.ua/code/>
7. Литвинчук, Л., Каськов, І. Психологічна допомога особам, з хімічною залежністю на різних фазах емоційного переживання в процесі реабілітації. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. 49(1). С. 60–67. URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/195971/196287>

8. Фільц О. Психотерапія uzалежнень (аддикцій): ескіз концепції. *Український психоаналітичний журнал*. 2024. 2(3). URL: <https://journals.npa.org.ua/index.php/psy/article/view/71/67>
9. Мідляр В. В. Особливості психологічної допомоги при роботі з деструктивними сімейними міфами. *Психологічна допомога: від кризи до ресурсу*: Матеріали IV Всеукраїнського науково-практичного форуму (19–25 квітня 2021 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василега. Суми: НВВ КЗ СОШПО. 2021. С. 106-112.
10. Екофасилітація та екофасилітатори. Офіційний сайт Громадської організації «Українська асоціація екологічної психологічної допомоги». URL: <https://ecpf.com.ua/epf-method/>
11. Фільц О. О., Седих К. В. Ритуал зцілення як технологія психологічної реабілітації осіб із хімічним uzалежненням. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди*. Серія: Психологія. Вип. 60. 2019. С. 231-247. URL: <https://short-link.me/JRcw>
12. Седих К., Фільц О., Михайлів С. Сучасні концепти психологічної реабілітації осіб із хімічним uzалежненням. *Форум психіатрії та психотерапії*: збірка статей / Українська Спілка Психотерапевтів. Львів: ПП «Видавництво «БОНА», 2021. С. 85-94. URL: <https://short-link.me/JRkT>
13. Лушин П.В. Принцип «не зашкодь» в психологічній допомозі й кодекс екологічності. *Екологічна психологія*: хрестоматія / за ред. Ю.М. Швалба. – К.: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. С. 167–173 [Електронний ресурс]. URL: [http://lib.iitta.gov.ua/712889/1/hrestom\\_eco\\_2018a.pdf](http://lib.iitta.gov.ua/712889/1/hrestom_eco_2018a.pdf)



*Кучеренко А.П.,*  
Практичний психолог  
ГО «Твереза спільнота Крепость»  
[dj.hang84@gmail.com](mailto:dj.hang84@gmail.com)

## **БУТИ ЧИ ЗДАВАТИСЬ: ІМПЛІЦИТНЕ ВИДУЖАННЯ**

«Людина, це тварина, яка збожеволіла.

З цього безумства є два виходи:  
йому необхідно знову стати твариною,  
або стати більшим, ніж людина»

*Карл Густав Юнг*

**Вступ.** З дитинства ми починаємо усвідомлювати своє власне "Я", і рано чи пізно ми стикаємося з вибором "бути", або "здаватися". Це висловлювання знайоме багатьом навіть не професіоналам у психологічній сфері. Мається на увазі, що хтось хоче, щоб йому заздрили, і намагається здаватися більш успішнішим і щасливішим. Іншому, навпаки, подобається протилежна роль. Він хоче, щоб його жаліли, і намагається виглядати біднішим, хворішим і нещаснішим, ніж він є насправді. І все-таки більшість із нас хочуть бути схожими на людей своєї соціальної групи. Як ідеться у відомому прислів'ї: "Серед горбатих сам горбатий народись - або кажись". Дітьми нас вчать бути слухняними, поважати старших, і добре вчитися в школі. У дорослому віці нам потрібно бути: хорошими батьками, ідеальним подружжям, найкращими працівниками тощо, а інакше, "що скажуть люди?". Ми прагнемо бути кращими версіями себе, надягаючи чужі маски, не замислюючись про власні почуття і потреби. Нам здається, що так буде краще, і що бути хорошим для соціуму - головний успіх нашого життя.

Значення терміну імпліцитність є центром прагматики і дуже поширений у в різних сферах знання, включаючи: лінгвістику та літературознавство, психологія та когнітивні науки, філософія, соціальні науки тощо. Це показує, що

імпліцитність, як поняття, знаходить застосування в багатьох галузях, особливо тих, які стосуються людського мислення, комунікації та взаємодії.

У цій доповіді я застосовую поняття імпліцитне (приховане, неявне, фальшиве) видужання від залежності. Тут закладено ідею змін, що не відбувається без чіткої усвідомленості того, що саме є його суттю та предметом в даному випадку адиктивної поведінки. Такі зміни не здійснюються без чіткого смислового конектора мети та обізнаності суб'єкта щодо знань які він отримує в процесі проходження реабілітації. Загалом, в цьому контексті, в імпліцитне видужання можна закласти визначення, як таке, що має властивості невиразності, стереотипізації, невербальності та автоматизму, що стосується змін поведінки у залежного, які можна спостерігати в процесі видужання. Феномен виступає як латентний фактор, що впливає на одужання та її системи загалом.

**Мета роботи:** дослідити імпліцитні психологічні стани, в яких перебуває залежний від психоактивних речовин, знаходячись під час реабілітації в стадії ремісії. Пов'язати мотивацію, автентичність та усвідомленість, що полягає в присутності в поточний момент з прийняттям рішень та спостереженням зовнішньої поведінки в контексті проходження реабілітації.

Розкрити питання "бути чи здаватись", де велике значення надається не лише адаптаційним здібностям видужуючого, але й спостереження протиріч між дійсним та уявленим, між внутрішнім і зовнішнім, й тому, як це сприймається іншими. Дослідження розглядає, як ці поняття взаємодіють і впливають на індивідуальне видужання та суспільне життя аддикта.

Дати огляд проблематики «Я-концепції» видужуючого, його автентичність при соціально-ролевої взаємодії, розкрити філософські, психологічні та соціальні аспекти цього питання.

Познайомити з теорією особистості Транзактного аналізу (Ерік Берн) та запропонувати модель ігнорування для розуміння поведінки людини, спілкування та соціальних систем, а також методи зміни небажаної поведінки за допомогою розуміння механізму формування пасивної поведінки.

Провести паралелі між «істинним» видужанням та психологічними іграми, розглянути чотири види пасивної поведінки, як вони впливають на одужання та формують процес гальмування.

Розглянути створення умов середовища для прояву та подальшого розвитку особистості одужуючого та розробка перспективного плану майбутнього зростання.

Підбити підсумки а також запропонувати напрямки для подальших досліджень. 3. Основний виклад матеріалу

**Основний виклад матеріалу.** Білл Косбі сказав: «Я не знаю, як знайти ключ до успіху, але точно знаю, що ключ до провалу — це намагатися сподобатися всім».

Люди з дитинства часто вчаться бути не собою через вплив соціальних норм, очікувань батьків, школи та суспільства загалом. Основні причини цього явища включають:

1. Соціалізація: Діти з раннього віку навчаються відповідати очікуванням оточуючих, щоб бути прийнятими в суспільстві. Це включає правила поведінки, манери, стандарти успішності та інші соціальні норми.

2. Батьківські очікування: Батьки можуть мати певні очікування щодо своїх дітей, спонукаючи їх до певної поведінки, кар'єри або стилю життя, навіть якщо це не відповідає справжнім бажанням дитини.

3. Страх відмінностей: Діти можуть боятися бути висміяними або відкинутими, якщо вони виражають свою унікальність, тому вони можуть адаптуватися до поведінки, яка більше відповідає груповим нормам.

4. Медіа та культура: Медіа часто створюють певні образи та стандарти краси, успіху, які діти намагаються наслідувати, навіть якщо це суперечить їхній сутності.

Ці фактори можуть спричинити те, що люди з дитинства вчаться бути не собою, підлаштовуючись під очікування інших замість того, щоб розвивати власну унікальну ідентичність. У дорослому віці ці властивості психічного конформізму залишаються і можуть бути як свідомими, так і підсвідомими.

Якщо візьмемо сучасний мікро соціум психо-соціальної реабілітації і розглянемо поведінку, манери, психологічні прояви залежної від алкоголю чи наркотиків людини, ми побачимо стан дисгармонійного характеру, який включає імпульсивність, труднощі з побудовою стосунків, а також схильність до регресії. Ще однією характерною ознакою є мінливість настрою, часта зміна бажань, непередуманість та страх залишитися самотнім. Ця нестабільність часто порушує довгострокове планування та почуття радості, завершеності.

Також в наслідок вживання психоактивних речовин, бувають часті зміни думок і самопочуття, це може призвести до частих змін довгострокових цілей, планів, роботи, дружби, стосунків та цінностей.

Іноді залежні з поведінковими розладами вважають себе поганими або негідними, вони можуть відчувати нудьгу, порожнечу, нерозуміння чи зневажливе ставлення, і погано уявляють, ким вони є насправді. Таким чином відбувається аддиктивне розщеплення при якому залежний розділяє свій досвід, думки та емоції на різні частини. Цей механізм призводить до деіндивідуалізації (знеособлення) та має характеристики: дихотомічного мислення, емоційної нестійкості, ідеалізації та девальвації, нездатності до інтеграції досвіду. Також розщеплення служить захистом від болючих і тривожних думок та почуттів. Це може тимчасово знижувати тривогу, але, в довгостроковій перспективі, заважає розвитку здорових способів адаптації. Видужуючі часто намагаються відповідати ідеалізованим образам, що ще більше може призвести до внутрішніх конфліктів між частинами і втрати справжнього себе. Звідси виходить що аддиктивне розщеплення сприяє поверненню до примітивних форм мислення та поведінки, властивим людям на більш ранній стадії розвитку. В цій стійкій регресивній стадії психічної адаптації залежний втрачає власне «я» як самоусвідомлення. Відбувається поглинання залежною роллю а справжня персона зникає або стає невиразною.

Розглядаючи концепцію «Бути чи здаватися», втрачене тверезе автентичне «я» це втрата цього самого «Бути», в якому видужуючий не діє у відповідності до своїх справжніх почуттів, переконань та цінностей. «Бути» це потреба бути

природнім, дозволити собі хотіти - те, що хочеш, думати, що думається, і не думати, як інший думав би на твоєму місці. Говорити, якщо хочеш, і мовчати, якщо нічого не спадає на думку. Це твоє право: дати собі цей дозвіл. Дозвіл відчувати те, що відчуваєш, і не відчувати те, що інший відчував би на твоєму місці, і перестати відчувати те, що очікують оточуючі. "Бути" – це відповідальність. Відповідальність за свої вчинки, дії, своє життя. "Бути" - це діяти, виходячи зі своїх особистих інтересів, це не питати дозволу, щоб зробити той чи інший вибір, це відмова від різних удаваних ролей і втілень. Людина з домінуючим істинним "я" має багато енергії, чує себе, свої потреби, вміє їх задовольняти, бачить і відстоює свої межі, знає, що вона не нікчема, але й не ідеал. Важливим критерієм, є те що приймається і відчувається своє тіло. «Бути» це про цілісність, баланс, і визнання себе реальним. Активна взаємодія з навколишньою реальністю, реалізація потенціалу. Основний двигун – інтерес. Можна сказати, що стан «Бути» це один із ключових компонентів психологічного здоров'я.

Перебуваючи на стаціонарному відновленні залежний не здатний до самоконструювання особистості, його морально-психологічний становище вкрай нестабільне, йому складно утримуватися в стані «Бути» в стані «тут і зараз» бути істинним щодо себе. Тому створюється певний образ, що може відрізнитись від внутрішньої сутності індивіда, механізм підлаштовування "здаватись" з домінуючим помилковим "я".

«Здаються» - такі люди, які хочуть бути кращими, розумнішими, сильнішими, красивішими і т.д., але які за низкою обставин не можуть зробити ні кроку до реальних справ, щоб стати такими, якими вони хочуть бути. Вони можуть зробити образ, одягнути «маску» тієї людини, якою вони хотіли б бути. «Здаватися» це штучне бажання сподобатися, догодити, але й може виглядати як зарозумілий і холодний, залежить від безлічі вступних факторів. Важливим тут є те, що залежний не може "просто бути достатньо таким, як є". Це завжди про дефіцит і позицію або зверху або знизу по відношенню до іншого. Відсутній контакт із собою (тілом, потенціалом, почуттями, інтуїтивним розумом).

Керується, більшою мірою, установками треба/правильно, контролює простір та інших. У таких людей тіло ніби "застигло", неприродне, складно впізнавати і називати свої почуття та емоції, з ними може відчуватися награність. Ступор при питанні "а який ти?", або починає перераховувати лише свої переваги/лише недоліки, однобоке бачення себе, або його відсутність. Це завжди синдром відкладеного життя та/або відчуття життя "за склом" ніби не свого. Основний двигун – страх, схильність до тривоги, самобичування, ідеалізації та знецінення. Мімічна маска супроводжує більшу частину часу, незалежно від ситуації, тіло у відключці.

Наприклад, залежна людина перебуваючи на реабілітації в оточенні інших видужуючих, хоче здаватись більш розумним і обізнаним, але всі знання він набув не з свого реального життя а копіюючи сумнівну поведінку інших та досвід, що здавався йому більш ефектним та справляючим враження. Такі люди не налаштовані на серйозні зміни, вони налаштовані, отримати швидкий результат та похвалитися перед оточуючими. Їх мета не зміни – а створення враження та привернення уваги до себе. Ервінг Гоффман у своїй теорії соціальних ролей і очікувань, описує таку невиразність як театральну постановку, де кожен індивід виступає в певній ролі, що може не відповідати його внутрішньому "я".

І так стан "Здаватись" стосується певного образу, що може відрізнитись від внутрішньої сутності індивіда. Таким чином відбувається видужання, що має імпліцитну (фальшиву) форму яке не призводить до бажаних змін. Підтримуючи хибний образ, залежний таким чином може «ховатися від себе та оточуючих», або придумувати якесь своє видужання щоб було легко проводити час, несвідомо користуючись механізмами пасивної поведінки (Е. Берн) та граючи в психологічні ігри (теорія ігор, Е. Берн), під назвою «випендріжник» або «пристосуванець - роблю як інші і мене не чіпають», це нібито щось відбувається, а насправді це лише удавання яке відіграється. Не розуміючи суті, які зміни повинні відбуватися в видужання, не задаючи собі важливі питання які потребують чесних та сміливих відповідей, навіщо це мені, що я хочу дійсно

змінити, і на що я готовий піти за ради змін себе, залежний так і залишається не явним імпліцитним по відношенню до себе, видужання, та до своїх змін (так ховається хвороба залежність).

Як працює феномен "Здаватись", психологічний механізми деіндивідуалізації, втрати власного «я». Ось кілька прикладів:

1. Наслідування (мімікрія): залежний не маючи свого власного «я» часто наслідує поведінку, манери, мову та навіть погляди тих, хто навколо нього, щоб бути прийнятими і уникати конфліктів.

2. Підтвердження очікувань: залежні підлаштовуються під очікування батьків, родичів які хочуть допомогти, на реабілітації під консультантів з хімічної залежності або психологів та інших важливих фігур щоб отримати схвалення або уникнути критики.

3. Соціальне навчання: залежні навчаються на основі спостережень за тим, як інші отримують підкріплення або покарання за свою поведінку. Це може спонукати до сліпого копіювання поведінки, яка винагороджується, і уникання поведінки, яка карається.

4. Психологічний захист: видужуючі можуть використовувати психологічні механізми захисту, такі як раціоналізація, ізоляція афекта чи витіснення, щоб узгодити свою поведінку з соціально прийнятими нормами, навіть якщо це суперечить їхнім внутрішнім бажанням.

5. Когнітивний дисонанс: залежні можуть змінювати свої переконання або поведінку, щоб уникнути дискомфорту, який виникає, коли їхні дії не узгоджуються з їхніми переконаннями або цінностями.

6. Груповий тиск: вплив інших учасників групи може бути дуже потужним. Залежні часто надягають маску піддаючись груповому ефекту, щоб відповідати нормам і цінностям групи.

7. Ролі та соціальні очікування: залежні часто приймають на себе певні ригідні ролі, які визначають очікувану поведінку. Це можуть бути ролі, пов'язані з їхніми обов'язками або з певними соціальними функціями. Слід зазначити, що

це неготовність їхньої свідомості реагувати на певні зміни в ситуаціях, які змушують покинути власну зону комфорту.

8. Адаптація через досвід: залежний може підлаштовувати свою поведінку на основі минулого досвіду видужання, особливо якщо цей досвід пов'язаний з отриманням нагород чи униканням відповідальності.

Також, найчастіше такі механізми підлаштування помилкового "я" працюють у поєднанні з ігноруванням та чотирма формами пасивної поведінки які описані в методі Транзактного Аналізу.

Транзактний аналіз (ТА) - це метод який розробив американський психолог та психотерапевт Ерік Берн у 60-х роках ХХ століття. Метод розбирає психіку людини на окремі та зрозумілі структури - її особистості, ролі, сценарії а також широко використовуються у психотерапії при лікуванні різних психологічних розладів, а також у роботі психологів з корекції поведінки людини.

Природа ігнорування в ТА – це несвідоме ігнорування інформації, пов'язане із вирішенням якоїсь проблеми. Щоразу, коли залежний стикається з якоюсь проблемою, у нього є два шляхи. Для її вирішення він може використати своє доросле мислення, почуття та дії або ж може використовувати декомпенсуючі патерни пасивності. Якщо він використовує пасивність, то починає сприймати життя так, щоб воно відповідало його дитячим рішенням. Тому він виключає зі свого усвідомлення деякі аспекти реальності. Одночасно він може перебільшити інші аспекти проблеми «тут і зараз» до гігантських розмірів і, замість вирішення проблеми, покластися на, закладене в його сценарій, чарівне рішення. Залежний з дитячими рішеннями сподівається, що за допомогою магічного мислення він може маніпулювати навколишнім світом так, щоб проблему вирішили за нього або вона якимось чарівним способом вирішилась сама. Замість активності він демонструє пасивність.

Існує чотири типи пасивної поведінки, які завжди вказують на ігнорування людиною якогось аспекту: бездіяльність, надмірне пристосування, ажитация, безпорадність або насильство.



Бездіяльність - поведінка повної пасивності, вся енергія йде на пригальмовування реакцій. Суть цієї форми пасивної поведінки - нічого не робити, не намагатися знайти вихід чи рішення. Залежний в байдикуванні може ігнорувати, не помічати проблему або не визнавати її значущість. Таке відбувається з багатьма, психіка паралізована неусвідомленою тривогою, що виникла. Трапляється, що байдикування стає звичним способом реагування на будь-яку незрозумілу ситуацію: звільнили з роботи — ліг чоловік на диван і лежить; навколо розгоряється конфлікт, а людина ціпеніє, мімікрує під середовище (тобто прикидається, що нічого не відбувається), вибирає не втручатись, навіть якщо суперечка стосується його самого. У бездіяльності залежний не робить жодних спроб виправити ситуацію, взяти на себе відповідальність, проявити свою позицію. Залежний виглядає, як розгублена маленька дитина.

Надмірне пристосування - це покірне, автоматичне та бездумне підпорядкування чиймось цінностям та інтересам. Воно дозволяє залежному уникнути відповідальності та приймати самостійні рішення. При цій формі пасивної поведінки вони не в змозі відійти від прийнятих у суспільстві норм і правил, присутній страх відмовляти, протистояти думці авторитетів, відстоювати свої психологічні кордони від вторгнень та нападок. Це спосіб отримувати схвалення соціуму, але нічого не робити для зміни власної долі. У надаптації людина не відокремлює свої бажання від чужих і діє так, як від неї очікують.

Ажитация - це штучне збудження, у якому енергія йде у активні дії, які не ведуть до результату. У цій формі пасивної поведінки насправді дуже багато активності, але спрямована вона повз мету. Тобто в будь-який бік, окрім потрібного. Часто цю форму пасивної поведінки називають прокрастинацією. Ажитация — це по суті спроба впоратися з напругою чи обуренням, не вирішуючи проблему, яка ці почуття викликала. Адже коли залежний робить активні дії, відбувається емоційна розрядка. Спокійніше стало, це так, а от проблема від цього не вирішується.

Безпорадність або насильство - у цьому стані залежний стає частково недієздатний, ігноруючи свою можливість вирішити якусь проблему. Він вірить завдяки примітивному дитячому мисленню, що, завдяки своїй безпорадності, може змусити іншу людину вирішити за неї її проблему. Безпорадність може іноді набувати форми психічних розладів. Також може бути наслідком розладів нервової системи, зловживання наркотиками чи алкоголем за цих обставин можна розглядати як насильство, спрямоване на себе. Насильство чи руйнівна поведінка трапляється, коли накопичена пасивністю енергія раптом виривається назовні, а залежний не бере на себе відповідальність за те, що відбувається. Як у разі безпорадності, так і за насильства він ігнорує свою здатність вирішувати якусь проблему. При цьому вивільняє зайву енергію, спрямовану на себе або інших людей, у спробі змусити оточуючих вирішити проблему за нього.

Всі види пасивної поведінки виникають в моменти недостатнього ресурсу та\або стресу і не призводять до вирішення ситуації.

Як убезпечитись від пасивної поведінки в видужанні:

1. Визначення конкретних та зрозумілих цілей.
2. Закликати доросле системне мислення для вирішення проблеми «тут і зараз». Системне мислення, що проявляється у поведінці, як уміння приймати рішення. У більш широкому сенсі ця «гнучка» навичка включає здатність аналізувати, приймати зважені рішення, оцінювати ризики і можливості. Тобто допомагає повніше і точніше сприймати те, що відбувається навколо нас.
3. Намагайтеся братися за завдання одразу, як тільки вони виникають. Не дозволяйте їм накопичуватися протягом наступного дня.
4. Перефразуйте свій внутрішній діалог. Фрази «потрібно» і «повинен» передбачають, що у вас немає вибору в тому, що ви робите. Це може змусити вас почуватися безсилим і, навіть, привести до саботажу. Однак, фраза «Я сам це обираю» - означає, що ви – володар свого часу, проекту. Лише ви дозволяєте краще контролювати своє робоче навантаження.
5. Змінюйте форми діяльності. Мозок любить новизну, тож не секрет, що рутина погано впливає на мотивацію до будь-якої діяльності. Буденність та

одноманітність занять, неодмінно викличуть у видужуючих нудьгу. Аби цього уникнути, варто не зациклюватись на одній схемі, пропонувати залежним різні творчі завдання та нові форми роботи. Жонглювання різноманітними методиками сприятиме підтримці високого рівня зацікавленості та розумінню, що їхні знання можна використовувати для вирішення найрізноманітніших завдань.

6. Можна посилити себе, свою відповідальність, користуючись афірмаціями та позитивними твердженнями «Я зможу», «Я маю здібності та можливості», «Я знаю, що робити і зроблю це», тощо.

7. Вчитися визначати пасивну поведінку в інших людях, і в собі (у проявах знецінення, грандіозності, ліміту мислення).

Видужання від залежності, це складний комплексний процес, і для того щоб він не перетворювався в імітацію видужання і набував імпліцитних форм, залежному потрібно допомогти створювати власне бачення (vision) змін, що допомагає зрозуміти свою мету, плани, навички і те, як це буде виглядати у завершеному вигляді. Такі дії допоможуть зосередити зусилля на правильних діях і розставити пріоритети, зрозуміти, що мотивує, дає почуття радості, натхнення та щастя.

Психологічні ігри та аналіз ігор в ТА.

Розглянемо характерні риси та властивості психологічних ігор, що підтримують характер імпліцитних (прихованих) форм в видужанні у залежних.

1. Ігри постійно повторюються. Іноді кожний залежний грає у свою улюблену гру, при цьому гравці та обставини можуть змінюватися, проте патерн гри завжди залишається одним і тим самим.

2. Ігри програються поза усвідомленням Дорослого стану «тут і зараз». Незважаючи на те, що залежні грають ті самі ігри, вони не усвідомлюють цього. Лише на заключній стадії гри гравець може запитати себе: «Як це знову могло статися зі мною».

3. Ігри завжди закінчуються тим, що гравці відчувають не справжні почуття які не ведуть до вирішення проблеми.

4. Залежні під час психологічних ігор обмінюються прихованими транзакціями. У будь-якій грі на психологічному рівні відбувається щось зовсім відмінне від того, що має місце на соціальному рівні. Ми знаємо про це тому, що залежні грають у свої ігри знову і знову, знаходячи партнерів, чії ігри підходять до їхніх ігор.

Ерік Берн відзначив п'ять переваг, які несуть із собою ігри. Щоб зрозуміти їх, припустимо, що залежний грає в гру «Симулянт, імітація видужання»

1. Внутрішня психологічна перевага. За допомогою ігор підтримую стабільність свого набору сценарних переконань. Щоразу, коли я граю в цю гру, то посилюю своє переконання: щоб отримати чиюсь увагу або схвалення, зчасом мене повинні відкинути.

2. Зовнішня психологічна перевага. Я уникаю стресових ситуацій, які можуть поставити під сумнів моє становище, і таким чином не відчуваю занепокоєння, пов'язаного з цими ситуаціями.

3. Внутрішня соціальна перевага. За словами Берна, ігри «пропонують певну систему для псевдовідкритої соціалізації в суспільстві або в особистому житті». Частина гри «Симулянт, імітація видужання» може полягати в довгих розмовах про переваги тверезого способу життя. При цьому ми обидва відчуваємо, що відверті один з одним, хоча насправді це далеко не щирість. За посланнями соціального рівня знаходяться приховані послання, які свідчать, що ми граємо в гру.

4. Зовнішня соціальна перевага. Ігри дають тему для розмов та чуток у соціальному оточенні. Коли залежний перебуває з іншими чоловіками (гравцями) на реабілітації, граючи у гру «Симулянт, імітація видужання», то гравці займаються розвагами, ритуалами або проведенням часу, що не призводить до бажаних змін у видужанні.

5. Сценарна перевага. Ця функція гри реалізується, коли гра актора доходить до свого завершення, імітація видужання як подання її зовнішньої форми не дає бажаного результату у вигляді стійкої ремісії в тверезості, а має

закінчення у вигляді сценарної розплати «зриву» тим самим тільки посилюючи проблеми.

Граючи в ігри, залежний слідує застарілим стратегіям поведінки. Ігри були тим інструментом, який він взяв на озброєння в дитинстві для отримання від життя того, чого потребував. Однак у «дорослому» житті є інші, більш ефективні моделі поведінки для досягнення бажаного.

**Висновки.** Підбиваючи підсумки, можна сказати, що в особистості майже кожної людини є різні сторони, питання "бути чи здаватись" залишається актуальним у багатьох сферах життя. Автентичність є важливим аспектом психологічного благополуччя і моральної цілісності, тоді як зовнішні прояви і відповідність соціальним очікуванням можуть мати значний вплив на соціальні взаємини та самореалізацію. Розуміння і баланс між цими двома аспектами є ключем до гармонійного і змістовного життя. Видужання від залежності, це складний комплексний процес.

#### **5. Список використаних джерел.**

1. Сартр, Ж.-П. "Буття і ніщо."
2. Стюарт Я., Джонс В. "Сучасний Транзактний аналіз"
3. Гайдеггер, М. "Буття і час."
4. Маслоу, А. "Мотивація і особистість."
5. Роджерс, К. "Процес становлення."
6. [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D1%96%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BD%D0%B5\\_%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D1%96%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BD%D0%B5_%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F)
7. <http://gorn.kiev.ua/publ13.htm>

#### **Література**

1. Авраменко С. М. Толерантність як комунікативна категорія / С. М. Авраменко // Вісник СевНТУ: зб. наук. пр. Серія: Педагогіка – 2011. – Вип. 124. – Севастополь, 2011. – С. 38-41.

2. Арасишина О.М. Поняття толерантності в політичній і правовій культурі [Електронний ресурс] / О.М. Тарасишина // Актуальні проблеми держави і права . – 2006. – Вип. 29. – С. 58-62.

3. Барбелко Н.С. Зв'язок міжкультурної толерантності з іншими культурними явищами / Н.С. Барбелко // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки. – ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», № 10 (269), травень, Ч. III, 2013. – С. 245-253.

4. Бацевич, Ф. С. Основи комунікативної лінгвістики / Ф. С. Бацевич. – К. : Академвидав, 2004. – 344 с.

5. Бех І. Д. Виховання особистості / І. Д. Бех. – Підручник. – К.: Либідь, 2008. – 848 с.

**Максим О. В.**

науковий співробітник лабораторії  
соціально дезадаптованих неповнолітніх  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України,  
maksiola@gmail.com  
ORCID 0000-0002-9869-1684

**Рябовол Т. А.,**

старший науковий співробітник  
лабораторії соціально дезадаптованих неповнолітніх  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України,  
rta2008@ukr.net  
ORCID 0000-0001-9769-6742

## **СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙНИ В УКРАЇНІ**

**Вступ.** На сьогодні у світі зареєстрована рекордна кількість регіональних та локальних воєнних конфліктів за останні тридцять років. Політики тоталітарних держав все частіше надають перевагу вирішенню конфліктів військовим шляхом, отож насильства в світі тільки більшає. Видання Foreign Policy пише, що сьогодні більше людей у всьому світі гине в боях, вимушено залишає свої домівки або потребує життєво необхідної допомоги – порівнянні з попередніми десятиліттями, і ці конфлікти не закінчаться швидко. Нажаль, у багатьох регіонах війна має затяжний хронічний характер. Зокрема, остання російсько-українська війна триває більше десяти років, третій рік йде повномасштабне вторгнення, яке вже призвело до виникнення мільйонів жертв воєнних злочинів.

Постраждалими від війни є – військовослужбовці, які безпосередньо перебувають у зоні бойових дій, віч- на-віч стикаються зі смертю та каліцтвом. Жертвами війни стають військові, які потрапили у полон та пережили там ув'язнення і катування, адже наш ворог не дотримується Женевської конвенції.

Постраждалими у військових конфліктах також є сім'ї загиблих військових. Нажаль, постраждалим у сучасних війнах є і цивільне населення. Біженці та переміщені особи, були змушені покинути свої домівки, усе своє майно та переховуватися від війни в інших регіонах країни чи за кордоном. Дорослі та діти, які втратили батьків та рідних та отримали травми під час ворожих ракетних обстрілів цивільних об'єктів та інфраструктури. За статистикою тільки в Україні від початку війни людей з ампутаціями десятки тисяч осіб. Окремо варто згадати про тих цивільних, дітей та дорослих, які пережили чи досі перебувають в окупації. Сотні з них переживали небезпеку для свого життя та здоров'я: були згвалтовані, стали свідками вбивств та знущання над своїми рідними. В цій війні постраждали також батьки та діти, які були викрадені окупаційною владою та вивезені до ворожої держави. Усі жителі окупованих територій там були позбавлені свободи пересування, втратили вільний доступ до освіти та медичної допомоги, піддавалися психологічному насильству та тиску.

Зважаючи на все сказане вище стає зрозуміло, що військові події, які залишають сліди не тільки на тілі, але і в психіці постраждалих, провокуючи розвиток посттравматичних стресових розладів (ПТСР), депресій, тривожних розладів та інших психічних станів, що потребують психологічної реабілітації.

Зважаючи на те, що війна все ще триває в Україні, тут ніхто не може вважатися у повній безпеці, адже під обстріл може потрапити будь-який населений пункт у будь-який час. В цій війні ворог не тільки не дотримується законів та звичаїв війни, він навпаки зацікавлений вразити якомога більше цивільного населення: обстрілює лікарні, школи, дитячі садки, торговельні центри, щоб вбити, травмувати та залякати якомога більше цивільних людей.

По всій території України під час повітряної тривоги звучить відповідний сигнал, що сповіщає про небезпеку. Оскільки він є спеціальним нагадуванням про небезпеку, викликає стан тривоги, страху та загрози, що спонукає людину ховатися в укриття, активізує інстинкт самозбереження. Сигнал повітряної тривоги може бути надзвичайно стресовим для людей з травматичним досвідом, адже руйнує базове для людини відчуття безпеки, активізує спогади про минулі



травматичні події, викликає негативні емоції, може спровокувати несподівані фізіологічні реакції на стрес, викликати реакцію боротьби або втечі навіть тоді, коли ситуація, не є реальною загрозою. Доволі часто звук сигналу повітряної тривоги активізує більш глибокі та древні програми виживання, в той же час робота неокортексту гальмується, а саме він і задіяний у психотерапії, зрозуміло, що це зводить нанівець більшість її результатів.

Нашому суспільству притаманний низький рівень звертання за допомогою до психологів та психотерапевтів через недовіру до таких фахівців, або негативний попередній досвід неефективної співпраці чи ретравматизації. Насьогодні в країні також недостатня кількість дійсно кваліфікованих фахівців, крім того спостерігається ще й нерівномірний розподіл їх (зосередження у їх великих містах) і дефіцит або й відсутність у маленьких містечках та селищах. Варто також згадати серед інших і про такі серед виклики реабілітації як:

- стигматизація психічних розладів, коли суспільство часто недооцінює важливість психологічної допомоги, що може перешкоджати зверненню постраждалих за підтримкою.

- недостатнє фінансування та кадровий дефіцит: потребує розвитку фахівців та збільшення ресурсів, спрямованих на роботу з травмованими людьми.

Нині тільки в Україні кількість жертв значно більша за кількість тих державних та громадських організацій, які надають допомогу постраждалим. Держава та комерційні структури створюють реабілітаційні центри, але більшість з них переважно медичного спрямування. Один-два психологи в їхньому штаті не задовольняють потреби у психологічній реабілітації усіх, кому це потрібно. Крім того професійна підготовка та кваліфікація багатьох з цих спеціалістів не відповідає вимогам часу, зокрема й тому, що немає державних програм для підготовки таких спеціалістів, їх також немає кому навчати, немає єдиної загальноприйнятої системи підготовки цих фахівців. Нині існує кілька курсів окремих команд вітчизняних психологів, які навчають фахівців для роботи з військовими, їх недоліком є те, що це комерційні проекти. Ці курси не мають певних критеріїв відбору слухачів, а навчають усіх бажаючих, дуже

часто це люди, що не мають навіть без базової психологічної освіти, не кажучи вже психотерапевтичну освіту та досвід роботи у цій сфері.

Найчастіше в Україні навчання психологічній реабілітації з жертвами війни відбувається в рамках різноманітних конференцій, семінарів, тренінгів від закордонних фахівців. Часто це представники різноманітних громадських та релігійних організацій із США, Ізраїлю і навіть Австралії. Найсучасніші методи та протоколи роботи з травмою, станом гострого стресу та ПТСР, нашої точки зору, надають представники Ізраїльської школи.

Нажаль традиція лікувати душу алкоголем надто поширена в соціумі та призводить до зловживання психотропними речовинами. Адиктивна поведінка в контексті жертв війни стосується дій або звичок, які людина починає використовувати для полегшення психологічного болю чи стресу, спричиненого війною. У таких умовах адиктивна поведінка може стати способом втечі від реальності та полегшення симптомів психічних розладів.

Основні форми адиктивної поведінки серед жертв війни:

- алкоголізм і наркоманія. Люди часто використовують алкоголь або наркотики для тимчасового зниження тривоги та болю. Це може стати механізмом подолання травми, хоча в довгостроковій перспективі така поведінка лише погіршує стан.

- азартні ігри та інші види залежності від ризикованих поведінок. Деякі люди шукають сильні емоції, щоб відволіктись від болю, що спричиняє розвиток залежності від азартних ігор, екстремальних видів спорту тощо.

- Інтернет-залежність, зокрема соціальні мережі чи онлайн-ігри. Перебування в онлайн-просторі може бути способом уникнення реальності та тимчасовим відчуттям контролю.

- Психотропні препарати. Використання медикаментів, як-от транквілізатори або снодійні, іноді може стати нав'язливою звичкою у спробі контролювати психоемоційний стан.

Серед причини розвитку адиктивної поведінки у постраждалих від війни людей спостерігається:

- психологічний біль і стрес. Люди, що пережили війну, часто мають високий рівень внутрішньої тривоги та болю, від якого намагаються втекти через адикції.

- Втрата сенсу життя. Переживання жахів війни може призводити до втрати сенсу життя, що підштовхує людей до поведінкових втеч.

- Соціальна ізоляція. Втрата соціальних зв'язків, розлука з близькими та відчуття самотності можуть спонукати до пошуку тимчасових замінів у вигляді залежностей.

Психологічна реабілітація жертв війни стає надзвичайно актуальною оскільки людське тіло та душа тісно пов'язані одне з одним. Психологічна реабілітація допомагає змінити погляд на себе та на інших, як на людей, що пережили жахливі травмуючі події та вижили в них. Психологічна реабілітація спрямована на подолання травм та стресу, які виникають внаслідок перебування та намагання вижити в умовах війни. Емоційне благополуччя людини сприяє швидшому зціленню тілесних та душевних ран, відновленню здорових умінь і навичок, напрацюванню нових копінг-стратегій у постраждалої людини. Відновлена душевна рівновага допомагає появі нового погляду на самого себе та своє життя, переосмислення його, розвитку та саморозвитку особистості, викликає бажання знову планувати своє майбутнє, мріяти, відчувати радість та тверезе задоволення.

Психологічна допомога у подоланні душевного болю є частиною профілактики залежної поведінки – зловживання, алкоголем та іншими психотропними речовинами і проблем пов'язаних з цим. Психологічна реабілітація виконує важливу роль відновлюючи втрачені потреби приймати себе та інших, відновлювати навички саморегуляції та самоконтролю. Таким чином, відновлює бажання спілкуватися та взаємодіяти з іншими людьми, поступово відновлює комунікативні уміння постраждалих.

Психологічна реабілітація, як відновлення здатності жертв воскрешати своє психічне здоров'я, є важливою не тільки для їхнього індивідуального благополуччя, відновлення та розвитку нормальних взаємин у сім'ях та

колективах і це – шлях відновлення стабільного та здорового суспільства. Оскільки військові конфлікти часто призводять до втрати людьми звичних сімейних та соціальних зв'язків, вимушеної ізоляції жертв, провокують почуття самотності та покинутості, зради та нікчемності, у зв'язку з цим психологічна реабілітація також включає в себе допомогу в соціальній адаптації потерпілих. Психологічна підтримка допомагає жертвам відновлювати свою життєву рівновагу та здатність інтегруватися у суспільство. А суспільство у свою чергу має в рази менше дорослих та дітей з девіантною, адиктивною та деліквентною поведінкою.

З відомих нам сучасних підходів до психологічної реабілітації найпоширенішими в Україні є:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): орієнтована на зміну деструктивних думок і поведінкових патернів, що виникли внаслідок травматичних подій.

- EMDR (десенсибілізація та переробка рухами очей): методика, яка допомагає переробити травматичний досвід та знизити емоційне напруження.

- тілесно-орієнтована терапія: робота з психосоматичними проявами травми через техніки розслаблення та відновлення тілесних відчуттів.

- групова терапія та підтримка: важливий інструмент для соціальної інтеграції та взаємодопомоги серед тих, хто пережив схожі обставини.

Ці підходи можуть використовуватися як окремо, так і в поєднанні з іншими методами, залежно від потреб конкретної людини та особливостей її травматичного досвіду та через індивідуальні відмінності у переживанні травми: кожна людина по-своєму реагує на травматичні події, що вимагає персоналізованого підходу до лікування.

Зрозуміло, що психологічна реабілітація жертв війни, як важливе суспільне завдання, вимагає ґрунтовного підходу, що включає використання різних терапевтичних методик, соціальну підтримку та подолання стигми. Серед перспектив її розвитку ми вбачаємо: інтеграцію новітніх технологій, використання віртуальної реальності, мобільних додатків та телемедицини для

доступнішої та ефективнішої допомоги людям з віддалених мість; освіту та підготовку спеціалістів, розвиток навчальних програм та підвищення кваліфікації фахівців з реабілітації; міждисциплінарний підхід та залучення фахівців з різних галузей (психологи, психіатри, соціальні працівники) для комплексного підходу до реабілітації. Таким чином, розвиток інноваційних підходів та співпраця між державними і неурядовими організаціями є ключовими факторами успішної реабілітації.

### **Список літератури**

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: Методичні рекомендації. Київ-Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014.

2. Журавльова Н. Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців. Актуальні проблеми психології. Т. 3. Консультативна психологія і психотерапія. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України за ред. С. Д. Максименка. Київ : Логос, 2015. С. 76–84.

3. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмивних подій: досвід, узагальнення, висновки. Актуальні проблеми психології. Т. 3. Консультативна психологія і психотерапія. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України за ред. Максименка С. Д. Київ : Логос, 2015. Вип. 11. С. 7–20.

**Максимова Н.Ю.,**

доктор психологічних наук, професор, провідний науковий співробітник  
лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

3481160@gmail.com

ORCID ID: [orcid.org/0000-0003-2110-9884](https://orcid.org/0000-0003-2110-9884)

**Щербина-Прилука В. М.,**

науковий співробітник лабораторії психології

соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

shcherbyna.vm@psychology-naes-ua.institute

ORCID ID: [orcid.org/0000-0003-3284-9474](https://orcid.org/0000-0003-3284-9474)

## **МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ СХИЛЬНОСТІ**

### **ДО АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

**Вступ.** Дослідження науковців давно довели, що алкоголізм, наркоманія, ігроманія та інші різновиди адиктивної поведінки є хворобами. Виявлено також їх чинники: біологічні, психологічні, соціальні, економічні тощо. Разом з цим, профілактика цих негативних явищ поки не дає бажаних результатів. Це зумовлено відсутністю диференційованого підходу, тобто профілактика спрямована на широкий загаль, без врахування того, що вона потрібна насамперед тим особам, які мають схильність до адиктивної поведінки. У цьому разі потрібні спеціальні превентивні заходи, що відрізняються від загальновідомих, необхідна спеціальна система психологічних впливів, спрямованих на корекцію структурних компонентів їх особистості.

Проте, далеко не завжди люди звертаються до фахівців, щоб визначити наявність у них певних ризиків виникнення тих чи інших хвороб. Більше того, підступність адикцій полягає в тому, що людина не усвідомлює того моменту, коли узалежнення вже виникло. Це називається симптомом анозогнозії, тобто

відмова хворого визнавати той факт, що він хворий. Отже, попри існування різних методів, що їх використовують фахівці, можливість самостійного застосування методів визначення своєї особистісної схильності до адиктивної поведінки є, на нашу думку, важливим фактором попередження хімічних та нехімічних адикцій.

**Мета дослідження** – розроблення методики спрямованого самоаналізу визначення особистісної схильності до адиктивної поведінки.

Відомо, що детермінантою виникнення адиктивної поведінки виступають не стільки зовнішні обставини, і навіть не біологічні чи індивідуально-типологічні особливості, а самосвідомість, внутрішній світ самої людини. Зокрема, низький рівень розвитку самоусвідомлення, відсутність навичок рефлексії; низький рівень самоповаги, аж до неприйняття образу «Я»; відсутність мотивації досягнення (перевага натомість уникаючої мотивації), аж до відмови вважати себе суб'єктом діяльності; самозахисний тип реакції на фрустрацію, що виявляється у відмові від діяльності у разі зіткненні з найменшими труднощами; несформованість функції прогнозу поведінки, – це все свідчить про дисгармонійність та особистісну незрілість. Такій людині складно адаптуватись у суспільстві, знайти свої сфери самореалізації, налагодити соціальну взаємодію, знайти продуктивні шляхи виходу із стресових ситуацій, що й зумовлює схильність до адиктивної поведінки. Натомість гармонійність та особистісна зрілість дають відчуття захищеності, впененості, радості й щастя.

**Виклад основного матеріалу.** Пропонуємо виконати спрямований самоаналіз з метою визначення ступеню гармонійності та зрілості своєї особистості.

Наведені нижче питання згруповані в 4 розділи по 5 запитань у кожному. Напишіть відповіді на ці питання, дотримуючись вказаного проміжку часу там, де це зазначено.

## Розділ 1

1. Чи є у Вас відчуття захищеності? Тобто чи є у вас впевненість, що ви знаходитеся в безпеці, що в разі труднощів, негараздів, загроз вам завжди хтось прийде на допомогу? Напишіть, так чи ні.

2. Якщо Ваша відповідь була “так”, то приблизно зазначте, на скільки відсотків Ви відчуваєте цю захищеність та безпеку.

3. Наведіть список тих осіб або того, що дає Вам це відчуття захищеності. Цей список оформіть у стовпчик і пронумеруйте.

4. Напишіть, на скільки відсотків Ви керуєте тим (обставинами, подіями), що з Вами відбувається у житті.

5. Подумайте і напишіть, на скільки відсотків у ході спілкування зі своїми колегами по роботі чи друзями, родичами тощо Ви можете дозволити собі “бути собою”, тобто не зважувати кожне слово, не відчувати напруження від того, що треба постійно слідкувати за своєю мімікою, жестами тощо, тобто на скільки Ви можете відчувати себе розкутим, вільним.

## Розділ 2

1. Напишіть своє ім'я так, як Ви себе називаєте або як вам подобається, щоб Вас називали. Придумайте на першу букву свого імені якомога більше прикметників, які починаються з цієї букви і позитивно характеризують людину, і запишіть їх. На це завдання надається 1 хв.

2. Продумайте, які позитивні й негативні якості Вам притаманні.

Після цього запишіть у два стовпчики: у лівий — позитивні, у правий — негативні якості. На завдання відводиться 2 хв.

3. Якщо Ви дізналися (або дізнаєтеся в майбутньому), що близька вам людина (друг, коханий, близький родич, тобто будь-яка доросла людина, яку ви дуже любите) скоїла щось аморальне чи злочинне (підлість, брехню, крадіжку, насильство тощо), чи відчули (відчуватиме) Ви провину та сором за це?

4. Якщо Ви відповіли “так” на попереднє питання, то на скільки відсотків Ви відчуваєте провину за поганий вчинок близької людини?



5. Якщо до Вас звертаються з проханням щось зробити, але зрозуміло, що людина насправді не потребує допомоги, а просто хоче перекласти свою роботу на Вас, то чи легко Вам відмовити у допомозі?

### Розділ 3

1. Складіть список осіб, з якими у Вас дружні стосунки (відчуваєте симпатію, спілкуєтесь, вважаєте друзями), або соціальних груп, до яких Ви входите (наприклад, релігійні угруповання, клуби за інтересами тощо).

2. Уявіть ситуацію, що Ви опинилися серед незнайомої групи людей, наприклад, у туристичній подорожі, на відпочинку. Чи намагатиметеся ви в цій ситуації встановити з ними контакт? За допомогою яких способів, прийомів будете встановлювати контакт? Складіть список цих звичних для Вас способів поведінки. На завдання надається 1 хв.

3. Складіть список традицій, які є (були) у Вашій батьківській родині. На завдання надається 1 хв.

4. Згадайте, як Ви прожили попередній місяць, і складіть список добрих справ, що Ви здійснили за цей період. Йдеться не про обов'язки, а про вчинки, якими Вам просто хотілося порадувати людей. На завдання відводиться 1 хв.

5. Складіть список добрих справ, які ви плануєте зробити для своїх рідних, друзів, близьких або суспільства загалом протягом наступного місяця. На завдання надається 1 хв.

### Розділ 4

1. Чи ставите Ви перед собою життєві цілі? Якщо так, то складіть список своїх життєвих цілей. На завдання надається 30 секунд.

2. Чи плануєте Ви своє життя? Якщо так, то зазначте, на скільки: на день, на місяць, на рік, на 5 років, на 10 тощо.

3. Який відсоток із поставлених цілей Ви зазвичай досягаєте?

4. Напишіть свої бажання на найближчі 10 років. На це завдання надається 1,5 хв.

5. Назвіть людей, які зазвичай звертаються до Вас за порадою, консультацією у будь-якій галузі знань чи умінь (просять чогось навчити, пояснити незрозуміле тощо).

### **Обробка результатів.**

Завдання першого розділу призначені для визначення ступеня відчуття захищеності, оскільки потреба в безпеці є основою гармонійності особистості. Чим вищий бал за показниками першого розділу, тим кращі умови для особистісного зростання людини.

1 питання. За відповідь “так” нараховується 3 бали, за відповідь “ні” — 0 балів.

2 питання. Якщо Ви визначили рівень своєї безпеки від 1% до 50%, то нараховується 1 бал, від 51% до 70% — 2 бали, від 71% до 100% — 3 бали.

3 питання. Якщо у вашому стовпчику зазначено 5 або більше осіб чи соціальних груп, ви нараховуєте собі 5 балів, якщо 4 — 4, і т.д.

4 питання. Обробляти, як відповіді на друге питання першого розділу.

Відповідь на четверте питання дає можливість з'ясувати ступінь вашої суб'єктності та інтернальність або екстернальність локус-контролю. Ці параметри є складовими особистісної зрілості.

5 питання. Якщо ваша відповідь містить від 1% до 50%, то нараховується 1 бал, від 51% до 70% — 2 бали, від 71% до 100% — 3 бали.

Це питання також визначає ступінь особистісної зрілості й гармонійності, оскільки особистісно незріла, а тим паче дисгармонійна людина не наважується бути собою, вона завжди напружена в очікуванні оцінок оточуючих.

Завдання другого розділу призначені для визначення ступеня самоприйняття та самоповаги, особливостей самооцінки й здатності до асертивної поведінки. Асертивна поведінка — це вміння захистити свої інтереси, не порушуючи прав інших людей, а також вміння відмовити у зазіханнях на порушення Ваших меж особистості, але таким чином, щоб зберегти гарні стосунки з агресором. Отже, асертивна поведінка — це вагомий показник гармонійності та особистісної зрілості.

Під час виконання першого завдання зазвичай згадують 4-8, інколи більше прикметників на першу літеру свого імені. Проте в умовах дефіциту часу вирішального значення набуває емоційний стан.

За позитивного образу прикметники згадують легко. Якщо ж наявне неприйняття образу “Я”, потреба зосередитися на своєму імені (з яким людина завжди ідентифікує себе) для пошуку позитивних характеристик викликає тривогу та напруження. Ці негативні емоції ніби “блокують” розумові здібності, і здається, що прикметників, які означають позитивні характеристики, просто немає. нараховується 1 бал за кожний прикметник.

2 питання. Підрахуйте, скільки слів у правій і лівій колонках, зіставте, яких якостей, позитивних чи негативних, виявилось більше і на скільки. У нормі позитивних якостей має бути на 2-3 більше, ніж негативних. Якщо кількість однакова, нараховується 0 балів, якщо позитивних на 1 більше, ніж негативних, то додається 1 бал, більше на 2-3 — 2 бали, на 4 і більше — 3 бали. У випадку переважання негативних якостей віднімається така сама кількість балів за такою самою схемою.

3 питання. За відповідь “так” віднімається 3 бали, за відповідь “ні” нараховується 3 бали.

Відповіді на третє питання надають можливість визначити здатності дотримувати межі своєї особистості, що є індикатором здатності до асертивної поведінки.

4 питання. Обробляти, як відповідь на друге питання першого розділу.

Брати на себе відповідальність за іншу людину, за винятком дитячо-батьківських стосунків, — це означає розмитість меж особистості, що суперечить асертивності.

5 питання. За відповідь “так” нараховується 3 бали, за відповідь “ні” — 0 балів.

Це питання для з'ясування ступеню конформності, тобто схильності підкорятися і йти за більш сильною особистістю.

У третьому розділі визначається тип соціальної взаємодії.

1 питання визначає наявність сприятливого соціального середовища. Якщо вказана 1 особа, нараховується 1 бал, 2-3 особи — 2 бали, 4 і більше — 3 бали.

2 питання виявляє вміння встановлювати соціально позитивні стосунки та й взагалі встановлювати соціальну взаємодію. За відповідь “не бажаю встановлювати контакт” віднімається 1 бал. Якщо вказано 1 спосіб встановлення стосунків, нараховується 1 бал, 2-3 способи -2 бали, якщо 4 і більше — 3 бали.

3 питання. Якщо вказано 1 традицію, нараховується 1 бал, 2-3 — 2 бали, 4 і більше — 3 бали.

Відповідь на це питання допомагає з'ясувати, як емоційна стійкість, здатність до цілепокладання, вміння долати труднощі формуються у сім'ї. Якщо в батьківському домі були чіткі правила, традиції, звичаї, то особистість дитини природно формується як цілеспрямована, і її життєдіяльність підпорядковується логіці, людина відчуває себе суб'єктом своєї життєдіяльності.

4 питання. Вказана 1 добра справа оцінюється 1 балом, 2-3 справи — 2 балами, 4 і більше — 3. У цьому завданні з'ясовується ступінь Вашого доброзичливого ставлення до людей. Гуманістична спрямованість є складовою гармонійності та особистісної зрілості.

5 питання. Якщо вказано 1 добру справу, то нараховується 1 бал, 2-3 справи — 2 бали, 4 і більше — 3 бали.

Завдання четвертого розділу допомагають з'ясувати ступінь самоактуалізації та можливості самореалізації особистості.

1 питання. За відповідь “так” нараховується 3 бали, за відповідь “ні” віднімається 3 бали.

Відсутність життєвих цілей є наслідком низького рівня розвитку рефлексії та зниженого відчуття суб'єктності. Чим чіткіше та свідоміше планує людина своє життя, тим більше вона має можливостей для самореалізації.

2 питання. Якщо життя планується на строк до 1 місяця — нараховується 1 бал, від 1 місяця до 1 року — 2 бали, до 5 років — 3 бали, якщо є планування і стратегічне (на 10 років і більше), і тактичне (на більш короткі проміжки) — 5 балів. Якщо взагалі не планується — то віднімається 3 бали.

3 питання. Обробляти, як відповіді на друге питання першого розділу. За відсутності цілей або їх недосяжності — 0 балів.

4 питання. Відповіді на це питання треба зіставити з відповідями на перше питання цього блоку і визначити, наскільки вони збігаються за своїм змістом. У разі 100% збігу нараховується 5 балів, 80-99% — 3 бали, 60-79% — 1 бал. Якщо менше 10% — то віднімається 1 бал, жодного збігу — віднімається 3 бали.

Розбіжність між життєвими планами та бажаннями є серйозною ознакою дисгармонійності особистості. Ця розбіжність, яка спостерігається, коли людина прагне до чогось, що насправді не є її вибором, призводить до внутрішніх конфліктів, самовідчуження, а отже, й до дисгармонійності особистості.

5 питання. За 1 особу нараховується 1 бал, 2-3 — 2 бали, 4 і більше — 3 бали.

Чим більше людей, які звертаються до Вас по допомогу, за порадою, з проханням чогось навчити, тим більше Ви відчуваєте свою компетентність, а отже, й можливість для самореалізації.

**Висновки.** Після обробки результатів по кожному запитанню, можна підрахувати бали за кожною сферою та за всіма розділами в цілому. Математично кількість балів може сягати 50 та вище. Відповідно, якщо результати нижчі 20 балів, то це свідчить про наявність особистісної схильності до адикцій. Проте, точні підрахунки не мають великого значення, оскільки запропонований самоаналіз не є тестом. Основне в цьому методі — замислитися, над якими сферами вашої особистості вам варто попрацювати для свого особистісного зростання, а отже й попередження виникнення адиктивної поведінки.

*Мандрусяк Н.Р.,*  
практикуючий психолог  
Магістр галузі знань соціальних та поведінкових наук  
"Клінічна та реабілітаційна психологія"  
Гештальт терапевт в процесі навчання  
Дійсний член "Національної Психологічної Асоціації" НПА,  
Дивізіон «Адиктологія»  
[mandrusiaknestor@gmail.com](mailto:mandrusiaknestor@gmail.com)

## **«КОЛЕКТИВНА МІЦЬ»: ЕФЕКТИВНІСТЬ ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ВІД ГЕЙМБЛІНГУ**

**Вступ.** Розглядаються: визначення геймблінгу та його вплив на особистість та важливість лікування геймблінгового узалежнення.

Основні принципи групової терапії:

- що таке групова терапія;
- основні методи та техніки, що використовуються в груповій терапії;
- роль терапевта в груповій терапії.

Ефективність групової терапії у відновленні від геймблінгу:

- успішність групової терапії у порівнянні з індивідуальною терапією;
- психологічні механізми, що сприяють успішному відновленню:
- підтримка, взаємодія, спільні цілі;
- приклади успішних кейсів (анонімно).

Переваги групової терапії для осіб з геймблінговою залежністю:

- підтримка з боку групи: зменшення почуття ізольованості;
- спільне розуміння проблеми та обмін досвідом;
- мотивація та натхнення від успіхів інших учасників;
- навчання нових стратегій та навичок для подолання залежності.

Виклики та обмеження групової терапії:

- можливі труднощі: конфлікти в групі, різні рівні залученості учасників;

важливість професійної підготовки терапевта;  
специфічні випадки, де індивідуальна терапія може бути більш ефективною.

Заключення та рекомендації:

підсумок ефективності групової терапії у відновленні від геймблінгу;  
рекомендації для тих, хто розглядає можливість участі в груповій терапії;  
заклик до подальших досліджень та розвитку методів лікування.

Геймблінг – це азартні ігри, де людина ризикує грошима або цінностями. Він може викликати uzалежнення, через яке люди втрачають контроль над своїми діями. Це часто призводить до фінансових проблем, стресу і проблем у стосунках. У деяких випадках це може призвести до злочинності та зниження продуктивності на роботі.

Ця хвороба під номером F63.0 (МКХ-10) належить до розладів звичок і полягає у патологічному потязі до азартних ігор. Вона проявляється у частих повторних епізодах участі у таких іграх, домінує у житті суб'єкта і призводить до зниження соціальних, професійних, матеріальних та сімейних цінностей [2].

Лікування геймблінгового uzалежнення важливе, оскільки воно може зруйнувати життя людини, призводячи до фінансових проблем, депресії та втрати роботи. Без лікування uzалежені люди можуть втратити свої сім'ї через постійні конфлікти та недовіру. Лікування допомагає відновити психологічне здоров'я і підвищити якість життя. Ефективне лікування сприяє зменшенню рівня злочинності, пов'язаного з геймблінгом.

Групова терапія в контексті геймблінгу – це метод лікування, де uzалежені особистості збираються в групи під керівництвом терапевта. Учасники діляться своїм досвідом і підтримують один одного у боротьбі з uzалежненням. Групова терапія створює відчуття спільноти і дозволяє людям побачити, що вони не самотні у своїх проблемах. Вона також допомагає розвинути навички, необхідні для подолання спокус і уникнення рецидивів.

Такий підхід може бути ефективним доповненням до індивідуальної терапії та медикаментозного лікування.

Основні методи та техніки, що використовуються в груповій терапії, включають взаємну підтримку, де учасники діляться своїм досвідом і отримують зворотній зв'язок. Активне слухання допомагає створити безпечне середовище, де кожен може відкрито говорити про свої проблеми. Можна використовувати різні техніки та підходи для зміни негативних моделей думок і поведінки. Також застосовуються техніки релаксації і медитації для зниження стресу та поліпшення самоконтролю.

Роль терапевта в груповій терапії полягає в створенні безпечного і підтримуючого середовища для учасників. Терапевт фасилітує обговорення, направляючи розмову і допомагаючи групі зосередитися на важливих темах. Він також модерує конфлікти та забезпечує, щоб усі голоси були почуті. Терапевт надає професійну оцінку і допомагає учасникам розвивати навички для подолання узалежнення. Окрім того, він може використовувати різні терапевтичні техніки для підтримки процесу.

Групова терапія ефективна у відновленні від геймблінгу, оскільки вона забезпечує підтримку і взаємодопомогу між учасниками, що допомагає зменшити відчуття ізоляції. Учасники можуть ділитися власними стратегіями подолання проблем і отримувати корисні поради від інших. Терапія дозволяє працювати над когнітивними і поведінковими змінами в безпечному середовищі. Групова динаміка також допомагає виявити і розвіяти помилкові переконання про геймблінг. Загалом, групова терапія доповнює індивідуальне лікування, забезпечуючи комплексний підхід до відновлення.

Групова терапія може бути так само ефективною, як і індивідуальна терапія при лікуванні залежності від геймблінгу. У деяких випадках групова терапія навіть перевершує індивідуальну через підтримку більшої кількості людей і можливість обміну досвідом. Участь у групах підтримки пов'язана з кращими результатами в довгостроковій перспективі, включаючи меншу ймовірність рецидивів. Однак індивідуальна терапія може бути ефективнішою



для тих, хто потребує більш індивідуального підходу або має специфічні потреби. Найкращий результат часто досягається при комбінації обох підходів.

Підтримка в груповій терапії створює почуття приналежності, що знижує ізоляцію і підвищує мотивацію до змін. Взаємодія між учасниками допомагає обмінюватися досвідом і стратегіями подолання, що підсилює особистий розвиток. Спільні цілі формують єдність у групі і сприяють досягненню індивідуальних результатів через колективну відповідальність. Ці психологічні механізми також підвищують рівень довіри, що сприяє відкритому обговоренню і саморефлексії. Загалом, вони створюють сприятливе середовище для тривалого і успішного відновлення від геймблінгового узалежнення.

*Приклади успішних кейсів.* Підтримка з боку групи допомагає учасникам відчувати, що вони не самотні у своїй боротьбі з геймблінговим узалежненням. Взаємодіючи з іншими, хто переживає схожі труднощі, людина отримує емоційну підтримку, що знижує відчуття ізоляції. Це також сприяє формуванню довіри та відкритості в обговоренні своїх проблем. Групова підтримка допомагає побудувати позитивне сприйняття себе і своїх можливостей для змін. Учасники починають розуміти, що їхні переживання є нормальними та природними, що знижує рівень сорому і тривоги.

Спільне розуміння проблеми в груповій терапії дозволяє учасникам усвідомити, що їхні труднощі з геймблінгом є поширеними і зрозумілими для інших. Це створює середовище, де люди можуть відкрито ділитися своїм досвідом без страху бути засудженими. Обмін досвідом дозволяє учасникам отримувати нові стратегії подолання, які вже допомогли іншим у подібних ситуаціях. Такий обмін зміцнює почуття взаємної підтримки і співучасті в процесі одужання. Учасники також можуть вчитися на помилках один одного, що допомагає уникнути схожих ситуацій у майбутньому.

Мотивація та натхнення від успіхів інших учасників відіграють важливу роль у груповій терапії. Коли хтось із групи досягає позитивних змін або подолання труднощів, це дає іншим надію і віру у власні можливості. Успіхи учасників служать живим прикладом того, що подолати узалежнення можливо,

що підвищує мотивацію до дій. Спільне святкування досягнень сприяє створенню атмосфери підтримки і єдності в групі. Це надихає кожного учасника продовжувати працювати над собою і не здаватися у важкі моменти.

Навчання нових стратегій та навичок для подолання залежності починається з усвідомлення тригерів, які провокують бажання грати. Учасники групової терапії вчаться розпізнавати ці тригери та застосовувати техніки для їх уникнення або контролю. Важливим є розвиток навичок самоконтролю, таких як техніки релаксації або медитація, які допомагають зменшити стрес і тривогу. Крім того, учасники можуть навчитися ефективним методам вирішення конфліктів і покращення комунікаційних навичок, щоб зміцнити свої стосунки з близькими. Практикуються також альтернативні способи задоволення потреб, які раніше покривалися через геймблінг, наприклад, через хобі чи фізичну активність.

Можливі труднощі в груповій терапії можуть включати конфлікти між учасниками через різні погляди або особисті суперечності. Ці конфлікти можуть відволікати від основної мети терапії і створювати напругу в групі. Також може виникати проблема різних рівнів залученості учасників: деякі можуть бути більш активними, тоді як інші залишаються пасивними або менш відкритими. Це може викликати дисбаланс у груповій динаміці, коли одні отримують більше користі від терапії, ніж інші. Для подолання цих труднощів терапевт повинен уважно модерувати дискусії і заохочувати рівну участь усіх членів групи.

Професійна підготовка терапевта є критично важливою для ефективного проведення групової терапії, особливо в роботі з геймблінговою залежністю. Терапевт має глибоке розуміння психопатології залежностей та володіє спеціальними методами лікування. Відсутність належної підготовки може призвести до помилок у керуванні групою, зокрема до конфліктів між учасниками або недостатнього контролю над процесом лікування. Крім того, професійний терапевт здатний створити безпечне і довірче середовище, яке є ключовим для успішного відновлення. Нарешті, підготовлений фахівець може

ефективно адаптувати методи терапії до індивідуальних потреб учасників групи, що підвищує загальну ефективність лікування.

Індивідуальна терапія може бути більш ефективною в специфічних випадках, коли пацієнт має складні коморбідні розлади, такі як важка депресія або тривожні розлади, які потребують особливої уваги. Вона також краща для людей, які відчувають сильний дискомфорт або страх перед відкритим обговоренням своїх проблем у груповому середовищі. Крім того, пацієнти з глибокими міжособистісними проблемами можуть потребувати індивідуального підходу для більш інтенсивного вивчення і роботи над особистими питаннями. Індивідуальна терапія дозволяє терапевту більш точно налаштувати методи лікування під потреби конкретного пацієнта. Нарешті, у випадках, коли потрібна більша конфіденційність через соціальний статус або професію пацієнта, індивідуальна терапія може забезпечити більш безпечне середовище для лікування.

**Висновки.** Групова терапія є ефективним методом лікування геймблінгового uzалежнення, забезпечуючи пацієнтам підтримку та мотивацію через взаємодію з іншими, хто стикається з подібними проблемами. Учасники групової терапії демонструють високі рівні одужання та стійкості до рецидивів. Груповий підхід дозволяє обмінюватися досвідом і стратегіями, що сприяє глибшому розумінню проблеми та ефективнішому її подоланню. Крім того, групова терапія створює відчуття спільноти, що важливо для відновлення психологічного здоров'я. Незважаючи на можливі виклики, групова терапія залишається одним із найбільш дієвих підходів у лікуванні геймблінгового uzалежнення.

Для тих, хто розглядає можливість участі в груповій терапії, важливо знайти групу, яка спеціалізується на ігровому uzалежненні та відповідає вашим індивідуальним потребам. Перед початком терапії ознайомтесь із методами, що використовуються в групі, і переконайтеся, що вони відповідають вашим очікуванням. Важливо бути готовим до відкритого обговорення своїх проблем і активної участі в групових дискусіях. Також рекомендується звернути увагу на

досвід і кваліфікацію терапевта, оскільки від цього залежить ефективність лікування. Нарешті, будьте готові до процесу, який вимагає часу та зусиль, але також приносить значні результати у подоланні залежності.

Разом з іншими психотерапевтичними методами групова психотерапія застосовується в рамках різних теоретичних напрямків, які і визначають її своєрідність, специфіку: конкретні цілі і завдання, змістовну сторону і інтенсивність процесу, тактику психотерапевта, психотерапевтичні мішені, вибір методичних прийомів та інші.[1]

### **Література**

1. Основи психотерапії: навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.
2. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Київ: Здоров'я, 2001. Т. 3. 817 с.

*Михайлів С.В.,*

доктор філософії з психології  
психотерапевт, психоаналітик, адиктолог,  
тренер, супервізор Української спілки психотерапевтів  
Голова секції психотерапії uzалежнень УСП  
Керівник Українського інституту психотерапії uzалежнень  
Член Європейської асоціації психотерапії  
Співзасновник Міжнародної асоціації психотерапії адикцій  
[svitlo1504@gmail.com](mailto:svitlo1504@gmail.com)

## **РОЛЬ ФІКСОВАНОЇ УЯВИ У ФОРМУВАННІ НАРКОТИЧНОГО УЗАЛЕЖНЕННЯ**

**Вступ.** Проблема наркотичної залежності є однією з найгостріших у сучасному суспільстві, оскільки вона не тільки призводить до руйнування життя окремих людей, але й має серйозні соціальні наслідки, впливаючи на оточення, економіку та здоров'я нації. Особливо актуальною є необхідність розуміння механізмів, що сприяють формуванню залежності, зокрема на психологічному рівні. Одним із ключових механізмів у цьому процесі є фіксована уява, яка відіграє значну роль у формуванні та закріпленні адиктивної поведінки.

Фіксована уява — це процес створення і закріплення у свідомості людини емоційно насичених уявлень, які починають домінувати над реальним сприйняттям світу і регулюють поведінку залежної особистості. У контексті наркотичної залежності фіксована уява формує спотворену картину реальності, в якій наркотична речовина або інша адиктивна діяльність набуває надцінного значення. Це сприяє закріпленню залежності та утруднює процес відмови від неї.

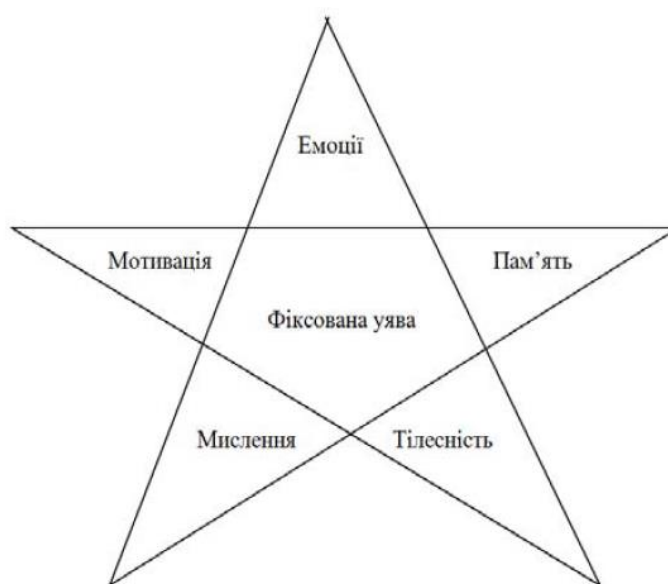
Розуміння ролі фіксованої уяви є важливим не тільки для виявлення причин і розвитку залежності, але й для розробки ефективних методів реабілітації. Успішне подолання залежності значною мірою залежить від здатності заміщувати негативні уявні образи, пов'язані з адикцією, на позитивні, що сприяють соціальній та психологічній реінтеграції особистості.

**Метою** цієї роботи є вивчення механізмів впливу фіксованої уяви на формування наркотичної залежності, а також її ролі у процесі реабілітації.

**Основний виклад матеріалу.** Основна суть концепції фіксованої уяви полягає у створенні образу, що гіпертрофує реальність та добудовує її у фантазії. Цей образ, разом із емоційною оцінкою, закріплюється у свідомості через постійне повторення досвіду вживання наркотиків. У результаті формується специфічна «амальгама» – поєднання емоцій та уявлень, що набуває надцінності та домінує в психічній діяльності залежної людини.

Науковці О. О. Фільц, К. В. Седих та С. В. Михайлів розробили п'ятикомпонентну модель розвитку залежності, що включає такі аспекти особистості, як мотивація, пам'ять, мислення, емоції та фіксована уява (рис. 1).

Саме фіксована уява виступає головним елементом, який координує всі інші психічні процеси, пов'язані з адикцією. Вона забезпечує циркулярні зв'язки між уявою та емоційною сферою, впливаючи на формування надцінних ідей та мотивів стосовно наркотичної речовини.



**Рис. 1. Структурно-динамічна модель механізму адикції**

**Формування залежності через фіксовану уяву відбувається в наступні етапи:**

1. **Початковий етап.** Уява створює емоційно насичений образ позитивного досвіду, що асоціюється з вживанням наркотичної речовини. Це можуть бути ейфорійні стани, підвищення настрою, екстаз або інші позитивні відчуття. У цей момент формуються перші механізми прив'язаності до наркотика, що супроводжуються викидом ендорфінів – нейромедіаторів, що викликають відчуття задоволення [5, с. 19-20].

2. **Закріплення образу.** Згодом фіксована уява починає регулювати емоційну сферу людини, спогади та сприйняття навколишнього світу. Вона стає головним компонентом, що відповідає за програмування життя та діяльності особистості, формуючи певний «внутрішній план дій», який обертається навколо наркотичної речовини.

3. **Надцінне емоційне ставлення.** Через процес генералізації емоцій людина формує надцінне ставлення до наркотичної речовини. Це виражається в емоційній насиченості стосунків з наркотиком і домінуванні цього об'єкту у психіці.

4. **Хибні опори.** Людина починає будувати ілюзорні уявлення про своє життя, сприймаючи бажане за дійсне. Наприклад, замість того, щоб бачити реальну шкоду від наркотиків, вона фокусується на тих аспектах, що викликають ейфорійні почуття, формуючи «хибні опори» та викривлені причинно-наслідкові зв'язки [3, с. 14-15].

Фіксована уява відіграє важливу роль на кожному етапі розвитку наркотичної залежності. Так, на ранніх етапах вона виступає інструментом емоційного закріплення позитивних відчуттів від вживання наркотика. Далі вона стає основним механізмом, що регулює емоційні реакції, сприйняття та поведінку залежної особистості.

Особливо важливим є той факт, що фіксована уява пов'язана з емоційною сферою через надцінне емоційне ставлення до об'єкту адикції. Мислення та мотивація людини також підпадають під вплив фіксованої уяви через формування надцінних ідей про наркотик. Така уява створює міцні циркулярні

зв'язки між різними аспектами психіки залежної особистості, посилюючи залежність.

Процес формування фіксованої уяви на біохімічному рівні супроводжується виділенням ендорфінів, навіть за відсутності реального об'єкта бажання. Наприклад, спогади про наркотик, навіть без його фактичного вживання, здатні викликати вироблення ендорфінів і провокувати прагнення до повторення емоційного переживання. Це посилює адикцію та підштовхує особистість до подальшого вживання.

Окрім психофізіологічних процесів, вагому роль у розвитку залежності відіграє соціальний контекст, зокрема наркоманічна субкультура. В таких спільнотах наркотична речовина стає центральним елементом взаємодії, а участь у спільних наркоманічних практиках підкріплює ідентичність залежної особистості.

У результаті досліджень [1, с. 67-68] цього феномену було встановлено, що фіксовані образи можна розділити на образи вживання та образи утримання від вживання. Вони відображають психологічні механізми, які формують поведінкові та емоційні реакції залежної особистості на різних етапах її життя.

**Образи вживання** формуються на ранніх стадіях розвитку залежності й зазвичай супроводжуються позитивними емоційними переживаннями, що асоціюються з вживанням психоактивних речовин. Ці образи складають складну структуру, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти, які закріплюються у психіці залежної особистості та регулюють її подальші дії. Важливою характеристикою таких образів є їх амбівалентність, тобто поєднання як позитивних, так і негативних емоційних компонентів.

**1. Позитивні емоційні стани.** *Ейфорія* є одним з ключових почуттів, яке супроводжує вживання. Для багатьох наркозалежних ейфорія стає метою вживання, вона є тим станом, якого прагне людина щоразу при використанні наркотичної речовини. Це почуття може бути настільки приємним і інтенсивним, що перевершує інші життєві радощі, тим самим стаючи основним стимулом до повторного вживання.



Окрім ейфорії, вживання наркотиків часто супроводжується *почуттям психологічного або фізичного підйому*. Це може бути переживання екстазу, сили, впевненості у власних силах або просто звільнення від буденних проблем. Такі відчуття створюють ілюзію вирішення всіх труднощів, що часто є причиною виникнення залежності.

**2. Негативні емоційні стани.** Хоча початкові етапи вживання супроводжуються позитивними емоціями, з часом у свідомості наркозалежної людини формуються й негативні емоційні переживання.

Багато наркозалежних відчують гостру *самотність*, незважаючи на те, що перебувають у колі людей, які також вживають наркотики. Це почуття може бути пов'язане з відчуженістю від оточуючих або через неможливість знайти реальну підтримку в оточенні людей, які також є залежними.

Залежність часто супроводжується страхом того, що речовини не буде в доступі. Це викликає відчуття *тривоги та неспокою*, що підштовхує людину до пошуку нової дози, навіть коли вона ще не завершила попередню.

Адикція може супроводжуватись почуттям *провини та сорому* за свою поведінку, особливо після актів вживання, коли виникають соціальні або сімейні конфлікти. Однак, ці почуття часто не зменшують тягу до наркотиків, а навпаки — іноді підсилюють її, стаючи механізмом втечі від реальності [2, с. 223].

**3. Образи обстановки та предметів.** Поряд із емоційними образами, наркозалежні часто асоціюють процес вживання з конкретними місцями, обстановкою та предметами.

Часто наркозалежні чітко згадують *кімнату або місце, де вони вживали наркотики*. Ця обстановка стає тригером для подальших емоційних реакцій та спонукає до повторного вживання.

Значущості набувають *певні предмети* – це можуть бути трубочки, фольга, шприци або навіть меблі, як-от крісла, що були частиною «ритуалу» вживання. В результаті вони стають тригерами та викликають спогади про досвід ейфорії, спонукаючи до повторного вживання.

#### **4. Компанія та соціальні зв'язки**

Окремим і важливим образом є *соціальна група*, з якою людина вживає наркотики. Для багатьох наркозалежних спільне вживання наркотиків стає важливою частиною ідентичності, що викликає позитивні емоційні переживання. Ця група стає референтною точкою, що підкріплює надцінність наркотика та закріплює залежність. У компанії людей, які вживають наркотики, відбувається емоційний обмін, що підсилює колективні переживання, збільшуючи ейфорійний ефект.

**Образи утримання** від вживання з'являються на етапі, коли залежна особистість починає усвідомлювати негативні наслідки вживання і намагається уникнути повторних епізодів. Вони зазвичай супроводжуються негативними емоційними переживаннями та відображають складність боротьби із залежністю. Образи утримання є важливим елементом реабілітації та відображають процес формування нових психічних структур, що допомагають особистості залишатися тверезою.

**1. Біль** є одним з головних образів утримання. Це може бути як фізичний біль, пов'язаний з абстинентним синдромом, так і психологічний дискомфорт, який супроводжує процес утримання:

- Абстинентний синдром. Фізичні симптоми, що виникають при утриманні від вживання, стають ключовим аспектом у свідомості залежної людини. Ці образи включають різноманітні форми фізичного болю, тремтіння, потовиділення, нудоту тощо, що посилюють прагнення повернутися до вживання для зняття дискомфорту [4, с. 418].

- Хвороби та погане самопочуття. У наркозалежних часто виникають хвороби, такі як гепатит, ВІЛ, венеричні захворювання, що асоціюються з процесом вживання. Образи хвороб та поганого фізичного самопочуття стають постійними нагадуваннями про негативні наслідки вживання.

**2. Почуття сорому** нерідко супроводжує наркозалежних, які намагаються боротися з адикцією. Це відчуття виникає через усвідомлення соціальної

неприйнятності вживання наркотиків, сором за соціальні проступки і вину за зруйновані стосунки з близькими, а також за соціальну ізоляцію, спричинену їхньою поведінкою.

**3. Страх смерті та танатичні образи.** Багато наркозалежних, особливо ті, хто використовують ін'єкційні наркотики, часто стикаються з образами, пов'язаними зі смертю. Один із таких образів – це труна або похорон, які символізують загрозу смерті. Для багатьох залежних ця загроза стає реальністю через інфекції, передозування або супутні захворювання. Іншим поширеним страхом є так званий «золотий укол» – свідоме передозування, яке залежні часто сприймають як шлях до швидкої смерті в стані ейфорії. Цей образ відображає крайній ступінь деградації особистості та її небажання боротися за життя [6, с. 92].

**4. Образи позитивних змін.** Процес утримання може супроводжуватися формуванням позитивних образів, що сприяють відмові від вживання. Ці образи допомагають людині побудувати нову систему цінностей і надають емоційної підтримки.

Наприклад, образ себе успішного відображає прагнення людини до позитивних змін у своєму житті, досягнення успіху та відновлення своєї особистості. Він стає стимулом для продовження реабілітації та відмови від вживання наркотиків. У багатьох випадках важливим мотиватором стає образ сім'ї: родини, дітей, близьких людей, що допомагає наркозалежним долати адикцію та залишатися тверезими [2, с. 223].

**5.** У процесі реабілітації деякі залежні звертаються до **релігії** як джерела підтримки. Образ Бога або вищих сил багатьом залежним допомогти знайти силу для подолання адикції. Вони бачать в релігії можливість для очищення і порятунку, що додає їм сили у боротьбі зі спокусами.

Важливим є також соціальний аспект фіксованої уяви. Наприклад, фіксовані образи, пов'язані з наркоманічною спільнотою, замінюються образами реабілітаційної групи, що стає новим референтним оточенням для пацієнтів.

**Висновки.** Фіксована уява є центральним елементом у процесі формування та підтримки наркотичної залежності. Вона забезпечує циркулярні зв'язки між емоціями, мисленням та мотивацією, закріплюючи надцінність наркотичної речовини у свідомості залежної особистості. Розуміння механізмів фіксованої уяви дає змогу ефективніше діагностувати та лікувати залежність, створюючи умови для формування нових, здорових образів у свідомості пацієнтів.

Реабілітаційні програми повинні враховувати важливість заміщення негативних фіксованих уяв на позитивні, що сприяють особистісному зростанню та поверненню до соціально прийнятної діяльності.

### Література

1. Михайлів С.В. Динаміка показників емоційної сфери наркозалежних в період реабілітації. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2019. VII(84). Issue 207. С. 66–70.

2. Михайлів С.В. Особливості ціннісних орієнтацій наркозалежних у період реабілітації. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2018. Вип. 3. Т.2. С. 220–224.

3. Фільц О. О., Седих К. В., Михайлів С. В. Фіксована уява як механізм виникнення узалежнення. *Психологія і особистість*. 2018. № 2 (14). С. 9-22.

4. Association Between Adverse Childhood Experiences, Psychological Distress and Adult Alcohol Problems / T. W. Strine, S. R. Dube, V. J. Edwards [et al.] // *Am. J. Health Behav.* 2012. Vol. 36(3). P. 408–428

5. Brown, M.T.C., Bellone, C., Mameli, M., Labouebe, G., Bocklisch, C., et al. Drug-driven AMPA receptor ` redistribution mimicked by selective dopamine neuron stimulation. *PLOS ONE*, 2010. 5(12), P. 15-28.

6. Buchta, W.C., Riegel, A.C. Chronic cocaine disrupts mesocortical learning mechanisms. *Brain Research*, 2015. 1628 (Part A), P. 88–103.

*Олійник В. М.,*

практична психологиня, кризова консультантка  
дійсна членкиня НПА – модераторка дивізіону адиктологія,

дійсна членкиня УСТА,

viknikta@gmail.com

ORCID: 0009-0006-2690-1490

## **ПСИХОЛОГІЧНА КОНГРУЕНТНІСТЬ КЛІЄНТА ДО ТЕРАПІЇ АДИКЦІЇ З АКЦЕНТОМ НА ПРОПРАЦЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ**

**Вступ:** Досвід психологічної роботи з узалежненими особами, засвідчує існування яскравого неспівпадіння між емоційним та ментальним рівнями під час прийняття рішень. Наприклад, один з клієнтів центру реабілітації в жартівливій формі висловив суть цієї розбіжності: «я приймаю перший крок тільки до коми».

Перший крок 12 крокової програми: «Ми визнали своє безсилля перед узалежненням (зрозуміли свою слабкість), що наше життя стало некерованим (вчимося керувати)». Тобто, на рівні усвідомлення людина може розуміти, що є якась проблема та це розуміння може не поєднуватися з внутрішнім почуттєвим прийняттям, тому не рухається далі. Також, може бути і навпаки: людина може відчувати всередині, що щось не так в її житті на почуттєвому рівні, та це відчуття не сформоване на когнітивному рівні і тому залишається у вигляді тривоги. До прикладу наведу вислів однієї жінки, що зуміла вийти в стійку ремісію після тривалого вживання психоактивних речовин: «в мій «рожевий період» вживання мені було весело – красиве життя, приємні відчуття від вживання наркотиків та алкоголю, гроші, знайомства, відсутність проблем. Але у мене постійно була тривожна думка, що я живу якесь не своє життя, що щось

не правильно». Найкращим чином цей феномен прояснює термін конгруентність.

**Конгруентність** (лат. *congruens, -ntis* — співрозмірний, відповідний) — узгодженість і відповідність елементів, що утворюють деяке ціле. Це поняття характеризує узгодження між різними аспектами особистості, наприклад, між почуттями, словами та діями, що вказує на гармонію між цими різними елементами.

Термін конгруентності введений Карлом Роджерсом, він описав конгруентність як стан, де усі аспекти особистості гармонійно співпрацюють, прагнучі до однієї мети. Це відбувається, коли думки, почуття, слова та дії людини є унісоні. У таких моментах особистість може бути визначена як конгруентна.

**Мета.** У цій роботі ми розглянемо складові готовності клієнта, що утворюють конгруентність в конкретному випадку індивідуальної терапії. Проаналізуємо вплив закапсульованої травми розвитку, а саме насильства, на формування алкоголічного uzалежнення. Також продивимось, як висвітлення травматичної ситуації в безпечному просторі впливає на зміну кута бачення клієнта та вивільняє в ньому позитивну енергію.

**Випадок.** Звернулася жінка середнього віку із запитом на роботу з алкогольним uzалежненням. Ми законтракували (James&Yongeward,1971; Stainer,1974) обговорення способів роботи з тягою, ведення щоденника самоаналізу. Клієнткою було встановлено термін утримання від вживання алкоголю - початково 1 місяць.

**Чесність.** На першій зустрічі жінка повідомила про те, що вже мала досвід терапії. Раніше працювала з двома психологами послідовно, зі слів жінки, вона приходила в терапію із нагальними запитамі, приховуючи справжні свої проблеми, в першу чергу від себе.

З одним психологом жінка працювала із співзалежними стосунками, потім була ще терапія, що тривала 2 роки, групова терапія, навчання коучінгу. Цього ж разу, жінка вирішила бути чесною з собою та піти в глиб.

**Тривога.** Перші 3 сесії клієнтка багато говорила, я відмічала її розсудливість, досвідченість щодо знань про проблему узалежнення. Також, жінка дуже добре проводила самоаналіз і відповідально вела щоденник. На четвертій сесії я відчула, що мій захват від такої розсудливості змінюється на щось інше. Я відмітила тривогу, було таке відчуття, що я не встигаю зробити щось важливе, що я втрачаю контроль.

**Супервізія.** Я взяла супервізію із запитом дослідити свою тривогу та зрозуміти, як мені повернути власне відчуття контролю. Груповий процес колег допоміг мені отримати більш широке бачення нашої взаємодії з клієнткою. Мені відгукнулася метафора павутиння і павука, що намагається заплести павутиння найгустіше, щоб знерухомити свою здобич. Мені дійсно здавалося, що моя свідомість засинає і я втрачаю фокус, коли клієнтка беззупину говорить, уходячи все далі в свої розповідях. Наче це важливі для жінки речі, але моя тривога виступала маркером того, що ми уходимо від глибинно важливого.

Підходив термін закінчення первинного контракту, я побачила, що моя тривога пов'язана з можливим зривом клієнтки. Я справді не прояснила контракт на подальшу роботу, подумавши, що зроблю це на наступній сесії, хоча напередодні думала про це. Я зрозуміла, що відчувала себе заплутаною, бо в якийсь момент мені здалося, що місяць не вживання алкоголю у жінки настане тільки наступного тижня. Було таке відчуття, що я сама себе плутала. Наче я намагаюсь обманути себе і соромлюсь визнати це перед колегами. Почуття сорому та зацепеніння я виділила, як те, що може відчувати клієнтка, також, відмітила надаптацію у контрперенесенні (Winnikott, 1947). Моїм рішенням було прояснити напрямок сесії, утворюючи зони власного контролю. Разом з тим, я розділила відчуття власної втрати контролю і відчуття втрати контролю клієнтки в контрперенесенні.

**Зрив.** За день до наступної сесії клієнтка написала повідомлення, що хоче перенести зустріч, тому що не стрималася і випила. Вона розсудливо аргументувала тим, що буде не в повній свідомості насупного дня. Також, жінка написала, що позавчора ходила на концерт та утрималась від алкоголю, їй було достатньо радості від виступу улюбленої групи, а сьогодні «накрило». «Мабуть це ніколи мене не полишить» - написала жінка, та на моє питання, що ви маєте на увазі, відповіла – «Насилля, що відбулося». Я відповіла, що, ми поговоримо про це, коли клієнтка відчує таку потребу.

Насупної зустрічі я прояснила з клієнткою соціальний та психологічний рівні контролю.

Ми поговорили про те, що в першу чергу важливо встановити **соціальний контроль** (Loomis, 1982), побудувавши **обмеження в тверезості** (Старков, лекції), щоб забезпечити належний рівень психологічної рівноваги. Тільки після стабілізації можна буде торкатися теми травмуючої події. Клієнтка охоче погодилася і сказала, що сама думала про те, що може не добре почувати себе, якщо в даний час буде зачіпати болісні спогади.

Декілька сесій ми обговорювали теми, що стосуються роботи з узалежненням – обмеження, тригери, важливість приналежності до спільноти, що підтримує здорові принципи життя.

### ***Сексуальне насилля як основа формування алкогольного узалежнення.***

Терапевтична сесія з розкриттям травми, восьма зустріч.

Клієнтка розповідала про своє життя з батьками, точніше з матір'ю і вітчимом. Про те, що вони багато переїзджали, та яке нестабільне життя у них було. Я відчула, що при згадуванні вітчима жінка щось недоговорює, але наче намагається мені сказати невербально. Тоді я запитала чи пов'язане насилля з вітчимом. Клієнтка відповіла – так. Домагання у вигляді дотиків і самозадоволення чоловіка з залученням дитини почалися ще з раннього віку та продовжувалися до моменту від'їзду жінки з батьківського дому, такого роду тривалу травматизацію можна вважати травмою розвитку.



**Травма розвитку.** *Психологічна травма розвитку може бути пов'язана з різними видами насильства, такими як фізичне, емоційне або сексуальне. Подібна травматизація може мати серйозні наслідки для психічного здоров'я людини і впливати на її подальший розвиток і взаємодію зі світом.*

*Симптоми психологічної травми розвитку можуть включати тривожність, депресію, постійний стрес, низьку самооцінку, проблеми зі здоров'ям, а також проблеми з міжособистісними відносинами. Інші можливі симптоми - поведінкові проблеми, навчальні труднощі, агресивність або відчуття відчуженості. Багато з цього я помічала в своїй клієтці.*

Під час розповіді про ці жахливі події я відчувала співчуття, жаль до клієнтки та весь спектр гніву до вітчима та до матері жінки. Я розкривала свої почуття та наголошувала на тому, що це жахлива ситуація, ніхто не може так вчиняти, з дітьми особливо. Це ніяк не можна виправдати. Можна спробувати це якось зрозуміти але приймати, як належне не можна! Виявилось, що клієнтка намагалася поговорити з матір'ю на цю тему, але мати їй не повірила. Цей факт викликав у мене ще більший дисонанс, тому що з попередніх сесій мені стало відому, що клієнтка протягом всього самостійного життя, відколи відділилася і почала заробляти (з 17 років), допомагає матері фінансово. Ба більше того, наразі вона фінансово забезпечує і матір і того самого вітчима. Мати з вітчимом декілька разів розходилися, але останні роки живуть разом.

*Саме відсутність визнання створює травму, а не болісний досвід як такий. Афект стає нестерпним і непереборним, коли відсутнє визнання, якого дитина потребує для того, щоб символізувати та інтегрувати почуття. Столоров (Stolorow, 2011) чітко вказав на це:*

*Неможливо переоцінити, що тяжкі дитячі переживання самі по собі не обов'язково повинні бути травмівними (або, принаймні, не довготривалими) або патогенними, за умови, що вони відбуваються у чуйному середовищі. Біль – це не патологія. Це відсутність адекватної налаштованості на хворобливі емоційні реакції дитини робить їх нестерпними, а отже – джерелом травмівних станів і психопатології (Джо Стартрідж, 2024).*

Це було *перше знецінення проблеми*, з яким зіштовхнулася моя клієнтка (матриця знецінення, Mellor, Schiff, 1975).

Окрім сексуального насильства, вітчим використовував дівчинку у своїх брехливих схемах. Цей чоловік не втрачав можливості вступити у зв'язок з іншими жінками. Коли матір жінки не відпускала свого чоловіка, не даремно підозрюючи, він залучав дитину, як щит, беручи її на прогулянку, або у справах. Клієнтка пам'ятає, як вітчим заводив її до знайомих та пізніше забирав. Ця, так звана, *тасмниця* ще більше заводила дитину у глухий кут ціннісного викривлення, утворюючи певний сценарій подальших патернів поведінки і мислення.

Дівчина намагалася уникати залишатися з вітчимом наодинці та шукала способи, щоб запобігти приставанням, тобто, вона не бажала змірятися с ситуацією. Але не завжди присутність людей мала значення для насильника. Жінка пригадувала випадок, як одного разу вітчим приставав до неї, коли вона спала з братом в одному ліжку, братом був спільний син чоловіка та матері клієнтки. Тож, для того, щоб зупинити домагання, жінка вкусила брата, який прокинувся і закричав від болю. Але це ніяк не вирішило проблему, тому що попередні спроби проявити ситуацію ствердили дівчину в тому, що не існує *можливості вирішення проблеми*.

#### *Друге знецінення проблеми.*

У підлітковому віці жінка почала зустрічатися з хлопцем – це були тривалі стосунки на декілька років. Вони були настільки важливі для жінки, що змусили її повернутися жити до вітчима. В період зустрічання підлітків, мати жінки чергового разу розійшлася з вітчимом та виїхала на батьківщину. Важливо, що приїхавши, мати привела дочку до родичів біологічного батька зі словами – у мене немає грошей на її утримання, та поїхала із сином у батьківську хату. Цей час клієнтка пригадує як добрий, саме з цими родичами жінка досі має здоровий контакт та безпечну прив'язаність. Але, коли мати запропонувала їхати назад до вітчима, то почуття до хлопця перемогли. Після повернення до вітчима, нічого не змінилося - домагання продовжились з новою силою. Дівчина наважилась

розповісти про один з випадків, що стався ось, хлопцю. Той вирішив поговорити з вітчимою. Після розмови, хлопець прийшов до клієнтки та повідомив, що, певно, вона не вірно зрозуміла вітчима, тобто він повірив йому. Більше жінка не підіймала цю тему, знову знецінивши її важливість. ***Знецінення наявності проблеми, газлайтинг.*** Газлайтинг або газлайтинг (англ. *gaslighting*) — форма психологічної маніпуляції, метою якої є змусити жертву сумніватися в адекватності свого сприйняття ...

Після розкриття травмуючих подій клієнтка відчула полегшення. Про це вона розповіла сама через зустріч. Саме перед 10 сесією клієнтка повернулася з іншого міста, де здавала екзамен, готуючись до якого хвилювалася декілька місяців. І, хоча вона старанно вчилася, невіра в свої можливості пригнічувала її. Жінка повідомила, що саме після розмови про травматичні події вона відчула впевненість і спокій, що це допомогло знизити загальну тривогу.

### ***Третє знецінення.***

Після відкриття травми, на одній сесії, клієнтка проговорила, що раніше, з іншим терапевтом, вже починала цю розмову, але, психолог конфронтувала її, наголосивши, що з нею теж траплялися неприємні речі, та нічого страшного в цьому нема. Схоже, що терапевтка хотіла таким чином запросити клієнтку не зосереджуватися на своїй травмі, хочу вірити, що намір був хороший, та в даному випадку спрацювала ретравматизація, що призвело до замкнення клієнтки (втрата довірливого контакту) та обговорення поверхневих ситуацій в подальшій роботі. ***Знецінення значимості проблеми.***

### ***Приналежність до спільноти із здоровими прагненнями і цінностями.***

#### ***Супротив.***

З першої сесії з клієнткою я рекомендувала жінці відвідати групу анонімних алкоголиків. Ми постійно поверталися до цієї теми, та у клієнтки траплялися якісь перешкоди. Вона знайшла місце проведення груп АА та контакти. Спочатку жінка відкладала похід на групу, у зв'язку з підготовкою до іспиту, потім, то не розраховувала час, то приїхала не в те місце...

Трапилася ситуація, яка стала поштовхом для того, щоб жінка почала знайомство з АА.

Син Клієнтки повідомив, що хоче роз'їхатися з нею. Певний час, а саме з початку війни і пов'язаного з цим переїзду до іншої країни, він забезпечував житлом матір. Для жінки це було несподіваною новиною, хоча вона передбачала такий розвиток подій. Стрес підсилило положення клієнтки на момент розмови про окреме житло – відсутність стабільного заробітку. Це відбулося перед днем народження сина. Вона хотіла піти на групу, та за адресою, що була ближче до неї, але там було пусто. *Співало 3 фактори – стрес, свято та непередбачувані обставини, що виявилось ґрунтом до зриву.* Жінка купила пляшку вина, випила 2 склянки але решту вилила в раковину. При першому зриві клієнтка випила всю пляшку. Зараз же, вона відмітила, що не відчула полегшення від вина і вирішила, що продовжувати пити нема сенсу. Наступного дня, жінка поїхала на групу у інший кінець міста, хоча раніше вона не хотіла і думати про таку можливість: «година в автобусі – це занадто». Думки клієнтки на першій групі: *«По перше, приміщення знаходилось в одній будівлі з похоронним бюро і жінка, що зустріла мене символічно пожартувала про те, що тут є два входи, або туди, або туди. Потім, я чекала, що хтось подивиться на мене якимось засуджуючи, або скаже щось неприємно, тоді у мене з'явиться привід піти і не повертатись до цієї ідеї. Але на диво ніхто нічого не вимагав, тільки запитали, чи є хтось, хто перший раз присутній, і, коли я підняла руку, мені дали монетку. Після зібрання одна жінка спеціально залишилась зі мною і ще півтори години пояснювала мені, що подивитись, послухати і таке інше. Ми обмінялися телефонами».*

На 11 сесії клієнтка розповіла, що 3 місяці тому зробила складну операцію з причини виявлення раку. Виходить вона прийшла в терапію за 2 тижні після важкої події та навіть не озвучила про свої хвилювання і біль пов'язаний з цим. І це було тому, що жінка звикла адаптуватися до своїх станів, знецінюючи свої почуття. Наслідки травми.

### **Висновки:**

1. Ще на першій сесії клієнтка, на питання – в чому я можу бути корисна, відповіла, що підбираючи спеціаліста продивилася мої компетенції. На психологічній платформі, звідки жінка до мене прийшла, зазначено, що я працюю з адикцією, травмою (сексуальне насильство) – це на першому місці. Однак, оскільки клієнтка одразу підкреслила алкогольне uzалежнення, як напрямок роботи, я не питала більше. Та все ж таки, коли річ зайшла про насилля, я згадала пряму відповідь жінки – «я прочитала про те, з чим ви працюєте, мені підходить все, що там зазначено».

Зараз я пригадую виступ Марка Відовсона (транзактний аналітик з Великобританії) на конференції в Варшаві 2024 року, де він надав перелік запитань, які важливо задавати клієнтам під час перших сесій, з метою діагностики, щодо наявності травми.

1. *Ви колись переживали щось, що можете вважати травматичним?*
2. *Чи ставалося з вами так, що ви бачили децю жахливе і це повторюється у снах?*
3. *Чи є щось, чого ви уникаєте?*
4. *Чи було у вас щось пов'язане з аб'юзом?*
5. *Чи відбувалася по відношенню до вас якась сексуальна активність без вашої на то згоди (увісні, під дією психоактивних речовин, тощо)?*

*Дайте коротку відповідь - так чи ні. Потім ми повернемося до цих питань.*

Я думаю, що ці питання є дуже важливими, тому що до нас можуть приходити клієнти глибоко травмовані, які ідуть в терапію саме з метою полегшити цей тягар пережитих травмуючих подій. Однак почуття сорому та викривлене почуття провини є дуже яскраво забарвлені та можуть блокувати головну потребу людини, що звертається. Інколи, терапевт, навіть з кращих спонукань може конфронтувати клієнту на початку розкриття щодо його проблеми так, що клієнт в черговий раз ствердиться у незначущості своєї проблеми. Том слід бути дуже обережними.

Подібним чином відбувалося і у моєї клієнтки.

2. Між усвідомленням проблеми і рішенням щодо вирішення проблеми може бути різний проміжок часу. У випадку, що я описала, зіграла сукупність факторів:

-попередній досвід терапії;

-переїзд в іншу країну, адаптація у вигляді нових викликів і спільне проживання с дорослим сином;

-проблеми із здоров'ям;

-полегшення від розкриття травматичного досвіду у безпечній атмосфері прийняття.

Ми не знаємо, чи отримає наш клієнт контроль над узалежненням саме у роботі з нами, та ми можемо допомогти клієнтові наблизитись до вирішення свого запиту. Важливо враховувати таке поняття як конгруентність самого клієнта.

### **Література:**

1. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory, Carl Rogers, 1951
2. Alcoholics Anonymous, 1939
3. Робочі матеріали: перший рік в ТА, Роксана Ящук, Київ, 2024
4. Born to Win: Transactional Analysis With Gestalt Experiments, James & Yongeward, 1971
5. Skripts People Live Transactional Analysis of Live Skripts, Steiner, 1974
6. Hate in the Counter-Transference, Winnikott, 1947
7. Contrekting for Change, Loomis, 1982
8. Психологічна травма та шлях до видужання, Джудит Герман//Переклад: Оксана Наконечна, Оксана Лизак, Олександр Шлапак.- Львів: Видавництво Старого Лева, 2015
9. Перетинаючи лінії розлому: травма та розігрування, Джо Стартрідж, журнал Dialogues of USTA, 2024
10. Diskounting, Transaktional Anaiysis Journal, Mellor & Schiff, 1975

*Пономарьов А.О.*

магістр психології, практичний психолог  
психолог ГО «Еней» та БФ «Ветеран Хаб ++»

[ponomerevandrey1987@gmail.com](mailto:ponomerevandrey1987@gmail.com)

## **ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З АДИКТАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Вступ.** поведінки і, відповідно, забезпечення адиктів, які звертаються за якісними реабілітаційними послугами або психологічним супроводом за межами реабілітаційних центрів, набула широкого значення. Останнім часом небезпека, яку являє собою розповсюдження адиктивних розладів, сягає таких рівнів, на яких вона вже не може ігноруватись органами державної влади. Приклад введення певних обмежень в сфері роботи онлайн-казино з метою профілактики поширення лудоманії серед різних верств населення може бути цьому підтвердженням [6]. Разом з тим, дані з відкритих ресурсів, в яких міститься інформація, що стосується психічного здоров'я, свідчать про скоріше негативну динаміку в напрямку профілактики розповсюдження адиктивних розладів, оскільки кризовий стан економіки і високий рівень залежності величини державних видатків від зарубіжних донорів ускладнюють реалізацію державних програм з протидії поширенню наркоманії. При цьому вже не перший рік спостерігається стабільне зростання поширеності вживання ПАР на 10000 осіб. Аналіз даних, викладених в Національних звітах щодо наркотичної ситуації в Україні за 2022 - 2023 роки показав, що кількість осіб, яким вперше було діагностовано розлади психіки і мислення внаслідок вживання ПАР, зросла на 25,1% лише за 1 рік повномасштабної війни [1]. Звичайно, не всі адикти вирішують розпочати одужання в реабілітаційному центрі, проте ті, хто стають клієнтами таких установ на шляху до одужання (безвідносно до розуміння цього терміна) стикаються з перешкодами і складнощами, які певною мірою відрізняються від тих труднощів, що супроводжували реабілітаційні процеси ще кілька років тому [3]. Інакше кажучи, воєнні дії, які супроводжуються

підвищеним рівнем загрози для здоров'я, зниженням загального рівня життя та іншими проявами соціальної нестабільності, зумовлюють формування додаткових перешкод для забезпечення достатньої ефективності процесу психологічного супроводу клієнтів з проявами адиктивних порушень.

Метою даної роботи є висвітлення і аналіз факторів, які, на думку автора, є новими елементами системи реабілітації або системи "клієнт - психолог" (в залежності від формату процесу одужання), вплив яких має сенс враховувати при формуванні контакту з клієнтом, а також шляхів зниження їх впливу на якість реабілітаційного процесу. Такі перешкоди загалом можна розділити на тривалі і ситуативні.

До тривалих перешкод на етапі проходження реабілітації можна віднести:

- Підвищення рівня тривоги клієнтів і, відповідно, зниження терапевтичного ефекту внаслідок зниження здатності засвоювати нові знання і навички в процесі реабілітації (наприклад, внаслідок зниження уваги і рівня концентрації реабілітанта під час проведення інформаційних занять або інших едукативних заходів, що входять до програми реабілітації відповідного центра);

- Трансформація усвідомлення бойових дій і супутніх подій в механізм опору реабілітаційним процесам (наприклад, коли адикт, не отримавши навичок роботи з крейвінгом, вирішує перервати процес реабілітації, аргументуючи це необхідністю підтримати близьких і допомогти їм вести господарство в умовах війни);

- Дестабілізація психоемоційного стану психолога або консультанта і, як наслідок, зниження здатності проводити ефективний моніторинг стану клієнта, підбирати влучні і вчасні психологічні інтервенції та підтримувати клієнт - терапевтичні відносини на належному рівні.

В перелік ситуативних перешкод можна включити:

- 1) Звук систем оповіщення повітряної тривоги як чинник ситуативного зростання рівня реактивної тривожності клієнта або спеціаліста із психологічного супроводу;



2) Планові і позапланові відключення систем тепло-, електро-, та водопостачання як фактор формування додаткового або посилення вже існуючого стану дискомфорту і фрустрації і, відповідно, підвищення ризику використання клієнтом непродуктивних поведінкових патернів, копінг - стратегій;

3) Влучання ракет, дронів або падіння їх уламків в зоні спостереження адикта (під зоною спостереження маємо на увазі зону безпосереднього візуального контакту, в якій вищезазначені випадки можуть призвести до виникнення психічної травми або гострої реакції на стрес);

4) Переривання заходів, передбачених програмою реабілітації, для переміщення в укриття при небезпеці обстрілів.

Часто на перших етапах утримання від неконтрольованого контакту з об'єктом залежності в умовах реабілітації турбота з приводу матеріального забезпечення реабілітанта (їжа, одяг, побутові потреби, дах над головою і т.д.) в певній мірі забезпечується його родичами. З огляду на це, до ситуативних перешкод також можна віднести різні сімейні фактори, такі як:

1) Важка хвороба або смерть близької людини внаслідок ведення бойових дій;

2) Різке зниження фінансової забезпеченості сім'ї, яке призводить до накладання певних обмежень різного ступеню на різноманітність дозвілля і забезпеченість клієнта предметами першочергової необхідності (цигарки, солодощі та ін.).

Звичайно, вищезазначений перелік факторів не є вичерпним і не описує весь континуум перешкод, які можуть впливати на процес одужання в умовах воєнних дій. Проте, на думку автора, він є достатньо змістовним для опису специфічних для воєнного стану перешкод, які можуть відобразитись на ефективності процесу підтримки ремісії.

З іншого боку, з огляду на мету даної роботи, ми можемо розділити ті самі фактори і їх прояви на дві категорії:

1) Психологічний (пов'язаний з впливом на рівень тривожності);

2) Соціальний (пов'язаний із зовнішніми чинниками).

Поява нових факторів перешкод може призвести до появи додаткової нестабільності в процесах взаємодії з клієнтом і негативно відобразитись на його ефективності. При цьому варто зазначити, що рівень усвідомленості клієнта на ранніх етапах ремісії може бути недостатнім для здійснення якісного аналізу зовнішніх факторів впливу і, відповідно, ідентифікації актуальних перешкод [5]. Звичайно, автор не намагається покласти всю відповідальність за одужання клієнта на консультантів, психологів або інших спеціалістів з психологічного супроводу адиктів. Разом з тим, навіть структура системи взаємодії "рівний - рівному", в якій позиція консультанта є однією з найбільш близьких до клієнта, має свою ієрархію. Більший термін ремісії, більш висока здатність до рефлексії та інтроспекції, обізнаність в тій чи іншій парадигмі підтримки ремісії (концепція утримання від вживання, концепція одужання та інші) є одними з факторів, які обумовлюють позицію учасника терапевтичного процесу. Інакше кажучи, різниця в рівнях функціонування особистості має наслідком певну різницю в відповідальності, яка може виникати в ситуаціях, в яких здатність адикта аналізувати події і їх значення в контексті актуальної ситуації і з огляду на загальну мету реабілітаційного процесу знижується настільки, що саме продовження процесу одужання опиняється під загрозою.

Вплив вищезазначених факторів, який може проявлятися в роботі з адиктами, можна відобразити в таблиці 1. В ній деталізовано психологічний (як пов'язаний із зростанням тривожності) і соціальний (як пов'язаний з сім'єю і побутом) структурні компоненти.

Таблиця 1

**Фактори перешкод в роботі з адиктами, обумовлені воєнними діями**

Фактор перешкоди	Вплив на роботу клієнта	Вплив на роботу консультанта/психолога
Зростання рівня ФТ	+	+
Зростання рівня РТ	+	-
Сімейна проблематика	+	-
Побутовий дискомфорт	+	+

де ФТ - витіснена у фон тривога, РТ - реактивна тривога.

Вплив цих чинників може варіюватись від гальмування до повного зупинення процесу оволодіння новими навичками поведінки та змінам в особистості адикта. Немає сумнівів в тому, що повністю виключити вплив цих чинників на процес реабілітації не вбачається можливим жодними з наявних на даний час методів або інструментів [4]. Вони є частиною реальності, в якій відбуваються оздоровчі процеси в Україні, їх варто враховувати. Разом з тим має сенс подбати про часткове усунення їх впливу або принаймні визначити шляхи мінімізації інтенсивності деструктивного реагування на них як клієнта, так і спеціаліста з психологічної допомоги.

Робота зі зниження впливу вищезазначених чинників може проводитись різними шляхами. На думку автора, ці шляхи можуть бути описані кількома критеріями, про які далі йде мова.

В залежності періодичності роботи:

- 1) Систематична;
- 2) Ситуативна.

Під систематичною роботою маються на увазі складові елементи реабілітаційного або клієнт - терапевтичного процесу, які мають за мету роботу над зниженням рівня фонові або реактивної тривожності адикта. До них можна віднести як психокорекційні заняття на кшталт арт-терапії, так і інформаційні (лекції, едукативна складова сесії при індивідуальній роботі тощо).

Ситуативна робота може проводитись безпосередньо або якнайшвидше після виникнення ситуації, що призвела до зростання рівня реактивної тривожності клієнта (наприклад, через повітряну тривогу, звуки вибухів, тощо). Така робота може включати в себе позапланові групові заняття або індивідуальні втручання стабілізуючого характеру.

Залежно від актуальності впливу чинника на процес одужання:

- 1) Профілактична;
- 2) Актуальна.

До профілактичної роботи можна віднести заходи індивідуального і групового формату, які мають за мету опанування клієнтом продуктивних

моделей реагування на вплив факторів, пов'язаних з воєнними діями. Це можуть бути тренінги, спрямовані на подолання тривожних і стресових станів, лекційні заняття відповідної тематики тощо. Також до профілактичної роботи здебільшого можна віднести власну терапію консультанта/психолога.

Актуальною визначимо роботу, яка проводиться в умовах вже сформованої перешкоди, коли проведеної профілактичної роботи з тих чи інших причин виявилось недостатньо для запобігання дестабілізації емоційного стану клієнта. До такої роботи можна віднести як сесії індивідуального консультування (терапії), так і групову роботу (арт-терапевтичні заняття у випадку роботи з групою або групи взаємодопомоги у випадку роботи з індивідом в групі).

Залежно від формату роботи:

- 1) Робота з клієнтом (групою);
- 2) Власна робота спеціаліста.

До першої категорії віднесемо всі види індивідуальних і групових занять, що проводяться з клієнтом, спрямовані на підвищення емоційної стійкості, профілактику непродуктивних реакцій, викликаних зростанням рівня тривожності, роботу із зниженням рівня реактивної тривожності в актуальному часі тощо.

Під власною роботою спеціаліста розуміється уся активність, яка допомагає йому стабілізувати власний емоційний стан в умовах війни і забезпечує ресурс для безпосередньої участі в реабілітаційному або клієнт-терапевтичному процесі з проактивної позиції:

- Наявність власної терапії;
- Відвідування інтервізійних груп;
- Робота із супервізором;
- Регулярне підвищення професійної кваліфікації (навчальні курси, тренінги, самоосвіта тощо);
- Використання різноманітних ресурсних вправ і саморегулятивних технік (медитація, йога, арт – терапія тощо);

- Активності з підтримки власної ремісії специфічного характеру (відвідування груп АА/АН, участь в роботі різноманітних церковних груп, читання програмної літератури).

Варто зауважити, що хоча наведені вище критерії є відносно умовними, ступінь вираженості їх взаємозв'язку в загальному контексті роботи з клієнтом може бути маркером рівня ефективності реабілітаційного (клієнт - терапевтичного) процесу і, як наслідок, слугувати показником вірогідності успішного вирішення адиктивної проблематики. Наприклад, провадження систематичної профілактичної роботи може бути більш доцільним, ніж актуальної, якщо мова йде про роботу з клієнтом в реабілітаційному центрі.

Раннє втручання з профілактики тривожності і стресу потребує менше зусиль і емоційних ресурсів, чим робота з актуальним тривожним станом, прояви якого більш індивідуалізовані.

Якщо мова йде про індивідуальну роботу з адиктом, в якій процес взаємодії в більшому ступені обумовлений актуальним запитом клієнта, то систематична профілактична робота, не пов'язана з темою клієнта, навпаки може призвести до надмірної фрустрації, яка може негативно відобразитись на роботі з клієнтом (в найгіршому випадку, за умови відсутності достатньої опори в стосунках з психологом/терапевтом, можливий вихід з терапії). При цьому автор вважає за необхідне прояснити, що реалії сьогодення є такими, що практично унеможливають повне нівелювання впливу воєнних дій на процеси взаємодії з клієнтом як в умовах реабілітаційного центра, так і в умовах індивідуальної роботи.

В іншому контексті, якщо розглянути власну роботу психолога або консультанта над усуненням впливу зовнішніх факторів, продукованих воєнними діями, на психоемоційний стан, повна відсутність такої роботи (так само як і наявність систематичної актуальної роботи) може призвести до різних негативних наслідків як для нього особисто, так і для його клієнтів або клієнтів реабілітаційного центра.

Серед основних небезпек особисто для психолога або консультанта зазначимо наступні:

1) Емоційне виснаження;

2) Зниження здатності до рефлексії;

3) Зниження якості моніторингу процесу проходження реабілітації або розвитку клієнт - терапевтичних відносин в актуальному режимі;

4) Рецидив (у випадку наявності такого ризику як можливого);

До можливих негативних наслідків для клієнтів віднесемо:

1) Зростання рівня фрустрації;

2) Зниження інтенсивності або переривання реабілітаційного процесу, індивідуальної роботи з психологом;

3) Рецидив.

Підсумовуючи викладений матеріал, варто зазначити, що автор жодним чином не закликає до ґрунтовних змін в існуючих програмах реабілітації або принципах взаємодії з клієнтами в індивідуальній терапії. Насиченість реабілітаційного процесу заходами, його етапність, а також опис шляхів взаємодії з адиктами в “клієнт - терапевтичних” відносинах описані в багатьох працях різними науковцями, і ефективність таких підходів не ставиться під сумнів. Разом з тим, воєнні дії на території України і супутні їм процеси (зростання насильницької смертності, систематичні обстріли цивільної інфраструктури і їх наслідки, падіння рівня життя, культурні зміни тощо) формують новий контекст існування. Це знаходить своє відображення в динаміці психоемоційного стану кожного індивіда, який опиняється в зоні впливу цих процесів, в тому числі і адиктів на шляху продуктивних особистісних змін. Автор не претендує на унікальність і безальтернативність пропонованих поглядів на значення воєнних дій в контексті роботи з адиктами і шляхів реагування на нові виклики. В даній роботі висвітлено окремі аспекти, вплив яких доцільно враховувати при формуванні індивідуальних психокорекційних програм, а також при роботі з адиктами в умовах реабілітації. Усвідомлення значення і своєчасне реагування на виклики війни можуть допомогти зберегти ефективність

реабілітаційних і клієнт - терапевтичних процесів, забезпечити всебічний розвиток кожного їх учасника і, як результат, сприяти зниженню рівня поширеності адиктивної проблематики.

### Література

1. Національний звіт щодо наркотичної ситуації в Україні за 2023 рік / ДУ "Інститут судової психіатрії" МОЗ. - URL: <https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2023/10/zvit-shhodo-narkotychnoyi-ta-alkogolnoyi-sytuacziyi-v-ukrayini-2023.pdf>.
2. Осипян А. Моніторинг реабілітаційних центрів і опитування людей, що проходять реабілітацію від наркозалежності / Державна установа «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України».- К., 2019. - 21 с
3. Пономарьов А.О. Кризові фактори в системах підтримки клієнтів з проявами психологічної залежності в умовах постреабілітації / Матеріали XXVII Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених, аспірантів і студентів, №42: у 3 томах: "Дослідження молодих учених у контексті розвитку сучасної науки: від ідеї - до реалізації", 19 - 20 травня 2022 року / ПЗВО "Київський міжнародний університет". К.: КиМУ 2022. Т1. 346с. - с. 157 - 162.
4. Свідовська В.А. Провідні моделі реабілітації наркозалежних осіб: зарубіжний досвід. Габітус. Психологія особистості. 2020. Випуск 20. С. 155 - 160. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2020/20-2020/30.pdf>.
5. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації / Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2021.
6. Указ Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 квітня 2024 року "Щодо протидії негативним наслідкам функціонування азартних ігор в мережі Інтернет". URL: <http://surl.li/xlfbtr>

*Проценко Б.О.,*

психолог Київського міського кризового центру

«Соціотерапія», здобувач ступеня PhD

Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України,

bod80@ukr.net

ORCID 0009-0004-4887-2673

## **ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ПТСР У КОМБАТАНТІВ КОМОРБІДНОГО З ХІМІЧНОЮ АДИКЦІЄЮ**

Проблема зловживання психоактивними речовинами (ПАР) серед комбатантів є одним із наслідків довготривалих військових дій на території України. Наразі немає кількісних статистичних досліджень з означеної проблеми, однак на вагоме збільшення кількості військовослужбовців, що зловживають психоактивними речовинами в приватних бесідах звертають увагу як спеціалісти, що працюють з військовими, так і самі військові.

Окремо можна виділити зловживання психоактивними речовинами серед комбатантів, що здобули під час військових дій посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Комбатантів, що зловживають психоактивними речовинами можна умовно розділити на дві групи – на тих, хто мали проблеми зі зловживанням або мали сформоване uzалежнення до участі в бойових діях, і на тих, хто почав зловживати під час або після участі в бойових діях.

Виходячи з власного досвіду роботи з комбатантами, що зловживають ПАР, можна зробити наступні узагальнення. З тих, хто почали зловживати під час або після бойових дій основними речовинами вибору були (у міру поширеності): алкоголь, канабіноїди, амфетаміни, синтетичні катіони, опіоїди (найчастіше налбуфін).

Найчастішими мотивами зловживання ПАР є:



- знаття тривоги та стресу (алкоголь, канабіноїди);
- подолання депресивних переживань (алкоголь, опіоїди, амфетаміни);
- уникнення спогадів (алкоголь, синтетичні катіони, опіоїди);
- налагодження сну (алкоголь, опіоїди);
- подолання агресії (канабіноїди, алкоголь);
- зняття больових симптомів (опіоїди, алкоголь, канабіноїди);
- подолання симптомів ангедонії, апатії, психічного виснаження (синтетичні катіони, амфетаміни);
- подолання нудьги (всі речовини).

Щодо особливостей коморбідності ПТСР та зловживання можемо виділити такі особливості.

ПТСР на фоні преморбідного uzалежнення. Здається, що особи з хімічним uzалежненням менш схильні до розвитку ПТСР. Однак, якщо це відбувається, то в такому разі травма вражає нормативну частину особистості, а адиктивна частина залишається інтактною. Ядром мотивації вживання ПАР залишається гедоністичний мотив, а психічна травма стає додатковим виправдуванням зловживання. Загалом, ці клієнти достатньо цинічно ставляться до своїх симптомів ПТСР та спогадів про травму. Симптоми ПТСР є більш «дифузними», маємо набагато менше інтузійної симптоматики. Однак у таких клієнтів через деякий термін ремісії від вживання (від 1 місяця) ПТСР може значно загострюватися, що спричиняє повернення до зловживання.

Психотерапія таких клієнтів повинна бути спрямована первинно на терапію саме адиктивного розладу, та включати компоненти мотиваційної роботи, профілактики рецидиву (зокрема профілактику тяги до вживання ПАР), розвитку «тверезих» копінгів, спільноту підтримки тверезості. Активне додавання травмофокусованої психотерапії необхідно через деякий термін тверезості, часто приблизно десь через один місяць ремісії.

Зловживання ПАР на фоні ПТСР. У цьому випадку зловживання ПАР є іманентним симптомом самого ПТСР та зменшення або припинення

зловживання безпосередньо пов'язане з редукцією самого ПТСР. Тобто для таких клієнтів провідною повинна бути саме травмофокусована психотерапія. Крім того, в якості безпосередньої роботи зі зловживанням, працюють техніки виділення мотивів вживання ПАР та розвинення альтернативних копінгових стратегій задоволення цих мотивів. «Класична» профілактика рецидивів, яка застосовується в терапії адикцій, для цих клієнтів майже недоречна.

Поділимося досвідом роботи з комбатантами що зловживають ПАР в стаціонарній медико-психологічній реабілітації розладів, пов'язаних зі стресом та психічною травмою Київського міського кризового центру «Соціотерапія» (4 те відділення КМНКЛ «Соціотерапія»)<sup>1</sup>.

З 08.06.2022 (дата відкриття центру) по 01.02.2024 у відділення поступило 116 військових, з них пройшло повний курс реабілітації 85 (73%) осіб, достроково припинили лікування 31 (27%) особа, з яких 12 виписано за порушення режиму тверезості, 7 – за інші порушення правил, 12 – самі припинили проходження реабілітації. З військових були наявні проблеми із зловживання ПАР у 58 (50%) осіб, мали контузію 70 (60%) осіб, з тих хто мав контузію мали одночасні проблеми із зловживанням ПАР – 34 (49%) особи. З 58 осіб що мали проблеми зі зловживанням ПАР достроково припинили реабілітацію 26 осіб (45% з групи зловживання ПАР, 84% з тих військових, хто взагалі достроково припинив реабілітацію). Тобто наявність зловживання ПАР значно ускладнює процес терапії ПТСР та часто призводить до передчасного переривання лікування.

На першому етапі відбувається медична діагностика пацієнта зі зловживанням ПАР. Якщо пацієнт потребує медичного втручання (наприклад, для зняття абстинентного синдрому), він перенаправляється у відповідне детоксикаційне відділення. Крім того, пацієнти з первинною хімічною адикцією проявляють пролонговану (1 місяць і більше) постабстинентну симптоматику, яка характеризується зниженням когнітивного функціонування та сплосченням емоційної сфери, включаючи алекситимію та емоційну тупість. На жаль, в

---

<sup>1</sup> <https://crisiscenter.kyiv.ua/>

такому стані ці пацієнти недоступні травмофокусованій психотерапії, яка може ефективно працювати тільки після редукції постабстинентного стану (ПАС). Тому, таких пацієнтів ми намагаємось по можливості перед проходженням терапії ПТСР перенаправляти на місячний (мінімум) реабілітаційний курс адикцій. Якщо такі пацієнти проходять терапію ПТСР в постабстинентному стані, вони не отримують від неї користі, більш того, після редукції ПАС у них загострюється симптоматика ПТСР, разом з якою відбувається повернення до зловживання. Комбатанти, у яких зловживання ПАР є симптоматичним, не потребують такої первинної роботи з постабстинентним станом. Крім того, комбатанти з симптоматичним зловживання не потребують особливих змін програми терапії ПТСР, та їх тяга до вживання зменшується з редукцією симптомів ПТСР.

У комбатантів з первинною хімічною адикцією тяга до вживання ПАР речовин мало залежить від посттравматичної симптоматики. Тому з такими пацієнтами в КМКЦ «Соціотерапія» проводиться додаткова індивідуальна робота з психотерапії адикцій. Головними компонентами такої роботи є:

- мотиваційна робота;
- робота з профілактики тяги до вживання;
- розвиток копінгів для ситуацій високого ризику;
- сімейне консультування;
- рекомендації щодо подальшої роботи з адикцією.

Крім того в центрі проводяться тематичні групи з надання інформації про механізми uzалежнення та його наслідки.

Важливою складовою терапії ПТСР коморбідного з хімічною адикцією є створення постреабілітаційної підтримки. В КМКЦ «Соціотерапія» це вирішується з допомогою щотижневої підтримуючої терапевтичної групи, яку можуть відвідувати випускники центру.

*Свіргун М.В.,*

клінічний психолог, сертифікований психотерапевт  
з позитивної та транскультурної психотерапії,  
член Всесвітньої асоціації позитивної та  
транскультурної психотерапії (WAPP),  
Дійсний член інституту розвитку символдрами  
та глибинної психотерапії, член дивізіону Адиктологія НПА,  
[maranasvirgun@gmail.com](mailto:maranasvirgun@gmail.com)

## **РОЗЛАД ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ Й УЗАЛЕЖНЕННЯ**

**Вступ.** Тема дослідження передбачає розгляд кількох ключових аспектів, які зможуть допомогти зрозуміти взаємозв'язок між цими станами та їхній вплив на життя людини.

Розлад Дефіциту Уваги і Гіперактивності (РДУГ) — це неврологічний розлад, який характеризується трьома основними симптомами: дефіцитом уваги, гіперактивністю та імпульсивністю. Цей стан може впливати на різні сфери життя, включаючи навчання, роботу та особисті стосунки.

Основні симптоми:

1. Дефіцит уваги: Труднощі з концентрацією, легке відволікання, забування справ.
2. Гіперактивність: Нездатність сидіти на місці, постійна потреба рухатися.
3. Імпульсивність: Раптові та необдумані дії, труднощі з контролем імпульсів.

*Узалеження.* Узалеження, або залежність, може виникати від різних видів речовин або поведінки, які викликають сильне психологічне та фізичне звикання. Це може включати наркотики, алкоголь, азартні ігри, їжу чи інші види поведінки.

Інформації про сам розлад не так багато і клієнти з таким діагнозом (паралельно мають різні узалежнення: алкогольну, наркотичну, ігроманію, залежність від гаджетів тощо), з якими я маю справу у віці від 13 до 30 років (проживають в інших країнах і там отримали діагноз), тобто в Україні немає “дорослих” з РДУГ. Деякі люди вважають, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності зустрічається тільки в дитячому віці, і що дитина з часом його “переросте”. Однак зараз достеменно відомо, що діагноз РДУГ, поставлений у дитинстві, залишається актуальним і в підлітковому, і в дорослому житті. Цей розлад не “переростають” — людина вчиться жити з ним і контролювати його прояви. Відомо також, що РДУГ може вперше проявитися не тільки в дитинстві, але й у дорослому віці. Це зазвичай відбувається, коли життєві труднощі перевершують здатність людини контролювати симптоми розладу. Наприклад, такі ситуації, як народження першої дитини, складні іспити в університеті, вимагають великих зусиль, що може призвести до появи симптомів РДУГ, які раніше не проявлялися. У таких випадках необхідно звернутися за діагностикою розладу. Варто зазначити, що Діагностично-статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5) визнає можливість виникнення РДУГ у дорослому віці.

**Мета.** Визначення та розуміння РДУГ і узалежнення.

*Оцінка симптомів:* Визначити основні симптоми РДУГ і типи узалежнень, їхні прояви та наслідки для життя особи. Механізми впливу: Вивчити, як РДУГ може впливати на розвиток узалежнень, а також як узалежнення можуть ускладнювати перебіг РДУГ.

*Вивчення зв'язків і взаємозалежностей.* Ризик розвитку узалежнень: Аналізувати, чому люди з РДУГ можуть бути схильні до розвитку різних форм залежностей.

*Психологічні та соціальні фактори:* Визначити психологічні і соціальні фактори, які можуть сприяти розвитку залежностей у людей з РДУГ.

*Оцінка наслідків.* Особистісний вплив: Визначити, як РДУГ і узалежнення взаємодіють і як це впливає на загальний стан здоров'я, соціальні стосунки і якість життя.

*Погляд на залежних з діагнозом РДУГ.* Основні аспекти такого погляду можна розглянути в наступних напрямках:

***Психологічний і неврологічний контекст.*** *Психологічна вразливість:* Люди з РДУГ часто мають підвищену вразливість до стресу, що може спонукати їх шукати полегшення через узалежнення. Нездатність справлятися з емоційними або соціальними проблемами може посилити ризик розвитку залежностей.

*Неврологічні особливості:* РДУГ може впливати на функціонування мозку, зокрема на зони, що відповідають за контроль імпульсів і прийняття рішень. Це може ускладнити здатність осіб з РДУГ стримувати свої імпульси і контролювати свою поведінку, що збільшує ризик розвитку залежностей.

***Поводження і соціальні взаємодії.***

*Імпульсивність:* Імпульсивна поведінка, характерна для РДУГ, може призводити до частоті ризикованої поведінки, включаючи вживання наркотиків або алкоголю. Це може бути спробою знайти негайне задоволення або уникнути негативних емоцій.

*Соціальна ізоляція:* Труднощі в соціальних взаємодіях, які часто супроводжують РДУГ, можуть призвести до ізоляції і почуття самотності. Це може збільшити ймовірність того, що особа з РДУГ буде шукати підтримки або втечі у залежностях.

**Висновки.** Обізнаність про РДУГ має вирішальне значення, адже це буквально питання життя і смерті. Проблеми, пов'язані з цим розладом, можуть перетворити життя людини на постійне випробування, заважаючи розкрити свій потенціал, навіть якщо вона розумна і талановита. У результаті, людина стає заручником постійних розчарувань, невдач і почуття провини, оскільки суспільство наполягає, що для досягнення успіху потрібно ще більше старатися, бути більш дисциплінованою, ще наполегливіше працювати над собою або нарешті "подорослішати". Це може призвести до самогубств, розвитку залежностей, вчинення злочинів (значна частина ув'язнених має недіагностований РДУГ), проявів насильства та скорочення тривалості життя.

## Література

1. Гелловелл Е., Рейті Дж. ДУГ: перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в дітей і дорослих. Пер. з англ. Ірина Павленко. Yakaboo Publishing, 2022. 224 с.

*Старков Д.Ю.,*

кандидат психологічних наук,  
науковий співробітник лабораторії психології  
сучасних інформаційних технологій навчання  
Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України

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

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

## **ЕНАКТИВНИЙ ПІДХІД ДО АДИКЦІЙ**

**Вступ.** «Класичні» підходи до психотерапії хімічних (когнітивно-поведінковий, гуманістичний, психоаналітичний) не дають бажаних результатів, особливо на перших етапах психотерапії. Наприклад, нещодавні метаогляди показують, що не дивлячись весь розвиток когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) адикцій, вона не змогла по ефективності перевищити програму «12 кроків». Тому запит на розвиток психотерапевтичних підходів до терапії адикцій, особливо на перших етапах абстиненції, та які можливо було б застосовувати в роботі реабілітаційних центрів, залишається відкритим. Перспективним в цьому сенсі може бути новий підхід до когнітивних процесів, який протиставляє себе «класичному» когнітивізму – енактивізм. Цей підхід намагається подолати картезіанський дуалізм «свідомість-тіло» або «суб'єкт-об'єкт» та розглядає пізнавальну функцію не через віддзеркалення (філософська концепція свідомості репрезентаціоналізму), а через конструювання (філософська концепція радикального конструктивізму). Можливо саме такий когнітивне функціонування адикту є більш адекватним на перших етапах абстиненції, коли його функції свідомості приглушені проявами пролонгованого абстинентного синдрому.



**Мета роботи.** Засновуючись на моделі енактивізму запропонувати терапевтичні рекомендації для роботи з хімічними адиктами на перших етапах абстиненції.

### **Модель енактивізму**

Енактивізм - це сучасний погляд в когнітивній науці, де стверджується, що пізнання виникає через динамічну взаємодію між активним організмом середовищем. В підході енактивізму когнітивні образи вважаються такими, що створюються через віддзеркалення об'єктивної дійсності, а такими, що активно конструюються організмом. Сам термін «енактивізм» походить від дієслова *enact*, точного перекладу якого на українську немає (можна приблизно перекласти як «діяти»), однак приблизно зрозуміти значення цього слова можна через його використання в юриспруденції в якості *приймати* (наприклад, *приймати закон*) або *вводити* (наприклад, *вводити в обіг*). Автори концепції енактивізму (*Francisco Varela, Evan Thompson, Eleanor Rosch*) пояснюють використання цього терміну в сенсі «способу, у який суб'єкт сприйняття творчо узгоджує свої дії з вимогами ситуації».

Інакше кажучи, енактивізм заперечує ідею свідомості як трансцендентного до решти психіки процесу або функції, в якій віддзеркалюються інші процеси. Для енактивізму ідея свідомості взагалі не потрібно, пізнання в енактивізмі – це функція системи організм-середовище. Саме через об'єднання індивіда та середовища, свідомості та тіла в одну єдину систему, долаються дуалізми «суб'єкт-об'єкт» та «свідомість-тіло».

Саму психіку енактивізм також розглядає як нерівноважну відкрити систему, базовими елементами якої є звички.

Однією з головних концепцій енактивізму є поняття 4Е-когніцій (*embodied, embedded, enacted, extended*).

Втілені (англ. *embodied*) когніції – кожна думка по своїй суті тілесна (щось схоже на концепцію Джеймса-Ланге для емоцій, де емоції розглядалися по суті як фізіологічні стани та дії).

Вбудовані (англ. embedded) когніції – думки іманентно вбудовані в поточну ситуацію, тобто їх не можна розглядати як просте абстрагування.

Дієві (англ. enacted) когніції – думки та дії нерозривно зв'язані, або думка і є дія.

Розширені (англ. extended) – думки не можна розглядати без середовищного контексту.

Або інакше кажучи, думка є емерджентним утворенням до тіла, ситуації, дії та контексту. Звідси може впливати підхід до роботи з думками, абсолютно протилежний когнітивній реструктуризації – щоб змінити думку, необхідно змінити тілесний стан, ситуацію, дії та контекст.

### **Погляд на адикції в енактивному підході**

Ramírez-Vizcaya та Froese запропонували в своїй роботі використовувати модель енактивізму для описання адиктивної поведінки [1]. Головною їх ідеєю було то, що підсистема психіки, до якої відноситься адиктивна поведінка, як би дисоціюється від загальної системи та починає «вважати» себе не субсистемою, а окремою системою. Для такої «адиктивної субсистеми» інша психіка починає являти собою як би зовнішнє середовище, в якому сенсі вороже. Таким чином пояснюється одна з загадок адиктивної поведінки – її продовження, не дивлячись на руйнівні наслідки для організму в цілому. Однак терапевтичних методик ці автори не запропонували.

В своїй роботі [2] мною було запропоновано розширення енактивного погляду Ramírez-Vizcaya & Froese та запропоновано терапевтичні рекомендації. При цьому ідею про відокремлення адиктивної субсистеми від загальної та її функціонування як окремої (як би в зовнішньому середовищі решти психіки) вважаємо скоріше наслідком, а не суттю адиктивної поведінки.

Нормою поведінки-звички в «здоровій системі» можна вважати, коли ця поведінка виконує одну системну функцію, а краще – коли одній системній функції відповідає декілька різних поведінок-звичок. Як протилежний варіант будемо розглядати адиктивну поведінку. Адиктивна поведінка – є така поведінка-звичка, яка виконує декілька системних функцій, без альтернативних

варіантів. Якщо така адиктивна поведінка утвердилася, то вона формує навколо себе кластер вторинних поведінок-звичок, які підтримують її функціонування. Таким чином формується адиктивна підсистема. Далі така адиктивна підсистема починає дисоціюватися (як це описують Ramírez-Vizcaya & Froese) від решти психічної системи, та починає розвиватися в ній як в зовнішньому середовищі, захоплюючи нові системні функції. Решта психічної системи при цьому стає парадоксально залежною від адиктивної підсистеми, бо адиктивна підсистема виконує ті системні функції, які «нормативна» система вже нездатна сама виконувати. Тому при блокуванні функціонування адиктивної підсистеми (людина припиняє вживати психоактивні речовини), нормативна система дестабілізується та входить в кризу.

Центральні системні функції, які може «захопити» адиктивна поведінка є функція гомеостазу (підтримка рівноваги системи) та алостазу (приспособлення системи до середовища). Можна навіть думати про два типи адикцій, де адиктивна поведінка використовується зі стабілізуючою метою, та де адиктивна поведінка використовується з адаптаційною метою та підтримання процесу алостазу (відновлення системи самої себе в новому вигляді в нових умовах). В абстиненції перші адикти відчують тривогу руйнування, другі адикти – скуку (результат блокування процесу алостазу).

### **Застосування концепції енактивізму до терапії адикцій**

З такого погляду виводяться основні рекомендації по застосуванню. У запропонованій системній моделі для відмови від адиктивної поведінки необхідно: а) виявити, які системні функції відіграє ця поведінка, та розподілити ці функції між іншими адекватними типами поведінки; б) зруйнувати кластер вторинних поведінок, що підтримують адиктивну поведінку; в) стабілізувати поведінкову систему, поки відбується її перебудова (відновити функцію гомеостазу); г) допомогти системі почати розвиватися (відновити функцію алостазу).

Виділимо основні принципи енактивного підходу до роботи з важкими формами хімічних uzалежнень у системі соціально-психологічної реабілітації:

– “Відкритий” стиль взаємодії. Для клієнтів на першому етапі важлива емоційна взаємодія не стільки у вигляді “спеціаліст-клієнт”, скільки на зразок “рівний-рівному” або “людина-людина” (адикт є відкритою нестабільною системою, тому йому необхідна відкрита система взаємодія зі стабільним середовищем).

– Опора на теорію 4Е-когніцій. Передбачає роботу не з когніцією як такою, а з її тілесними проявами, діями, соціальним контекстом, ситуативністю. Модель отілеснених когніцій дає спеціалісту-практику розуміння кардинальної залежності свідомості клієнта від тілесного стану. Практичним наслідком є пріоритет тілесних релаксуючих практик над когнітивними втручаннями (наприклад, суб’єктивний погляд на ситуацію часто вдається кардинально змінити за допомогою простої дихальної релаксації). Концепція розширених когніцій пропонує модель кардинальної залежності стану суб’єкта від середовища, в якому він знаходиться. Тому критично важливі максимальне занурення клієнта в підтримуюче терапевтичне середовище та максимальне відчуження його від провокуючого середовища. Загалом стан клієнта в цьому сенсі знову ж таки буде залежати не стільки від прямої роботи з ним, скільки від екологічної ніші, в якій він зараз перебуває. Особливого значення тут набуває не тільки професійна допомога, а й робота “рівний-рівному”. Поняття ситуативних когніцій дає розуміння важливості знаходження клієнта “тут і зараз”, роботи “маленькими кроками”, розгляду конкретних ситуацій (без їх узагальнення) – загалом максимально ситуативної та конкретної роботи. І, нарешті, поняття енактивних когніцій дає концепцію “програми дій”. Тут усвідомлення тих чи інших моментів буде залежати не стільки від пізнавальної діяльності клієнтів, скільки від їхніх соціальних дій (як у гаслі АА “роби, а розуміння прийде потім”). У цьому сенсі результативність підходів співтовариств взаємодопомоги АА/АН можна пояснити якраз тим, що вони інтуїтивно (та/або методом спроб і помилок) застосували принципи системного підходу й енактивізму, зокрема до практики “одужання” від узалежнення.

– Акцент на соціальному мовному процесі. Особлива увага приділяється стилю опису та побудові діалогів. У реабілітаційному центрі вводяться відповідні правила мови, до яких включаються принципи “Я-комунікації”, заборона нецензурної та кримінальної мови, навчання принципам здорового діалогу тощо. У роботі психолога з описовими наративами увага звертається на стиль опису, робота акцентується на конструктивному описі проблеми, а не на ній самій. Тобто постулюється принцип більшої значущості форми мови над змістом (акцент на семіотиці, а не на семантиці).

– Робота з описовими конструктами. У процесі психотерапії виробляється новий набір описових конструкцій, водночас особливе місце займають два наративних конструкти, що відносяться до адикції та тверезого життя. На відміну від КПТ, де наратив стараються переформулювати в короткому переконанні, тут немає наміру скорочення описового наративу до одного суттєвого твердження (оскільки клієнт у субпсихотичному стані може просто бути не в змозі виділити цю суть), а інколи навіть, навпаки, його намагаються розширити. Також у конструктивістському підході пропонується м’якший, діалоговий стиль роботи з описовими наративами, ніж, наприклад, у КПТ: “...це процес формування значень, властивих певним типам відносин між терапевтом і клієнтом, у ході якого терапевт і клієнт співрозвивають значення за допомогою діалогу”. Тобто неконструктивний наратив не атакується (як це робиться з дисфункціональними переконаннями в КПТ), він не оскаржується раціонально, а відбуваються “м’яка допомога” процесам конструювання та деконструювання описового наративу, їх спрямування (наприклад, техніками МІ, де альтернативні погляди тільки пропонуються, а не нав’язуються).

– Дидактичний стиль. Передбачає не тільки дидактичні заняття та наповнення інформаційними матеріалами, але й стиль відносин “наставник-учень” (якого намагаються уникати в інших парадигмах психотерапії). Це говорить про важливість участі в реабілітаційному процесі спеціалістів з групи соціальних педагогів, фахівців із соціальної роботи, консультантів з хімічної

залежності й інших, роботі яких притаманний такий стиль (на відміну від “класичних” психотерапевтів і психологів-консультантів).

– Позитивне мислення. Орієнтація на позитивне мислення та навчання його принципам є вкрай важливою для адиктів з їхньою схильністю до негативізму. Використовуються прості правила позитивного мислення, наприклад: “Коли не знаєш точно, як ставитися до людини (ситуації) – стався позитивно”. У спільноті АА поширене використання дидактичних лозунгів, що корисно застосовувати і в соціально-психологічній реабілітації. Наприклад, наступні лозунги: “Тільки тут і зараз!”, “Насамперед – тверезість!”, “Чисті думки, почуття, дії!”, “Живи та дай жити іншим!”, “Просто почни!”, “Будь розумним і щасливим!”, “Будь простішим!”, “Відклади проблеми!”, “Думай позитивно!”, “Просто скажи Ні або Так!”, “Знай міру!”, “Будь усвідомленим!”.

– Спрямованість на цілі. Пропонується не акцентуватися на проблемах і їхніх причинах, а шукати цілі. Наприклад, замість занурення в причини виникнення uzалежнення конструємо образ повноцінного тверезого життя, якого бажає досягнути клієнт.

– Екологічна ніша. Одним з головних факторів ефективної реабілітації, з одного боку, є створення позитивної емоційної атмосфери, з іншого – структурованого процесу розвитку. Тобто така екологічна ніша повинна збалансовано підтримувати дві головні системні функції – гомеостазу й алостазу. Акцент лише на одній з них призведе до зниження ефективності реабілітації.

– Наповнення ресурсами. Хоча головним джерелом ресурсів є соціальне середовище, проте реабілітаційний процес повинен бути насиченим ресурсними заняттями, особливо тілесною релаксаційною терапією.

– Коучинговий підхід. Узагалі стиль роботи в реабілітаційному процесі є своєрідним лайф-коучингом тверезого життя. Такий підхід лайф-коучингу передбачає наступний спектр мішеней: проактивність, прийняття рішень, цілепокладання, тайм-менеджмент, розвиток навичок самоефективності, навички здорового способу життя, асертивна комунікація. Пропонується активно використовувати метатехніки цього стилю: контракти, система винагород,

тренінги (головними з яких є тренінги комунікації, здорового способу життя, проактивності, тайм-менеджменту), орієнтований на мету процес терапії.

**Висновки.** У концепції енактивізму можна розглядати психіку клієнта як нестійку субсистему (з'єднану циклічними зворотними зв'язками з зовнішньою метасистемою), що знаходиться в точці біфуркації. Даний погляд дає важливе розуміння, що пошук будь-яких каузальних зв'язків і робота з ними можуть бути марними (в точці біфуркації вибір спонтанний, його неможливо передбачити та визначити), тому працювати потрібно не стільки з причинами симптомів і допомогою клієнту в їх усвідомленні (як це робиться в класичних моделях психотерапії), скільки з загальною стабілізацією системи та спрямуванням її розвитку в необхідному напрямі.

### Література

1. Ramírez-Vizcaya, S., Froese, T. (2019). The enactive approach to habits: New concepts for the cognitive science of bad habits and addiction. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 301. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00301>
2. 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. 308 с. URL: [http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/kostenko\\_disertaciya\\_1618576363.pdf](http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/kostenko_disertaciya_1618576363.pdf)

## **СИСТЕМНЕ МИСЛЕННЯ В РОЗУМІННІ ПРОЦЕСІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ**

**Вступ.** Системне мислення допомагає дивитися на ціле не тільки, як набір його частин, а також на зв'язки між частини, та їх взаємодію між собою. Воно вивчає ціле, щоб зрозуміти його частини.

Системи, що складаються з частин абсолютно різної природи, що мають абсолютно несхожі функції, підкоряються одним і тим самим законам організації. Їхня поведінка залежить не від природи і властивостей частин, що їх утворюють, а від того, як ці частини з'єднані між собою.

Системи функціонують як ціле, а це означає, що в них є властивості, які відрізняються від властивостей складових їхніх частин. Вони відомі, як емерджентні, або властивості, що виникають непередбачено.

**Основний виклад матеріалу.** Складно передбачити реакцію на реабілітацію або те, що відбуватиметься з людиною в процесі тверезіння. Є, звісно, схожі й передбачувані реакції, але ми можемо говорити тільки про ступінь ймовірності.

Цей ефект видно, коли люди, які, здавалося б, добре працюють у процесі реабілітації, зриваються, а ті, хто був порушником дисципліни, залишається тверезим.

Але ті, хто ходить на групи і працює, часто кажуть, що не знають як, але це працює.

Цей ефект можна просто пояснити, виходячи з бачення людини як системи, і це буде їм зрозуміло, чому не можна на всі сто передбачити перебіг процесу одужання.



Свідомість - теж емерджентна властивість. Хто міг би передбачити, що мільярди з'єднань між нейронами уможливають самосвідомість. Усі частини тіла діють узгоджено. Відокремлена частина тіла вмирає.

Системи мають емерджентні, або непередбачені властивості, яких немає в жодній з цих частин. Розібравши систему на частини і проаналізувавши кожную з них, ви не зможете передбачити властивості цілісної системи.

Розділивши системи на компоненти, ви ніколи не виявите її істотних властивостей. Вони проявляються тільки в результаті дії цілісної системи.

Програма 12 Кроків. Процес реабілітації. Рекомендації для того, як жити тверезо. Окремо вони не несуть того ефекту, який виникає, якщо дотримуватися правил усієї системи в цілому.

Це допоможе зрозуміти клієнтам необхідність роботи з усіма складовими системи.

Так само це пояснює той факт, що коли люди створюють сім'ю, вони розглядають себе та іншого як окремі елементи, але не можуть передбачити, що буде, коли ці елементи з'єднаються.

Сила опору змінам зумовлена проявом інших пов'язаних із цією звичкою елементів вашої поведінки. Спроба видалити її тягне за собою зміну решти звичок і особливостей способу життя, які з нею пов'язані.

Де стабільність - там і опір змінам.

Система прагне до рівноваги. Цей кут подачі допоможе простіше зрозуміти, чому людина чинить опір змінам. Жити в спокійному озері, де немає вітру та штормів або навіть у болоті. Головне - стабільність.

Є поріг, за яким система може раптово змінитися. Лопнути, як повітряна куля.

Принцип важеля. Треба знайти місце, де застосувати зусилля, і вся система зміниться. Механізми захисту. Заперечення залежності та наслідків. Ментальні моделі. Переконавання. Принципи.

Де знаходиться оптимальна точка докладання важеля?

Маючи справу з системою, неможливо здійснити точкові зміни. Тобто, кинув вживати і всі проблеми вирішено. Розібрався, що є травми і стало легше.

Завжди будуть побічні ефекти. Коли залежний вирішує кинути, він думає, що зміни цієї складової життя вирішить усі проблеми. Насправді - це створить нові. Зміни системи завжди призводять до нових властивостей.

Клієнти слухають розповіді про прекрасне тверезе життя інших людей і малюють подобу свого одужання. А потім розчаровуються. Тому, як не дивно, але постійне навіювання, що тверезе життя - це добре, може принести і негативний результат.

Тут потрібен баланс.

Ми побачимо, що в будь-якій системі найважливішою точкою докладання зусиль служать переконання людей, які утворюють систему, тому що саме переконання підтримують систему такою, якою вона є.

Хвилі процесу змін досягають тієї точки, звідки вони почалися. Це називають петлею зворотного зв'язку.

Зворотний зв'язок тоді зворотний зв'язок, коли веде до змін. Людина відчуває спрагу. І п'є. Коли води вдосталь іде зворотний зв'язок, то вистачить. Відбулися зміни. Так із реабілітацією. Людина не отримує зворотного зв'язку зсередини, тобто немає змін. Ось так і кажуть, що сиділа на реабілітації, а не проходила її.

Система дає зворотній зв'язок як реакцію на зміни.

Зворотний зв'язок, що посилює прагнення до змін з'являється, коли зміни системи служать сигналом до посилення первинної зміни і забезпечують більшу зміну в тому самому напрямку.

Коли клієнту подобається, що з ним відбувається, він бачить динаміку. Ось чому працюють підсумки дня, підбиття підсумків по місяцю. Коли клієнт зачитує їх на групі, то бачення своїх змін і йому допомагає, і тим, хто слухає.

Деякі фахівці дивляться на облік тверезих днів, як на непотрібну і дитячу гру, яка навіть може бути шкідливою, тому що нагадує про минуле. Але, через принцип підсилювального зворотного зв'язку, це можна побачити в іншому світі.

Знецінення тверезих днів можна вважати проявом старого мислення, бо у вживанні це не має значення. Якщо знецінити кожен тверезий день у тверезості, то це майже завжди призводить до зриву. Люди, які зриваються через роки тверезості кажуть, що взагалі не думали про цінність тих років, які прожили тверезими.

Всі залежні хочуть, щоб їм одразу почали довіряти. Довіра може служити підсилюючим зворотнім зв'язком, але її потрібно відбудувати. Залежні часто не мають терпіння та ображаються, на те, що їм не довіряють, і використовують образу, як виправдування повернення до вживання.

Зворотний зв'язок, що сприяє урівноваженню системи - коли зміна стану системи слугує сигналом до початку руху в протилежному напрямку, щоб відновити втрачене.

Коли людина відчуває, що у вживанні вона володіла чимось важливішим, ніж їй дають у центрі. Вона була такою.

Що його влаштувало. Люди з кримінальним досвідом. Шахраї, дармоїди. Перші труднощі в тверезому житті включають врівноважувальний зворотний зв'язок, який нібито говорить, що краще повернутися назад, ніж іти вперед. А коли людина залишається сам на сам із цими процесами, то втриматися в тверезому стані майже неможливо.

Саму по собі винагороду не можна вважати зворотним зв'язком, якщо це не веде до посилення тієї самої поведінки.

Хоч би як ми хвалили людину і переконували її, що тверезість - це круто, і вона цього не відчуває сама, це не сприятиме змінам. Тому важливо приділяти увагу аналізу змін та аналізу того, що людина не бачить.

Зміни призводять до різкого зростання посилюючого зворотнього зв'язку. Кожен крок збільшує зміни. Часто у спільноті кажуть. Я не знаю, як це працює, але воно працює. Ходіння на групи, медитації, створення нових ритуалів, нове спілкування. Спочатку зміни малі, потім іде різке зростання. Приклад із рисом (на 21 клітині вже буде мільйон зерен, а наприкінці -18 з 18 нулями) і складанням паперу. Якщо аркуш паперу скласти 40 разів, то буде відстань до Місяця.

Зміни не можуть іти по рівній лінії. Через деякий час може увімкнутись врівноважувальний зворотний зв'язок. Це буває, коли люди працюють, їм здається, що все чудово. А потім спад. Тобто, система не витримує процесу змін. Деякі люди, які одужують, лякаються цього ефекту, їм здається, що все зупинилося, вони вже не одужують і зриваються.

Іноді завищені очікування перешкоджають появі підсилювального зворотного зв'язку, тому й працює принцип одного дня і принцип малих кроків. Не можна за один день стати тверезим 10 років.

Чим більшу динамічну складність має система, то більше потрібно часу на те, щоб сигнал зворотного зв'язку пройшов мережею взаємозв'язків у ній.

Швидкість системи визначається найповільнішою ланкою в ній.

Якщо залежний не працює над собою, а просто тримається, то змін, яких він очікує, не буде. Або якщо в центрі мало фахівців, які мають підготовку, то така буде якість реабілітації.

Системне мислення відкидає ідею, що можна оцінити поведінку людини, не знаючи системи, до якої вона прив'язана.

Причина і наслідок.

Набагато логічніше думати не про причини, а про чинники, що впливають. Зрештою причини визначаються структурою системи.

У системному підході поясненням служить не якась окрема причина. А структура системи. І відносини факторів усередині неї.

Ми говоримо, що причина залежності - це погане виховання і травми дитинства. Розлади особистості. Це однобоко. Не всі травмовані залежні. І не всі з розладами особистості залежні. Сукупність чинників треба розглядати. Біо-психо-соціо-духовні.

Іноді дія не спричиняє наслідків, оскільки в системі є поріг сприйняття.

Організаційні перетворення передбачають, що спочатку проводять дестабілізацію наявної системи, а потім створюють нову точку тяжіння - інший стійкий стан.

Потрапляння в центр - дестабілізація через роботи за програмою реабілітації, потім точка тяжіння - тверезе життя. Але до нас надходять різні системи.

Удосконалення може приносити плоди, якщо ви розглядаєте систему загалом і спрямовуєте зусилля на поліпшення найслабших ланок або найповільніших.

Наші ментальні моделі часто притупляють сприйнятливість. Сигнал зворотного зв'язку є, але наш зір, слух або чутливість налаштовані так, що його не сприймають.

Підбиття підсумків. Залежні не здатні бачити позитивні зміни, оскільки свідомість налаштована вловлювати тільки негатив. Дуже важливий моніторинг.

Сривники будують майбутнє на підставі минулого. Потрапляючи в центр, вони живуть у своїй моделі минулого. Якщо я зривався раніше, то точно зірвуся і зараз. Питання, як мені не зірватися, якщо я раніше відразу зривався. Тобто минулий досвід вони сприймають як причину зриву в майбутньому. Я кажу, що це не пов'язані речі. Це фактор, який можна по різному використовувати.

Області, де ви досягли успіху, якраз треба переосмислити. Велика спокуса спробувати вичавити все можливе зі старої стратегії.

Залишитися в одній концепції.

Реалістичність цілей впливає на петлі зворотного зв'язку.

Усе, що з нами трапляється - це зворотний зв'язок.

Ефективність системи завжди нижча за можливості її найсильнішої ланки. Тому потрібно вивчати не тільки сильні сторони особистості а й слабкі. Іноді зосереджуються тільки на сильних сторонах, і людина не розуміє, чому вона повернулася, бо все було добре. Але слабкі сторони – це не є недоліки, яких потрібно соромитись. Це ланки, без посилення яких система не може функціонувати ефективно.

Будь-яка програма реабілітації, повинна бути системною і враховувати як можна більше факторів, які потрібно торкнутися для успішною реабілітації.

Так як людина – це дуже складна система до кінця не вивчена і навряд чи буде вивченою, тому неможливо знайти чіткі показники ефективності реабілітації залежних, та саму ефективну програму. Наявність емерджентних властивостей постійно буде вносити поправки і непередбаченість результатів.

**Томова К.О.**

клінічний психолог  
кандидат у психотерапевти з індивідуальної  
психології за Альфредом Адлером  
співзасновниця та керівник програми  
центру ментального здоров'я «choice»  
[psy.tomova@icloud.com](mailto:psy.tomova@icloud.com)

## **АДЛЕРІАНСЬКИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ УЗАЛЕЖНЕНЬ**

**Вступ.** Адлеріанський підхід, розроблений Альфредом Адлером, є одним із ключових напрямків у психології, який фокусується на унікальності кожної особистості та її прагненні до досягнення життєвих цілей. Важливими аспектами Адлеріанської терапії є не лише стиль життя, а й соціальна рівність і відчуття приналежності. Адлер вважав, що поведінка людини формується не лише через внутрішні конфлікти, але й під впливом соціального контексту, життєвих переконань та стилю життя. Основна ідея Адлера полягає в тому, що кожна людина має свій унікальний стиль життя, сформований на основі раннього досвіду, який впливає на всі аспекти поведінки, включаючи uzалежнення.

На відміну від інших підходів, таких як психоаналіз Фрейда, Адлеріанський підхід наголошує на важливості соціальних зв'язків, відчуття приналежності та самоповаги. Адлер вважав, що саме ці фактори визначають людську поведінку і є ключем до розуміння особистості. Адлеріанська терапія ставить за мету допомогти клієнту змінити свої деструктивні переконання, замінивши їх на більш здорові та адаптивні, що особливо важливо у роботі з uzалежненнями.

Терапія uzалежнень в Адлеріанському підході ґрунтується на розумінні того, як переконання та життєві патерни впливають на поведінку людини. Це дозволяє терапевту ідентифікувати корені деструктивної поведінки і допомогти клієнту знайти нові, конструктивні способи задоволення своїх потреб.

***Стилі життя в Адлеріанському підході.*** Адлер визначав стиль життя як систему переконань, цінностей і стратегій, які людина формує у дитинстві на основі власного досвіду і які впливають на її поведінку у дорослому віці. Стиль життя включає як свідомі, так і несвідомі аспекти, які керують нашими діями і рішеннями. Зокрема, у контексті узалежнення, стиль життя може визначати, як саме людина реагує на стресові ситуації, як вона долає труднощі і якими шляхами шукає задоволення своїх емоційних потреб.

Наприклад, людина, яка зростала у середовищі, де її постійно критикували або не приділяли уваги, може розвинути стиль життя, що базується на прагненні до визнання і страху бути відкинутою. Це може спонукати її до шкідливих способів задоволення своїх потреб, таких як зловживання алкоголем чи наркотиками, які тимчасово компенсують брак підтримки і прийняття.

У терапії узалежнення важливо розуміти, як саме сформувався стиль життя клієнта, і які деструктивні патерни потрібно змінити. Адлеріанський підхід надає інструменти для ідентифікації цих патернів та їх корекції, що допомагає клієнту змінити своє життя на краще.

***Техніка "Ранній спогад".*** Техніка «Ранній спогад» є важливим інструментом Адлеріанської терапії, який дозволяє розкрити ключові внутрішні конфлікти клієнта через аналіз його перших життєвих спогадів. Адлер вважав, що ранні спогади містять символічну інформацію про те, як людина сприймає себе, світ і взаємини з іншими. Ці спогади відображають несвідомі переконання, які впливають на наше життя і поведінку.

Під час терапії клієнта просять пригадати один із ранніх спогадів, а потім разом з терапевтом вони аналізують цей спогад, намагаючись виявити, які переконання і емоції лежать в його основі. Наприклад, спогад про те, як дитину покинули саму вдома і вона відчувала себе наляканою і безпорадною, може вказувати на сформоване переконання «я не можу довіряти іншим» або «я завжди сам на сам із труднощами». Це може призводити до розвитку поведінкових патернів, спрямованих на уникнення взаємодії з іншими або на пошук втіхи в залежностях.



Техніка «Ранній спогад» є надзвичайно ефективною у терапії узалежнення, оскільки допомагає клієнту усвідомити приховані причини своєї поведінки і побачити можливості для змін.

**Аналіз ранніх спогадів у терапії узалежнення.** Аналіз ранніх спогадів дозволяє терапевту не лише виявити корені узалежнення, але й допомогти клієнту переосмислити минулий досвід, щоб змінити вплив негативних спогадів на сьогодення. Наприклад, якщо клієнт згадує спогад, де його постійно порівнювали з іншими дітьми і казали, що він «недостатньо хороший», це може пояснити почуття невпевненості та прагнення уникнути невдач через деструктивні методи, як-от вживання алкоголю.

Терапевт допомагає клієнту пережити ці спогади в безпечному середовищі і переосмислити їх, змінюючи інтерпретацію з негативної на конструктивну. Це сприяє формуванню нових переконань, таких як «я достатньо хороший», «я можу справлятися з труднощами», що суттєво знижує потребу у залежній поведінці.

Цей процес не лише знижує рівень тривоги, але й допомагає клієнту знайти здорові способи реагування на стрес і задовольняти свої потреби без шкоди для здоров'я.

**Чотири основні потреби за Дрейкурсом.** Рудольф Дрейкурс, один із послідовників Адлера, виділяв чотири основні потреби, які впливають на поведінку людини: прийняття, приналежність, безпека та право вибору. Коли ці потреби не задовольняються, людина може вдаватися до деструктивних дій, намагаючись компенсувати їх іншим шляхом.

1. **Прийняття та безумовна любов.** Ця потреба є ключовою для кожної людини. Відчуття, що вас приймають без умов, формує основу для здорової самооцінки. У випадку її відсутності, людина може шукати прийняття у шкідливих звичках.

2. **Приналежність.** Людина прагне бути частиною групи, почувати себе частиною спільноти. Відсутність приналежності часто призводить до

почуття ізоляції і, як наслідок, до узалежнень, як-от надмірне використання соціальних мереж.

3. *Базові потреби (безпека, комфорт).* Це фізичні та емоційні потреби, які формують стабільність. Їхнє незадоволення змушує людину шукати захист у речовинах або інших адиктивних діях.

4. *Право вибору.* Людина хоче відчувати контроль над своїм життям. Відсутність можливості робити вибір і брати відповідальність за свої дії може призводити до почуття безпорадності і втечі в залежності як способу відчутти хоча б тимчасовий контроль.

***Вплив незадоволених потреб на узалежнення.*** Незадоволені потреби викликають глибоку емоційну нестабільність, що підштовхує людину до деструктивних шляхів задоволення своїх бажань. Терапія, яка фокусується на виявленні та задоволенні цих потреб здоровими методами, допомагає клієнту відновити емоційний баланс і подолати узалежнення. Наприклад, терапія може включати розвиток навичок самоприйняття, побудову здорових стосунків і встановлення меж, що сприяє зниженню рівня тривоги і підвищенню впевненості.

***Горизонтальні та вертикальні способи задоволення потреб.*** Адлеріанський підхід розділяє способи задоволення потреб на горизонтальні і вертикальні. **\*\*Горизонтальні способи\*\*** включають конструктивні дії, такі як розвиток особистих здібностей, участь у громадській діяльності, фізична активність. Вони сприяють глибокому, тривалому задоволенню потреб, формуванню здорових переконань та особистісному зростанню. **\*\*Вертикальні способи\*\*** спрямовані на тимчасове полегшення стресу через деструктивні дії: зловживання алкоголем, наркотиками, компульсивне переїдання. Вони дають миттєве, але короткотривале задоволення, яке згодом лише погіршує емоційний стан.

*Як Адлеріанський підхід допомагає в терапії.* Адлеріанська терапія допомагає клієнту усвідомити свій стиль життя і коригувати деструктивні переконання. Основна мета — допомогти клієнту зрозуміти себе, виявити

незадоволені потреби і знайти нові, здорові способи їх задоволення. Терапія фокусується на розвитку особистісного потенціалу, підтримці клієнта у складних моментах і мотивуванні до змін.

### ***Практичні приклади успішного застосування***

1. *Клієнтка з алкогольним uzалежненням:* Після аналізу стилю життя і роботи з ранніми спогадами клієнтка зрозуміла, що її залежність була способом уникнути почуття самотності. Вона почала активно розвивати навички спілкування, встановлювати нові соціальні зв'язки і брати участь у волонтерській діяльності. Зміни полягали в тому, що вона замінила алкоголь на підтримуючу соціальну взаємодію, що дало їй відчуття приналежності та прийняття. У результаті клієнтка змогла знизити вживання алкоголю, покращити самооцінку і відновити стосунки з родиною.

2. *Чоловік із залежністю від азартних ігор:* Робота з переконаннями «я не здатний досягти успіху» допомогла клієнту перенаправити свою енергію на відкриття власного бізнесу. Він почав встановлювати чіткі цілі, розвивати навички самодисципліни та брати участь у підтримуючих групах підприємців. Зміни в його поведінці дозволили йому відчувати контроль над своїм життям без потреби в азарті, а також стабілізувати фінансове становище і покращити стосунки з близькими.

***Роль терапевта у процесі лікування.*** Терапевт у Адлеріанському підході виступає підтримуючим партнером, який допомагає клієнту розкрити внутрішні конфлікти і знайти шляхи їх подолання. Терапевт мотивує, підтримує та співпрацює з клієнтом у досягненні нових життєвих цілей. Спільна робота терапевта і клієнта сприяє формуванню нових, здорових моделей поведінки і покращенню якості життя.

**Висновки та рекомендації.** Адлеріанський підхід є ефективним інструментом у терапії uzалежнень, оскільки дозволяє глибоко зрозуміти клієнта і його потреби. Використання технік Адлера, таких як аналіз ранніх спогадів і робота зі стилем життя, допомагає клієнту змінювати деструктивні патерни і будувати новий, гармонійний стиль життя. Рекомендується активно

впроваджувати ці техніки у терапевтичну практику для досягнення стійких позитивних змін у житті клієнтів.

### **Література**

1. Adler, A. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. Basic Books.
2. Carlson, J., & Maniacci, M. (2012). *Adlerian Therapy: Theory and Practice*. American Psychological Association.
3. Dreikurs, R. (1997). *The Challenge of Marriage: A Book for Couples*. Plume.
4. Watts, R. E. (2000). *Adlerian Counseling and Psychotherapy: A Practitioner's Approach*. Taylor & Francis.
5. Powers, R. L., & Griffith, J. (1987). *Understanding Life-Style: The Psycho-Clarity Process*. Manas Press.
6. Sweeney, T. J. (2009). *Adlerian Counseling and Psychotherapy: A Practitioner's Approach*. Routledge.
7. Toffler, A. (1970). *Future Shock*. Random House.
8. Muqaddas Jan, Sanobia Anwwer, Nawaz Ahmad (2017). *Impact of Social Media on Self-Esteem*. European Scientific Journal August 2017 edition Vol.13, No.23.

*Щербина-Прилука В. М.*

науковий співробітник лабораторії психології

соціально дезадаптованих неповнолітніх

Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України

shcherbyna.vm@psychology-naes-ua.institute

ORCID ID: [orcid.org/0000-0003-3284-9474](https://orcid.org/0000-0003-3284-9474)

## **ЦИФРОВА ПСИХОТЕРАПІЯ: ПРОРИВ ЧИ ЗАГРОЗА?**

**Вступ.** Штучний інтелект (ШІ) швидко розвивається в різних сферах, включаючи його застосування в психотерапії. Інструменти психотерапії на основі штучного інтелекту пропонують багатообіцяючі рішення для підвищення доступності соціальної, психологічної і навіть психіатричної допомоги. Однак інтеграція штучного інтелекту в психотерапію викликає серйозні перестороги, особливо на фоні сьогоденного досвіду його використання.

**Мета статті** — розвідка щодо проблеми використання ШІ в консультуванні та психотерапії.

**Основний виклад матеріалу.** Запровадження штучного інтелекту (ШІ) у лікуванні психічних розладів ставить під сумнів низку припущень і визначеностей у професійній та епістемологічній сфері клінічної психології, піднімаючи етичні питання щодо його впливу на психотерапію, а також наслідків для пацієнтів і психотерапевтів.

Багато практиків можуть мати базові уявлення про штучний інтелект, можливо, вони чули про такі генеративні платформи штучного інтелекту, як ChatGPT від OpenAI або Bard від Google (а тепер і Gemini), а деякі, можливо, чули про це мимохідь і мало замислювалися, а інші вже намагаються щоб зрозуміти, як вони можуть включити штучний інтелект у свою практику для вирішення конкретних завдань або звільнити їх від, на їхню думку, обтяжливих завдань.

За останні місяці штучний інтелект зробив величезний стрибок у своїй здатності фактично брати участь у терапевтичних розмовах, аналізувати мовлення, вираз обличчя та інші невербальні сигнали. Моделі штучного інтелекту тепер здатні проводити початкову перевірку, проводити базові бесіди в стилі консультування та навіть пропонувати персоналізовані поради практично щодо будь-чого. Ці досягнення, подобається нам це чи ні, відкрили нові шляхи для розширення доступу до підтримки психічного здоров'я, особливо в регіонах, які недостатньо охоплені послугами, або для людей з обмеженою мобільністю. І вони постійно розвиваються. Однак ШІ абсолютно не може відтворювати глибину та нюанси людської розмови, навіть близько, вони можуть надати людям платформу для дослідження свого внутрішнього світу без засудження.

Проблема, пов'язана з використанням штучного інтелекту, вимагає комплексного підходу. Інтеграція ШІ в психотерапію має величезний потенціал для трансформації охорони психічного здоров'я. Однак забезпечення його точності та ефективності вимагає проактивного підходу до вирішення відповідних етичних міркувань. Застосовуючи відповідальні практики, зберігаючи автономію пацієнтів і постійно вдосконалюючи системи штучного інтелекту, галузь може використовувати переваги штучного інтелекту в психотерапії, зберігаючи при цьому високі етичні стандарти.

Штучний інтелект — відносно молода галузь досліджень, започаткована 1956 року. Її історичний шлях нагадує синусоїду, кожен «зліт» якої ініціювався деякою новою ідеєю. На сьогодні її розвиток перебуває на «підйомі» і спирається на застосування вже досягнутих результатів в інших галузях науки, промисловості, бізнесі та навіть у повсякденному житті.

Існує кілька типів штучного інтелекту (ШІ), які сьогодні широко використовуються в програмах. Ось деякі з найпоширеніших типів ШІ:

ШІ на основі правил. Системи ШІ на основі правил запрограмовані за допомогою набору правил або операторів if-then, які дозволяють їм ухвалювати рішення на основі конкретних умов. Ці системи часто використовуються в експертних системах і системах підтримки ухвалення рішень.

Машинне навчання — це тип штучного інтелекту, який передбачає навчання алгоритмів навчання на основі вхідних даних і покращенню їх продуктивності з часом. Існує три основних типи машинного навчання: кероване навчання, некероване навчання та навчання з підкріпленням.

Обробка природної мови (NLP) — це тип ШІ, який зосереджується на взаємодії між комп'ютерами та людськими мовами. Системи НЛП розроблені для розуміння та інтерпретації людської мови, і вони використовуються в таких програмах, як чат-боти, голосові помічники та машинний переклад.

Робототехніка — це сфера штучного інтелекту, яка зосереджена на проектуванні та розробці роботів, які можуть виконувати завдання у фізичному світі. Робототехніка передбачає інтеграцію штучного інтелекту, датчиків і механічних систем, щоб роботи могли сприймати навколишнє середовище, ухвалювати рішення та виконувати дії.

Експертні системи — це системи штучного інтелекту, призначені для надання порад і підтримки ухвалення рішень у певних сферах, таких як маркетинг, дизайн, медицина, право та інженерія. Експертні системи запрограмовані з набором правил і знань, які дозволяють їм міркувати та надавати рекомендації на основі конкретних умов.

Штучний інтелект (ШІ) — це галузь інформатики, яка займається розробкою інтелектуальних машин, здатних виконувати завдання, які зазвичай потребують людського інтелекту. Системи штучного інтелекту створені для навчання на досвіді, розпізнавання закономірностей і ухвалення рішень на основі вхідних даних. де завдання можуть варіюватися від простих дій, як розпізнавання мови чи зображень, до більш складних завдань, як психотерапія розладів. Ці системи можна навчити виконувати певні завдання. Технологія штучного інтелекту охоплює широкий спектр методів, включаючи машинне навчання, обробку природної мови, робототехніку, експертні системи тощо. Мета полягає в тому, щоб створити машини, які можуть міркувати, розуміти та навчатися, як люди, і використовувати ці можливості для покращення життя людства та вирішення складних проблем.

Нажаль у більшості алгоритм розв'язання проблем системами ШІ невідомий наперед. Немає і точного критерію досягнення комп'ютером «розумності», хоча перед штучним інтелектом було запропоновано низку гіпотез, наприклад, тест Тюрінга або гіпотеза Ньюелла-Саймона. Нині існує багато підходів як до розуміння задач штучного інтелекту, так і до створення інтелектуальних систем.

Загальний ШІ, також відомий як сильний штучний інтелект (AGI), — це теоретична концепція створення машин, які можуть міркувати та навчатися, як люди. Системи AGI будуть здатні розуміти та вирішувати широкий спектр проблем, і вони матимуть здатність міркувати, планувати та спілкуватися, як люди. AGI все ще залишається здебільшого теоретичною концепцією, і перед її реалізацією необхідно подолати багато проблем.

Дедалі більш значне поширення компаній, що надають цифрові психотерапевтичні послуги, почало набувати популярності, особливо у зв'язку з недавньою ситуацією з пандемією.

Хоча офіційна статистика, що надає інформацію про фактичну кількість пацієнтів, які користуються цими послугами, поки що недоступна, варто зазначити, що зростає кількість цифрових агентств, які пропонують таку підтримку. На запит пошукової системи Google: free ai therapist маємо 10 сторінок відповіді з пропозицією для осіб 12+ допомоги 24/7.

Інтеграція чат-ботів та інших додатків штучного інтелекту в психотерапію не лише впливає на традиційні біомедичні етичні проблеми незалежності, доброчинності, нешкідливості та справедливості; це суттєво впливає на динаміку довіри та стосунки між пацієнтами та психотерапевтами.

Інструменти, керовані штучним інтелектом, довели високу ефективність у наданні економічно ефективних і доступних терапевтичних рішень. Однак ці нові медичні послуги спонукають до багатьох роздумів щодо конкретних пропозицій цих програм, характеристик пацієнтів, які мають доступ до цих платформ, взаємодії, створеної з отримувачами втручання, бачення терапії, переданого маркетинговими стратегіями, та ефективності шляху лікування. Крім



того, ці досягнення у сфері психічного здоров'я ІІІ створюють етичні проблеми щодо його використання в психотерапії, які вимагають поглибленого розгляду питань поваги до автономії, доступу до лікування, недискримінації, задоволення потреб людей, захисту гідності, конфіденційності даних та багато іншого.

З обмежених і все ще неповних даних, наданих цифровими агенціями, можна зробити висновок, що найбільш відомі користувачі, які шукають ці послуги, в основному складаються з підлітків і старших віком від 16 до 25 років.

Це молоді люди, які народилися та виростили у світі, глибоко зануреному в цифрові технології, покоління, яке звикло підтримувати всі форми стосунків і спілкування за допомогою смартфонів, соціальних мереж, програм для обміну повідомленнями; покоління, яке пережило найважливіші моменти свого зростання вдома через пандемію.

Ці молоді люди мають інший погляд на психотерапію порівняно з попередніми поколіннями, навіть з дорослими трохи старшими (30-40 років), які виростили з образом пацієнта, що лежить на дивані та розмовляє з психотерапевтом, фізично присутнім у кімнаті.

З появою нових технологій і введенням цифрових форм психотерапії самі техніки, інструменти дисципліни або структурні ритуали клінічної зустрічі, що стосуються фізичного середовища, простору, часу та центральної ролі оточення, справді поставлені під сумнів [ 10 ].

Інструменти, які використовувалися для цієї мети, були представлені саме тими ритуалами (регулярне відвідування кабінету терапевта, дотримання часу сеансів, завчасне призначення зустрічей, переривання під час періоду відпустки тощо), які ІІІ глибоко змінив, що викликало бурхливі дискусії.

Аргументи «за». Під час цифрових сеансів доступ до кабінету клініциста більше не потрібен, графік гнучкий, а відстані більше не є причиною переривання. Цифрова психотерапія долає межі територіальності, дозволяючи отримати доступ до лікування особам, які традиційно були змушені відмовлятися від них через роботу чи географічну віддаленість від лікувальних установ [ 12 , 13 ]. Так, такі інновації дозволяють демократизувати

психотерапію, зменшуючи розрив у доступі до психічного здоров'я, який особливо впливає на найбільш уразливих осіб. Цей потенціал отримати допомогу будь-де та будь-коли змінює сприйняття психотерапії, сприяючи збільшенню пацієнтів. Однак це також породжує нові виклики [ 14 ].

З іншого боку, існує значна критика щодо можливості того, що такі програми можуть бути орієнтованими на отримання прибутку, створеними для отримання прибутку шляхом введення користувачів в оману брехливими обіцянками покращити їх здоров'я. Інші висловлені занепокоєння стосуються відсутності переконливих доказів щодо їх ефективності в діагностиці та лікуванні психічних захворювань, а також відсутності гуманістичних якостей у чат-ботах, таких як емпатія, рефлексивна здатність, професіоналізм і надійність, що є суттєвим для надання широкого спектру лікування психічного здоров'я. [ 3 ]. Подібні проблеми для великого загалу демонструє документальний фільм Голосу Америки «Любов зі штучним інтелектом»<sup>1</sup>

Виникає питання: за якими критеріями пацієнти будуть орієнтуватися на вибір психотерапевта. На яких елементах буде базуватися система рейтингу, що використовується різними платформами? Чи можна скласти рейтинг психотерапевтів на основі їхніх професійних якостей, чи ми повинні вважати, що цей рейтинг буде відкалібрований на основі оцінок користувачів із використанням параметрів, які не обов'язково можуть бути значущими. Що вважатиметься позитивним. Коротка терапія чи довгострокова терапія. Це є проблемою, оскільки деякі терапевтичні школи вважають стислість процесу лікування сильною стороною, а інші, як психодинамічні підходи, вважають це слабкою стороною.

**Висновки.** В епоху, коли технологія розвивається швидше, ніж багато хто з нас може встигати, галузь консультування та психотерапії бореться з величезною трансформаційною силою: ШІ, який вже на цій ранній стадії має надзвичайний вплив на професію та підняття величезних екзистенційних питань:

---

<sup>1</sup> <https://youtu.be/d-rKzWUFMZU>

що таке хороша терапія; яка цінність бачити людину замість чат-бота; яке майбутнє людей, що надають терапію; чи є надія, що людство й надалі потребуватиме та цінуватиме природу терапії, орієнтовану на відносини та людину тощо. Слабкою стороною інтеграції ШІ в психотерапію має забезпечення його точності та ефективності, високі етичні стандарти, та вимагає законодавчого підґрунтя.

Зробивши більше ста запитів до різних платформ ШІ з менторською и терапевтичною функцією, можна сміливо підсумувати, що ШІ зручний та не засуджуючий. Однак є загроза віддавати перевагу цілодобовій доступності ШІ, а не взаємодії з людьми, що потенційно може вплинути на розвиток як самої особистості, так і її значущих стосунків. Точність і інтерпретація даних ШІ може відрізнитися, і існує ризик неправильної інтерпретації або надмірного спрощення складних людських емоцій і переживань. І наостанок, терапевтичні стосунки будуються на довірі, емпатії та розумінні – якостях, які за своєю суттю є людськими і поза можливостями ШІ. Тож, на нашу думку, збереження людського елемента в терапії має вирішальне значення.

### Література:

Alfano L, Malcotti I, Ciliberti R. Psychotherapy, artificial intelligence and adolescents: ethical aspects. *J Prev Med Hyg.* 2024 Jan 1;64(4):E438-E442. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.4.3135.

Artificial general intelligence: 15th International Conference, AGI 2022, Seattle, 19-22.08.2022, proceedings. 2023.

Manríquez Roa T., Biller-Andorno N., Trachsel M. The Ethics of Artificial Intelligence in Psychotherapy. *Oxford Handbook of Psychotherapy Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198817338.001.0001>

Swartz H.A., Novick D.M. Psychotherapy in the Digital Age: What We Can Learn From Interpersonal Psychotherapy. *Am J Psychother*/ 2020;73:15-21. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190040>

Stoll J., Müller J.A., Trachsel M. Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2020/ 10:993. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00993>

Orsolini L., Pompili S., Salvi V., Volpe U. A Systematic Review on TeleMental Health in Youth Mental Health: Focus on Anxiety, Depression and Obsessive-Compulsive Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2021. 31;57:793. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina57080793>

Khalaf A.M., Alubied A.A., Khalaf A. M., Rifaey A.A. Impact of social media on the mental health of adolescents and young adults: A systematic review. *Cureus*. 2023;15:e42990. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.42990>

*Наукове видання*

**Друга Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології**

**Збірник матеріалів науково-практичної конференції**

**14-15 вересня 2024 року**

Ум. друк. арк 6,2

Матеріали подано мовою оригіналу.

Друкується в авторській редакції.

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

01033, м. Київ, вул Паньківська 2;

тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи

до Державного реєстру видавців, виготовлювачів

і розповсюджувачів видавничої продукції

№ 6418 від 03.10.2018