

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



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

**Матеріали конференції
13-14 вересня 2025 року**

Київ – 2025

УДК 159.922:616.89

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України
(протокол №11 від 28 серпня 2025 року.)*

Редакційна колегія:

Грись А.М. Старков Д.Ю., Щербина-Прилука В.М.

Третя Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології:
матеріали науково-практичної конференції, 13-14 вересня 2025 року: 3б.
матеріалів / За ред. Грись А.М. Старков Д.Ю., Щербина-Прилука В.М. Київ:
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 127 с.
(електронне наукове видання)

ISBN 978-617-7745-66-1

У збірнику матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції висвітлено широке коло досягнень, актуальних проблем та перспективи розвитку адиктології в Україні. Розглянуто психофізіологічні аспекти дослідження хімічних та нехімічних адикцій, 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 978-617-7745-66-1

© Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025
© Національна психологічна асоціація, 2025

З М І С Т

Безсмертний Ю.М.

Алкоголь і воля 5

Гаврилюк Л.В.

Пастка джекпоту: коли виграш це програш. Лудоманія у дзеркалі
позитивної психотерапії 11

Грись А.М., Павлюк М.М.

Образ Я та автономність як ресурси відновлення під час війни 16

Жидко М.Є.

Доля сексуальної залежності у цифрову епоху 20

Кучеренко А.П.

Криза ідентичності та інтрапсихічна ізоляція в постреабілітаційному
періоді 29

Максимова Н.Ю., Щербина-Прилука В.М.

Параметри оцінки діяльності центрів соціальної реабілітації для осіб з
адиктивною поведінкою 42

Михайлів С.В.

Особливості переживання екзистенційної кризи в умовах багаторічної
тверезості 47

Олійник В.М.

Компульсивне переїдання – вихід через перегляд принципів
задоволення 58

Охрій О. О.

Наркотична субкультура як чинник залучення до наркотиків 64

Пономарьов А.О.

Типологія групової підтримки та її вплив на стратегії роботи з адиктами 74

Рябовол Т.А.

Окремі аспекти дослідження нейробіологічної та соціальної природи
залежності 84

Свіргун М.В., Бровко А.О.

Залежність і недосяжний об'єкт: метафоричні асоціативні карти
«Голод» як інструмент терапії адикцій 87

Сканданатх Л.Л.

Травма, тяга і трансформація: застосування EMDR у роботі з
залежностями 94

Сойкін І.В.

Кейси комфортної тверезості: жива програма реабілітації 100

Старков Д.Ю.

Когнітивні спотворення у гемблерів 104

Токар Д.В.

Особливості мотивації вживання психоактивних речовин
наркозалежних із різним локусом контролю 111

Томова К.О.

Залежність як спроба отримати значущість 114

Okhruii O.O.

Drug subculture as a factor of involvement in drugs 118

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,
член дивізіону «Адиктологія» НПА
aapater@ukr.net

АЛКОГОЛЬ І ВОЛЯ

Що таке душа людини? Це щось таке ефемерне, метафізичне, що належить не тільки самій людині, а й творцю усього суцього, чи це просто емоції, воля та слова, що складаються у людському мозку в певні логічні конструкції, які живуть і помирають разом з господарем цієї душі? На цю тему можна довго говорити, писати, дискутувати. Усе визначає певний світогляд людини. Про волю теж багато написано, особливо про її так звану силу. Навіть анекдотичний вираз колись «гуляв у народі» про те, що сила є, і воля є, а сили волі у людини немає. Десь поділась ця горезвісна сила волі! Мене ця фраза розчулювала і водночас дуже дратувала, коли доводилося її чути. А чув дуже часто від знайомих та рідних, коли сам вживав алкоголь, а потім від питущих людей та їх оточення, коли працював з ними як спеціаліст. Та власне кажучи, і зараз чую про бідолашну волю, що ніяк не дружить із силою, наче вони якісь антагоністи. Розчулює мене у цьому всьому наївний і спрощений погляд на життя людини та її поведінку. А дратує не стільки нерозуміння ситуації, скільки небажання хоч трохи вникнути у суть справи. Якщо узагальнити зміст підручників на цю тему, то можна стисло сказати, що воля – це психічна функція, яка полягає в здатності індивіда до свідомого управління своєю психікою і вчинками в процесі прийняття рішень для досягнення поставлених цілей. До вольових якостей часто відносять мужність, наполегливість,

рішучість, терпіння та інші. От і виникає логічне питання: чи має питуща людина волю? І якщо так, то наскільки вона з нею дружить? Судячи з усього, воля притаманна усім людям, і вживачі алкоголю не є винятком. Щоб не виникли непорозуміння, візьму «просунутих» вживачів алкоголю, представників важкого діагнозу, що в обивательському середовищі та звичайній медицині зветься алкоголізмом. Так от, кожний «просунутий» вживач (розумійте, алкоголік) починає свій шлях з любительської категорії. Щоб дійти до професіонала, знадобиться багато навчальних семестрів, а то й десяток або навіть більше років. Чимало факторів впливають на кар'єрне зростання вживача. Я знав одного «просунутого», що називав себе професіональним алкоголіком. Юність та перші кроки в алкогольному «ремеслі» припали на сімдесяті роки минулого століття. У суспільстві був так званий «застій» і бум совкового пияцтва. Мій знайомий не мав природної схильності до вживання, тому майже рік «вправлявся» з портвейном, тогочасним лідером серед напоїв у невибагливому колі питущого населення. Часто-густо доводилося пити, як кажуть, «з горла», і незміцнілий організм просто повертав назад «високосортне пійло». Але навчився, проявляючи неабияку волю у прагненні вписатися у громаду однодумців та стати кращим серед кращих. Десять з десяти за шкалою мотивації! Потім він став справжнім професіоналом. Десятки разів відвідував наркологічні відділення та реабілітаційні центри. Професіоналізм у цій справі визначається тим, як людина віддається їй. Якщо пити умовну горілку стає основним життєвим заняттям, а різні хобі та тимчасові заробітки тільки доповненням до цієї важливої місії, то, безумовно, ми маємо справу з професійним ставленням до своєї діяльності.

Насправді воля гартується разом з фізичним організмом, що з плином часу набуває необхідних кондицій. Є таке улюблене багатьма лікарями та психологами слово «толерантність», що визначає можливість людини вживати все більше алкоголю, залишаючи ступінь ейфорії на тому ж самому рівні. Простими словами, один і той же «кайф» з часом вимагає більшої дози. А що ж

воля алкоголіка? Вона шліфується та набуває справжньої якості завдяки тривалим тренуванням, які часто межують з мазохістським виснаженням організму. Я бачу пряму кореляцію між важкістю фізичного стану після багатоденного вживання і проявом волі. Чим важчий стан, тим вищий ступінь організації вольового процесу. Якщо людина напилась тільки увечері, то не так уже й важко піти похмелитися вранці. За десятибальною шкалою воля вмикається десь на одиничку чи двійку. А уявімо, наприклад, впевненого в собі вживача, що пив приблизно місяць, як кажуть у народі, безпробудно, «полірував» це «біломором» та заїдав, чим прийдеться. А частіше занюхував, пробачте, волоссям товариша по чарці. Чи складно такій особистості вийти з будинку та придбати жаданий еліксир?! А ще потрібно знайти необхідні кошти для цього. Питання риторичне. Можливо, знадобиться ще відвідати так звану «групу здоров'я», яку можна побачити мало не в кожному дворі чи мікрорайоні. Членами таких груп є справжні майстри «питної справи», що рано вранці збираються десь у затишному місці своєї території для обміркування поточних справ. Власне кажучи, справа фактично одна – знайти гроші та випити. В просторіччі це звучить більш експресивно: «вимутити». Інколи якісь члени групи десь щезають, мабуть, достроково відправляються в рай, але приходять нові добровольці, відшліфувавши свою майстерність, та підписують професійний контракт. Святе місце ніколи не залишиться порожнім. Про контракт можна сказати окремо. З ким же його підписує питуща людина, що прагне до визнання та досконалості?! На язиці крутиться слово «диявол». Відкинувши релігійне підґрунтя, зазначу про метафоричність цього поняття. Слово «диявол» може уособлювати усю багатогранність людської підступності та брехні, бути узагальненим образом-антагоністом загальноприйнятої моралі та суспільно-культурних цінностей. Частині обивателів більше подобається словосполучення «зелений змій», але суті це не змінює. От людина і «укладає» у своїй свідомості чи підсвідомості угоду з уявним «можновладцем», що обіцяє за професійне виконання своїх обов'язків логічну винагороду у вигляді «вічного кайфу». Так і хочеться сказати, згадуючи основну вимогу складання

заповіту, що заключає угоду «перебуваючи в здоровому глузді та ясній пам'яті». Та чи є той глузд і пам'ять? В алкоголіка пам'ять вибіркова, а розум поступово розчиняється в оковитій. Та й горезвісний кайф виявляється не вічним!

Звичайно, мені можуть закинути, що зараз час цифровізації та суцільного сервісу. Можна замовити собі додому доставку алкоголю, їжі та будь-яких товарів. Навіть детоксикація організму можлива в домашніх умовах на професійному рівні. Або можна організувати останню процедуру у профільній віп-клініці. Я веду до того, що і волю алкоголіку проявляти особливо не потрібно. Виникає поточна задача, -- набрав потрібний номер і все вирішив. Мабуть, так, це можливо. Я називаю це «пасткою диявола», якщо повернутися до уявного контракту. Людина розуміє, що в неї є «чарівна паличка», здатна вирішити будь-яку проблему, пов'язану із вживанням алкоголю. Пастка легкого вирішення проблем не дає можливості вживачу повністю відчувати усі принади алкогольного буття: обезводнення організму, біль у всьому тілі, гематоми у різних місцях, галюцинації. Це досить скромний список наслідків саме для організму людини. Галюцинації виступають неначе вінцем досягнень митця на алкогольній ниві. Вершина еволюції! Коли вживач алкоголю позбавляється такого привілею, то виникають питання у його компетенції. Може, він «примазується» до славної когорти алкоголіків? Буває і так, коли вже у видужанні тверезий алкоголік додає собі «подвигів» п'яного життя. Не знаю, марнославство це чи ще щось. Кожний випадок можна аналізувати окремо, якщо взагалі потрібно. Але скажу, що досконалість меж не знає. Навіть маючи великі статки і кар'єру, можна пропити все. Залежить від обставин, часу та прагнення стати майстром своєї справи. В останньому варіанті воля теж шліфується, хоча й повільніше, ніж за класикою жанру. Поступове «звільнення» від матеріальних речей та грошей стимулює волю питущої людини шукати альтернативні можливості задовольняти алкогольні потреби. Тому варто відзначити очевидний зв'язок між цими станами людини. Матеріальні можливості багато в чому визначають рівень алкогольного

світосприйняття, але водночас умовне безгрошів'я запускає вольовий процес пошуку та здобуття алкогольних напоїв. Ступінь розвитку волі відповідно підвищується. Мушу зазначити, що «мажорний» тип алкоголізації обмежує спектр проявів волі, можна сказати, збіднює амплітуду когнітивних коливань індивіда. Коли все є за помахом «чарівної палички», то і воля десь відпочиває на денці бокалу. Проти цього тільки час і безперервний професійний розвиток, тобто, постійне вдосконалення у мистецтві питної справи. Досягнувши відносної свободи від матеріального світу, «просунутий» вживач досягає майже неосяжної волі у перманентному пошуку «вічного кайфу». Справжній Сізіф у всьому його різномаїтті!

Алкоголік протягом своєї кар'єри справно виконує укладений контракт, але протилежна сторона з плином часу починає хитрити. Кайфу все менше, а негативних наслідків все більше. Воля начебто на високому рівні, але її зусилля направляються на подолання алкогольного післясмаку. Таке життя досить цілеспрямоване і має чіткі контури потужної системи. Особливо це простежується у людей, що мають так звану «запійну» форму вживання. Навіть формулу можна вивести: сильне кількаденне/багатоденне вживання вихід із «запою» підготовка до нового вживання наступний «запій». І на кожному етапі до функціонування у просторі та часі підключається неабияка воля особистості. І чим нижче людина знаходиться на сходинці соціальної ієрархії, чим менше у неї матеріальних ресурсів, тим більше зусиль вона направляє на власне волевиявлення. Маю на увазі волевиявлення саме у бік вживання алкоголю. Інші аспекти життя у розрахунок не беруться, бо поступово втрачається їхня актуальність. Звичайно, що бувають якісь винятки, але вони тільки підтверджують правило. Крім того, не забуваймо про «п'ятдесят відтінків сірого», які сприяють різноманіттю алкогольних індивідуальностей у суспільстві.

Підсумовую свої роздуми невеликими висновками. Воля у алкоголіка є. З часом вона все більше підпорядковується саме «зеленому змію». На активацію волі впливає декілька основних факторів. По-перше, абстинентний синдром або

сильне похмілля. Важкість фізичного стану змушує людину шукати шляхи для полегшення цього стану. І це не тільки про потребу похмелитися, а й про відмову від виконання сімейних, службових або громадських обов'язків. По-друге, зменшення фінансового доходу спонукає волю і розум алкоголіка працювати на підвищених обертах, часто реалізуючи просто геніальні комбінації. А по-третє, природа самої залежності визначає вольову потугу як рушійну силу адиктивної творчості. Свої висновки нікому не нав'язую. Це лише поле для дискусії. І ще одне. Настав час «зеленого змія» перейменувати в «синього змія», оскільки синій колір, на думку переважної частини громадськості, більше асоціюється із вживачами спиртних напоїв. І про це теж можна говорити!

Гаврилюк Л. В.

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

ПАСТКА ДЖЕКПОТУ: КОЛИ ВИГРАШ ЦЕ ПРОГРАШ. ЛУДОМАНІЯ У ДЗЕРКАЛІ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Основні тези:

1. Анатомія лудоманії.
2. Інтерпритація uzалеzhnennya від гри у методі ПП.
3. «Родзинки» психологічних інтервенції у методі ПП. Випадки з практики.

Мета роботи: розглянути особливості психотерапевтичних інтервенцій з клієнтами.

Притча про людину, яка шукала контроль. Колись один чоловік прийшов до старого мудреця й сказав: «Я не можу зупинитися. Я знову і знову граю. Навіть коли виграю - мені мало. А коли програю – не можу змиритися, доки не поверну своє». Мудрець мовчки взяв піску і стиснув його в кулаці. Пісок почав висипатися крізь пальці. «Бачиш? – сказав він. – Чим сильніше стискаю, тим менше залишається». А тоді він розслабив руку. В долоні залишився невеликий жмень. «Ми втрачаємо не тоді, коли відпускаємо. А коли хапаємося за ілюзію контролю».

Лудоманія у поведінковому та позитивному підходах.

- Поведінковий механізм: змінне підкріплення, пошук збудження, уникнення болю.
- Симптом у позитивній психотерапії – послання; спроба компенсувати

розбаланс у чотирьох сферах: Тіло (психосоматика, напруга), Діяльність (втрата сенсу, монотонія), Контакт (самотність, ізоляція), Сенс/Майбутнє (екзистенційна порожнеча, втрата перспективи).

Що може ховатися за симптомом:

- Невисловлені потреби: визнання, успіху, контролю, безпеки, довіри.
- Мікротравми: досвід сорому, провалу, відчуття «я ніколи не виграю в житті».
- Культурні чинники: соціальна ганьба, ідеалізована «успішність», відсутність моделей конструктивного самовираження.

Як позитивна психотерапія працює з лудоманією:

- Вихід із «пастки симптомів» через позитивну переінтерпретацію.
- Робота з особистою історією через притчі, образи, метафори – без прямої конфронтації.
- Відновлення балансу в чотирьох сферах.
- Підсилення ресурсу, а не лише боротьба з «хворобою».

Симптом як спроба відновити внутрішній баланс.

4 базові сфери конфлікту:

- а. Тіло/здоров'я;
- б. Діяльність/досягнення;
- с. Контакти/стосунки;
- д. Фантазії/сенс/духовність.

Замість діагнозу – пошук ресурсу та прихованої потреби.

3 фази ППТ в роботі з ігроманією:

Фаза 1: Спостереження/Дистанціювання

Ціль: створити довіру та простір для самоспостереження.

Інструменти:

- Притчі, метафори («Коли виграш – це втеча»; «Контроль як ілюзія»);
- Анкета – для дослідження балансу сфер;
- Використання гумору, пауз, образів – зменшення опору.

Анкета «Мій внутрішній баланс»

Для самоспостереження та діагностики у випадку ігрової залежності

1. Тіло/здоров'я

- Як я себе фізично почуваю перед тим, як почати грати?
- Що відчуває моє тіло після гри?
- Чи буває, що я граю, щоб зняти напругу, безсоння або біль?

2. Діяльність/досягнення

- Чи відчуваю я себе реалізованим у своїй роботі/навчанні/хобі?
- Які інші заняття (окрім гри) дають мені почуття успіху чи

задоволення?

- Що я відкладаю або втрачаю через гру?

3. Контакти/стосунки

- Хто знає про те, що я граю? Як вони до цього ставляться?
- Чи маю я людей, з якими можу бути чесним і вразливим?
- Які стосунки для мене зараз є найважливішими? Що я в них

втрачаю або уникаю через гру?

4. Фантазії/Сенс/Майбутнє

- Для чого я граю? Що мені це дає (окрім грошей)?
- Що б я хотів відчувати замість того, що відчуваю під час гри?
- Яке майбутнє я уявляю собі без гри? Чи подобається мені цей

образ?

Фаза 2: Інвентаризація/Конфронтація

Ціль: виявити, що саме гравець намагається «виграти» в житті.

Інструменти:

- Робота з 4 сферами:
 - о Тіло – «Що відчуваєш перед і після гри?»;
 - о Діяльність – «Які ще форми задоволення чи досягнення є в житті?»;
 - о Контакти – «Хто знає, що ти граєш? Хто поряд у поразці?»;
 - о Сенс – «Що було би перемогою для тебе – не в грі, а в житті?».
- Концепт «мікротравми»: «Які невдачі з минулого ти намагалася

переграти?»

Фаза 3: Верифікація/Розширення цінностей

Ціль: перетворити симптом на точку росту.

Інструменти:

- Візуалізація життя без гри – заміщення поведінки на базі цінностей;
- Формулювання нового бачення: «Ти – не гравець. Ти – людина, яка

шукає перемоги через нові стратегії».

- Підсилення сфери Контактів (групова терапія, залучення близьких);
- Дослідження культурного бекграунду: наприклад, у чоловіків із

пострадянським досвідом – ідея «вигравати, щоб бути» як тиск.

Клінічний випадок: досвід роботи з пацієнтом із лудоманією

(у рамках Позитивної крос-культурної психотерапії за концепцією Н. Пезешкіана)

Опис випадку:

Пацієнт, 30 років, працівник ІТ-сфери, звернувся за психотерапевтичною допомогою з приводу залежності від азартних онлайн-ігор. На момент початку терапії спостерігалось виражене почуття сорому, пов'язане з фінансовими боргами (кредитами) та втратами довіри з боку близького оточення, зокрема родини, яка його підтримувала. Залежність також впливала на його стосунки з дівчиною, яка, однак, залишалася поруч протягом усього періоду лікування.

Терапевтичний процес:

У межах річної терапевтичної роботи (49 індивідуальних сесій) застосовувалися принципи Позитивної психотерапії. Основною метою терапії було виявлення та пропрацювання внутрішнього конфлікту, що лежав в основі деструктивної поведінки. Зокрема, проявлявся конфлікт між потребою у визнанні та страхом не відповідати очікуванням (Я-ідеальне), а також конфлікт лояльності до родини й почуття особистої невдачі.

У процесі терапії використовувалися такі методи:

- робота з базовими здібностями (терпіння, довіра, відповідальність);
- техніка парних конфліктів;

- метод біографічної реконструкції (зокрема стосунків із батьківськими фігурами);
- застосування метафор та елементів баланс-моделі (тіло-дія-контакт-сенс).

Протягом усього періоду терапії не зафіксовано жодного рецидиву. На фінальному етапі клієнт повністю припинив азартну поведінку, стабілізував фінансове становище, відновив довіру в стосунках та перейшов на етап усвідомленого одужання.

Висновки. Цей клінічний випадок демонструє можливість тривалої терапевтичної роботи із залежною поведінкою без застосування медикаментозної підтримки, а також підкреслює важливість включення родинного контексту, акценту на ресурсах особистості та глибокої емоційної підтримки з боку партнера.

Література:

1. Пезешкіан, Н. (1987). Позитивна психотерапія: Теорія та практика нового методу;
2. Пезешкіан, Н. (2020). Позитивна психотерапія. Основи, структура і приклади. Львів: Український інститут Позитивної психотерапії;
3. Пезешкіан, Н. (2018). Казки, які лікують. Київ: Дух і літера;
4. Пезешкіан, Н., Рахнама, С. (2000) Позитивна сімейна терапія;
5. Ленгле, А. (2019) Екзистенціальна психотерапія та залежність: Особиста зустріч. В екзистенціальній перспективі та залежності. Routledge (британський видавничий дім);
6. Вурмзер, Л. (1978). Прихований вимір: Психодинаміка болю;
7. Марута Н.О. (2017). Психотерапевтична допомога при залежностях у підході Позитивної психотерапії. Київ: Науково-практичний журнал «Психотерапія»;
8. Всесвітня асоціація Позитивної психотерапії (WAPP) – www.positum.org

Грись А.М.,

доктор психологічних наук, професор,
головний науковий співробітник
лабораторії психології соціально дезадаптованої особистості
Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України
antoninahrys@psychology-naes-ua.institute
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0153-2303

Павлюк М.М.,

доктор психологічних наук, професор,
завідуюча лабораторії психології
соціально дезадаптованої особистості
Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0822-8128

ОБРАЗ Я ТА АВТОНОМНІСТЬ ЯК РЕСУРСИ ВІДНОВЛЕННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ

В умовах війни триває пошук ресурсів для відновлення особистості як інструментів поліпшення стану психологічного благополуччя. Як в Україні, так і за кордоном у наших громадян відбувається трансформація особистісних смислів, ціннісних пріоритетів та орієнтирів, які задіюють центральні психоструктури особистості – Образ Я та автономність. Від того, наскільки вони розвинені залежатиме здатність особистості до активізації свого внутрішнього потенціалу, своїх знань, умінь, навичок та їх спрямування на самовідновлення.

Образ Я як сукупність уявлень, ставлень діянь стосовно себе визначатиме адаптивний потенціал особистості у сучасному, динамічному, соціокультурному просторі. Тоді як автономність зі своїми функціями слугуватиме внутрішнім механізмом наповнення Образу Я новими уявленнями

та можливостями.

В основі автономності – здатність до вибору, самостійне прийняття рішень та незалежність. Це ті здатності, які закладаються у ранньому віці. Та це зовсім не означає, що ті, кому не пощастило їх здобути у ранній період приречені на залежну поведінку. Важливою є мотивація до самопізнання та саморозвитку у контексті трансформації Образу Я та автономної поведінки.

Чим більше практики рефлексії, автономності у цьому процесі, тим більше можливостей для пізнання свого Я та саморозвитку.

На наш погляд достатньо задати собі чіткі запитання про те, хто Я є зараз, сьогодні, у цю хвилину? Як влучно висловилося, одна колишня студентка з України, яка виїхала за кордон, та проживала у чужій країні після повномасштабного вторгнення понад рік: важливо не де Ти є? А хто ти є?

Як відомо ресурси є зовнішні і внутрішні. Саме їх важливо ідентифікувати та активізувати під час війни, щоб не скотитися у прірву відчаю, апатії, безпорадності та безнадійності. Розгубленість, невизначеність є частим запитом від клієнтів в умовах війни. Навіть нещодавні зміни до Правил перетинання державного кордону чоловіками з 18-22 років викликали бурхливу хвилю реакцій та шквал емоцій як у молодих людей, так і членів їх сімей. Саме постійні зміни змушують знову і знову замислюватися над вічними з одного боку питаннями Хто Я? А з іншого боку такими живими і значущими в умовах війни. Я українка (українець), Я – мігрант (мігрантка'0? Я – переміщена особа? Хто Я? І який мій стан у цьому статусі саме зараз? І як це впливає на мене саме зараз? Це додає мені енергії чи забирає її? Яким є моє Я у цих умовах?

Аналіз складних життєвих обставин в умовах війни вимагає і перегляду ставлень до себе і нового розуміння себе і ситуацій, які є специфічними в умовах війни. Це стосується і зміни статусів, які спіткали багатьох наших громадян, що виїхали за кордон і загострення хронічних хвороб і розриву значущих стосунків, що безумовно позначається на змістовому наповненні Образу Я особистості та висуває нові вимоги до дієвості автономних функцій

особистості. Знову й знову доводиться здійснювати нові вибори та приймати складні рішення, які потребують особистісного змінювання.

І тут можна використати для аналізу складних ситуацій та прийняття конструктивних рішень певний алгоритм запитань до Себе. Тобто звернутися до Образу Я у контексті розуміння себе теперішнього у кожній конкретній ситуації, звертаючись до думок про себе і ситуацію, що склалася. Відчуття по відношенню до себе та ситуації. Мої потреби у цій ситуації. Моя роль у цій ситуації. Найважливіше для мене у даній ситуації. Що мені бачиться як істинна у цій ситуації? Як Я себе проявляю у цій ситуації? На що сподіваюся? Які внутрішні суперечності вирують у моєму внутрішньому світі? Яких навичок мені бракує?

Такого роду запитання активізують внутрішні ресурси особистості та можуть сприяти відновленню психологічного здоров'я та благополуччя особистості. У контексті автономності особистості важливо задіювати запитання типу: «Якого Себе я обираю у цій ситуації», «Що кажу Я Собі? Що кажу Я іншим у цій ситуації», «Що перестаю Собі казати у цій ситуації?», «Що перестаю іншим казати у цій ситуації?». Таким чином можна активізувати і соціальні ресурси, задіюючи їх потенціал для відновлення власного емоційного стану в умовах війни.

Особливої уваги слід приділяти власному тілу та його ресурсам. Адже те, які відчуття у тілі, і те як ми рухаємося впливає на самосприйняття та самоусвідомлення. Яким є моє тілесне Я саме зараз? Яким був мій досвід тілесний із початку повномасштабного вторгнення? Який психосоматичний досвід? Адже через порушення приватності в умовах війни та вимушеного перебування в обмеженому просторі чи у сховищі виникають тілесні затиски, які доводиться знімати різними засобами.

Духовне Я також задіюється у процесі відновлення під час війни. І тут важливо також методологічно розмірковувати над різницею між поняттями «Дух», «Душа» і «Тіло» у аспекті їх інструменталізації. Дух – творець, Душа – переживання, Тіло - відчуття. І якщо виходити з таких міркувань, то у контексті

себе духовного, що Я можу творити зараз у тому місці де знаходжуся? Хто Я як Творець? Я як Творець, який? І тут на рівні ідеї приходить поняття «співтворчості», адже співтворчість розкриває потенційні ресурси та можливості і дає змогу відчувати повноту життя. Співтворчість як комунікація, як діалог з іншим де зустрічаються різні світи, які породжують нове сяйво на межі двох Я. І коли я вдивляюся у іншого Я розкриваю нові сторони свого Я, раніше невідомі і незвідані як стежини, нові дороги до себе справжнього. У аспекті співвідношення Я і душа, можемо задаватися запитаннями: «Як Я переживаю досвід війни? Як цей досвід відображається в моїй душі? Як цей досвід «перетравлюється мною?». Що значить для мене бути духовним? До речі, що цікаво такого роду запитання самі по собі є надзвичайно ресурсними. Одного разу запитавши студентів третього курсу під час навчання у онлайн-форматі, що значить для кожного із них бути духовним? Ми почули відповіді із вікіпедії. Після чого ми ще раз попросили дати відповідь на це запитання так як самі вони його розуміють. Дехто спробував пов'язати духовність із релігією, дехто із йогою. І лише незначна частина студентів спробувала розмислити над цими категоріями з позицій власного Я. Після чого у зворотньому зв'язку студенти відмічали, що навіть не замислювалися над духовним Я.

Техніка задавання запитань активно застосовується у різних напрямках психології. Це мистецтво, якому ми навчаємося як у практиці роботи з психологом, так і в практиці самодопомоги. Конструювання запитань має свою специфіку у різних напрямках роботи психолога. Та найголовніше задавати запитання зсередини. Вміти дослухатися до них і чути їх. І давати відповіді також власні не «голоси інших із себе», а саме себе справжнього, істинного.

Так, Образ Я та автономність є тими характеристиками, які за умови їх розвитку дають внутрішні опори у процесі відновлення внутрішніх ресурсів особистості. Важливими при цьому є контекст, вибір, самостійність, співтворчість.

Жидко М.Є.

кандидат психологічних наук (PhD), доцент

декан гуманітарно-правового факультету

Національного аерокосмічного університету

«Харківській авіаційний інститут»

m.zhydko@khai.edu

<https://orcid.org/0000-0003-1181-4774>

ДОЛЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЦИФРОВУ ЕПОХУ

Анотація/Abstract. Цифровізація інтимної сфери змінила доступність, інтенсивність і різноманіття сексуальних стимулів. На перетині нейробіологічної вразливості, психологічних чинників і архітектури онлайн-платформ виникає континуум поведінок — від рекреаційного користування до компульсивного. У доповіді узагальнено сучасні дискусії щодо розладу компульсивної сексуальної поведінки (CSBD) в МКХ-11 та відсутності діагнозу «сексуальна залежність» у DSM-5. Зроблено акцент на виклики у контексті цифросексуальності та «ідеального шторму». Обговорені специфічні проблеми концептуалізації. У висновках надані практичні алгоритми для практиків.

The digitalization of intimacy has transformed the accessibility, intensity, and diversity of sexual stimuli. At the intersection of neurobiological vulnerability, psychological factors, and the architecture of online platforms, a continuum of behaviors emerges — ranging from recreational use to compulsive patterns. This paper summarizes contemporary debates regarding Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD) in ICD-11 and the exclusion of «sexual addiction» from DSM-5. Special attention is given to challenges in the context of digisexuality and the notion of a «perfect storm.» Conceptual difficulties are critically examined. The conclusions provide practical algorithms for clinicians and practitioners.

Ключові слова/Key words: ідеальний шторм, цифросексуальність, сексуальна залежність, компульсивна сексуальна поведінка, цифрові платформи, нейробіологія залежностей, моральна неузгодженість, алгоритми діагностики. Perfect storm, digisexuality, sexual addiction, compulsive sexual behavior, digital platforms, addiction neurobiology, moral incongruence, diagnostic algorithms.

Вступ. «Ідеальний шторм», якій зараз переживає усе людство, будь якою мірою залучене до глобального інформаційного простору, радикально трансформує майже всі аспекти людського життя, в тому числі такі інтимні як сексуальність [1]. У 2017 р. Н. МакАртур і М. Твіст [2] вводять термін *digisexuality* для опису нової сексуальності, де технологія є не допоміжним інструментом, а центральною складовою досвіду/ідентичності. М. Твіст каже про двохвильову модель цифросексуальності, де перша хвиля це коли технологія *опосередковує контакт між людьми* (наприклад дейтингові застосунки, порнографія онлайн, секс-камери тощо), а друга коли технологія створює повноцінний *імерсивний досвід* без обов'язкового залучення людини (секс-боти, VR/AR-секс, чат-боти/AI-компаньйони, теледільдоніка тощо). У 2021 р. Н. Доринг [3] створив альтернативну таксономію, розрізняючи сексуальну взаємодію: (1) *через* цифрові технології (людський-людський контакт, платформи як канал), (2) *за допомогою* (цифрові артефакти розширюють/модерують контакт), (3) *з технологіями* як об'єктами або агентами взаємодії (роботи, чат-боти, теледільдоніка, VR-сцени). Це уточнило двохвильову модель, додавши структурну оптику «канал—модератор—партнер».

Разом з цим виникають *дигісексуали* — люди, для яких технологія є **первинним** джерелом сексуального задоволення/близькості, а не лише інструментом. Важливо підкреслити, що це не синонімічно техносексуальності - любові до використання у сексуальній взаємодії гаджетів і не тотожно фетишам на машини. Виникнення нової форми сексуальності змушує нас

подивитися скрізь її призму на традиційну сексопатологію, зокрема на поняття сексуальної залежності (СЗ).

Також «ідеальний шторм» кардинально трансформував ландшафт поведінкових залежностей. Визначення СЗ еволюціонувало від сформульованої П. Карнесом ще у 1983 р. концепції «сексуальної аддикції» як патологічної залежності від сексу як від «муд-альтератора» (від англ. mood-altering experience - досвід, що змінює настрій) до сучасних класифікацій у МКХ-11 як компульсивного розладу сексуальних імпульсів/поведінки (CSBD). У DSM-5 гіперсексуальний розлад був запропонований, але не включений через брак консенсусу (хоча було включено специфікатори для кіберсексу та порнографії; симптоматика також може кодуватися в рамках інших розладів - імпульс-контроль, ОКР-спектр, біполярні розлади, ПТСР, вжиток речовин).

Сьогодні СЗ включає критерії, подібні до інших залежностей: *толерантність* (потреба в інтенсивнішому стимулі), *абстиненцію* (тривога при відсутності), *втрату контролю* та *продовження поведінки попри негативні наслідки* [4]. Для валідації та забезпечення стандартизованих, сучасних інструментів скринінгу використовуються оригінальна (CSBD-19) та коротка (CSBD-7) версії Шкали компульсивного розладу сексуальної поведінки.

Великі міжнародні опитування (N≈80 тис., 42 країни) оцінюють частку осіб із високим ризиком CSBD у ~4–5% (із гендерними відмінностями та культурними градієнтами). Окремі популяційні оцінки коливаються 3–11% залежно від інструментів і порогів.

Як коморбідність можуть бути тривога, депресія, РДУГ, ОКР-спектр, розлади вживання речовин. Чинники вразливості: досвід насильства/занедбання, сором і ригідні норми сексуальності; у певної частини — конфлікт цінностей, що модерує «самосприйняту залежність».

Легка доступність та дешевізна інтернет-порнографії, анонімність, імерсивні технології (VR/AR) та розвиток соціальних мереж створили безпрецедентні умови для формування та підтримки компульсивної сексуальної поведінки. СЗ стала більш поширеною серед молоді та маргіналізованих груп,

таких як ЛГБТК+ спільнота, де інтернет надає безпечний простір для сексуального самовираження. Саме тому СЗ все частіше проявляється саме в онлайн-середовищі, що вимагає переосмислення її психологічної феноменології та механізмів (відповідно і діагностики, профілактики і терапії).

Мета роботи. Проаналізувати трансформації феноменології СЗ в контексті стрімкої цифровізації (феномену дігісексуальності), дослідити основні тригери та чинники ризику, нейробіологічні та психологічні механізми її формування та окреслити проблеми, що виникають.

Основний виклад матеріалу. СЗ (також відома як гіперсексуальний розлад, компульсивна сексуальна поведінка) характеризується стійкою, дезадаптивною моделлю компульсивних сексуальних дій, що призводять до клінічно значного дистресу чи порушення функціонування в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життя. У цифрову епоху основним об'єктом залежності стає не сексуальна взаємодія, а її симулякр – порнографічний контент, віртуальні стосунки, кіберсекс тощо.

Сприятливе та стимулююче цифрове середовище породжує нові форми СЗ:

- 1) Залежність від інтернет-порнографії - компульсивне споживання або виробництво різноманітного порнографічного (або еротичного) контенту. За допомогою великих платформ це має сильну матеріальну підтримку.
- 2) Кіберсекс-залежність - компульсивна участь у онлайн-секс-чатах, вебкам-шоу.
- 3) Залежність від віртуальної реальності (VR) - компульсивне занурення у імерсивний досвід, що стирає межі між реальністю та симуляцією.
- 4) Залежність від знайомств (Dating Apps) - компульсивне використання додатків для знайомств (на кшталт Tinder) для пошуку партнерів, часто без мети реальної зустрічі, а заради процесу «свайпінгу» та отримання миттєвого підтвердження.

Тригерами та чинниками ризику СЗ в контексті дігісексуальності стають:

- 1) *Необмежений доступ* (Інтернет усуває географічні, часові та соціальні бар'єри, роблячи контент доступним 24/7).
- 2) *Анонімність*. Це зменшує страх розкриття та соціального осуду, що є ключовим чинником для початку та ескалації компульсивної поведінки [5].
- 3) *Ефект «суперстимулу»*. Сучасна онлайн-порнографія є надпотужним стимулом, що значно перевершує будь-які природні сексуальні роздратники за інтенсивністю, різноманітністю та новизною, що призводить до швидкої сенситизації мезолімбічного шляху [6].
- 4) *Платформна архітектура та алгоритми рекомендацій*. Платформи, що використовують системи персоналізованих рекомендацій, створюють «порочне коло» залежності, пропонуючи все більш екстремальний або специфічний контент для утримання уваги користувача. Нескінченна стрічка, push-нотифікації, low-friction монетизація (підписки, токени, live-tips) і дифузія генеративного контенту (deepfake-порн) — все це підсилює частоту й тривалість залучення.

Нейробіологічні механізми СЗ подібні до механізмів хімічних залежностей, що підтверджує її статус як справжнього поведінкового розладу.

По-перше це *дисфункція системи винагороди*. Як і при хімічних залежностях, ключову роль у СЗ грає мезолімбічний дофаміновий шлях. Сприятливий сексуальний контент спричиняє викид дофаміну, що створює відчуття задоволення та мотивації до повторення дії. При компульсивному вживанні відбувається:

- Сенситизація («перестрілка») - підвищення чутливості до конкретних сексуальних тригерів (частіше за все пов'язаних із порноконтентом).
- Десенситизація («притуплення») - зниження чутливості до природних винагород (справжній секс, соціальна взаємодія) та звичайних подразників. Користувач потребує все більш екстремального або нового контенту для досягнення колишнього рівня збудження [6 та 7].

- Гіпофронтальність - послаблення контролю префронтальної кори, яка відповідає за прийняття рішень, контроль імпульсів та оцінку наслідків. Це призводить до компульсивності та втрати контролю [8].

По-друге це *нейропластичність* - хронічне вживання сексуального контенту викликає структурні та функціональні зміни в мозку, зокрема в областях, пов'язаних із імпульсивністю та реакцією на винагороду (стріатум, орбітофронтальна кора) [9]. На думку дослідників це підтверджує, що СЗ має реальну біологічну основу.

I-PACE-модель: аддиктивні патерни онлайн-сексуальної активності зумовлені взаємодією (І) індивідуальних рис (імпульсивність, психопатологія), (Р) емоцій/стресу, (А/С) когніцій та очікувань/виконавчих функцій і (Е) виконання поведінки. Ключову роль грають алгоритмічно підсилена тригерності та «миттєві винагороди».

Наслідки діджитосексуальної СЗ спостерігаються у трьох головних сферах:

Психічне здоров'я - депресія, тривога, низька самооцінка, почуття провини та сорому.

Парні стосунки (подружні, партнерські тощо) - емоційна відчуженість, недовіра, розлади інтимності.

Соціальне функціонування - академічна чи професійна неуспішність, ізоляція.

Серед тих, хто шукає психологічної (або медичної) допомоги в зв'язку з СЗ 78% – чоловіки, з початком у підлітковому віці (54%) або ранній дорослості (30%). Крім СЗ ранній і випадковий контакт із жорстким контентом у підлітків (в деяких випадках у дітей) може призводити до нормалізації насильницьких сценаріїв, викривлення уявлень про згоду/тілесність. Водночас занадто жорсткі заборони стимулюють обхідні практики (VPN).

При всьому цьому дотепер велику дискусію в концептуалізації СЗ має чинник *моральної неузгодженості* (moral incongruence, або MI). MI — це переживання розриву між особистими цінностями та сенсами (або цінностями і сенсами референтної соціальної групи) і власною сексуальною поведінкою. У

частини людей, які діагностуються як сексуально залежні, саме неузгодженість цінностей із поведінкою генерує відчуття «залежності» й дистрес (інколи незалежно від частоти використання). В цьому сенсі МКХ-11 спеціально застерігає: дистрес, зумовлений лише моральними переживаннями, недостатній для діагнозу CSBD. Тобто сама по собі провина/сором через невідповідність цінностям не СЗ. Проте на практиці відрізнити «дистрес через МІ» від «дистресу через втрату контролю та наслідки» буває складно. Подібні ефекти МІ знаходять і щодо «залежності від інтернету/соцмереж/ігор»: моральна неузгодженість здатна підсилювати саме відчуття втрати контролю.

Критики МІ застерігають від ризик редукціонізму: надто широке застосування чиннику МІ може знецінити випадки реальної дисрегуляції (коли є чітка втрата контролю, ескалація, час/наслідки), а не лише «афект провини». МКХ-11 саме для цього тримає акцент на повторній втраті контролю та шкоді. Крім того можливе співіснування чинників: у частини людей висока інтенсивність використання + дефіцити контролю йдуть поруч із високою МІ. В таких випадках «це не лише мораль»: потрібна оцінка за критеріями розладу, а не тільки робота з цінностями. Важливо також враховувати культурний контекст: висока релігійність може підсилювати МІ та зв'язок із «самосприйнятою залежністю».

Проводячи психологічну профілактику, психотерапію або реабілітаційні заходи щодо СЗ треба враховувати її багатовимірність та три перспективні напрямки: клінічний (скринінг, діагностика, терапія), дослідницький (лонгітуди, нейробіологія, культурні відмінності) та політичний (алгоритми, платформи, захист неповнолітніх).

Висновки.

1. Стрімкий розвиток цифрових технологій виступає потужним каталізатором еволюції СЗ, формуючи її нові, специфічні форми. З одного боку феноменологія діджитосексуальної СЗ характеризується класичними аддиктивними симптомами, з іншого - трансформується та набуває специфічні прояви та наслідки для особистості. Діагностичні критерії в

МКХ-11 є кроком уперед, але інструменти діагностики саме дігітосексуальної СЗ потребують удосконалення з урахуванням контексту.

2. Як для дослідників, так й для практичних фахівців це створює такі нові виклики: 1) розробка валідованих діагностичних інструментів спеціально для дігітосексуальної СЗ; 2) проведення довгострокових лонгітюдних досліджень для вивчення структурних та функціональних зв'язків в дігітосексуальної СЗ; 3) дослідження впливу новітніх технологій (VR, штучний інтелект у генерації контенту) на динаміку СЗ; 4) розробка та оцінка ефективності спеціалізованих онлайн- та офлайн-програм профілактики та реабілітації дігітосексуальної залежності.
3. Для первинної допомоги можна використовувати наступний алгоритм: 1) скринінг на шкоду/імпакт (робота, стосунки, фінанси, правові наслідки тощо); 2) визначення патернів дігiтальної СЗ (порн, чат/стрім, дейтинг, секс-послуги тощо), а також тригерів; 3) диференціальна діагностика від манії / ОКР / ПТСР/ РДУГ/ вжитку речовин, оцінка суїцидального ризику; 4) вимірювання за шкалами (наприклад, CSBD-19/7, або, у відповідних випадках PPCS-6/18, CPUI-9) + валідні опитники депресії/тривоги/імпульсивності; 5) обговорення питань моральної неузгодженості й інтерналізованого сорому + узгодження цілей (абстиненція vs помірність/контроль); 6) спільне формування плану терапії, якій обов'язково включає в себе контракт та інформовану згоду.

Ключові джерела

1. Жидко М.Є. Доля залежностей у часи ідеального шторму. *Перша всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології: матеріали науково-практичної конференції 16-17 вересня 2023 р.*: 3б. матеріалів Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

2. McArthur N., Twist M. The rise of digisexuality: therapeutic challenges and possibilities. *J Sex & Relationship Therapy*, 2017
3. Döring N. Sexual interaction in digital contexts: through, via, with technologies. *Arch Sex Behav*, 2021 (open access)
4. World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO. (Category 6C72 Compulsive sexual behaviour disorder)
5. Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1(2), 187–193
6. Hilton, D. L., & Watts, C. (2011). Pornography addiction: A neuroscience perspective. *Surgical Neurology International*, 2, 19
7. Voon, V., Mole, T. B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., ... & Irvine, M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLoS One*, 9(7), e102419
8. Brand, M., Snagowski, J., Laier, C., & Maderwald, S. (2016). Ventral striatum activity when watching preferred pornographic pictures is correlated with symptoms of Internet pornography addiction. **NeuroImage**, 129, 224–232.
9. Kühn, S., & Gallinat, J. (2014). Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption: The brain on porn. *JAMA Psychiatry*, 71(7), 827–834.

При підготовці тез було задіяно ChatGPT та Gemini для перекладу деяких наукових джерел та оформлення роботи щодо формальних вимог.

Кучеренко А.П.,

Практичний психолог

ГО «Твереза спільнота Крепость»

dj.hang84@gmail.com

КРИЗА ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ІНТРАПСИХІЧНА ІЗОЛЯЦІЯ В ПОСТРЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

«Людина має бути собою,
перш ніж зможе бути з кимось іншим».

Ерік Еріксон

Вступ. Кожен, хто хоч раз працював із узалежненими людьми після реабілітації, знає – справжні виклики починаються тоді, коли людина повертається до звичного середовища. Там, де знову з'являються спокуси, старі ролі, тиск очікувань. Мене, як психолога зацікавив саме цей етап – постреабілітаційний. Це завершальний етап реабілітаційного процесу, який спрямований на відновлення функціональності учасників та адаптацію до повсякденного життя після основного етапу видужання. Перед тверезою особистістю постають нові виклики: необхідність переосмислення власних цінностей, цілей, ролей у соціумі і місця в житті. Саме тоді з'являється те, що я часто бачу в психологічній практиці наростання кризи та внутрішніх конфліктів: з одного боку – подальше бажання змін, з іншого – страх, розгубленість, нестача внутрішніх опор, складнощі з побудовою стосунків, психологічна адаптація через відмову від справжнього себе. Саме за таких умов може виникати інтрапсихічна ізоляція – стан, коли людина втрачає зв'язок із власними думками, емоціями, потребами та поглядами, що ускладнює становлення та інтеграцію нового «Я» та посилює ризик рецидиву.

Це пов'язано з тим, що після завершення контрольованого реабілітаційного середовища людина стикається з реальністю, де більше тригерів, менше підтримки й більше відповідальності. Саме в цей період

загострюється кризові процеси ідентифікації як такої, коли людина не до кінця розуміє, ким вона є без вживання, і яке життя прагне будувати далі.

Ця доповідь – спроба поглянути глибше та зрозуміти психологічні процеси, що відбуваються з узалежненим після стаціонарного етапу лікування. Вона має на меті допомогти нам, фахівцям, сформувати ефективну взаємодію та розуміння як ми можемо підтримати цей складний, але надзвичайно важливий процес для зміцнення нової особистісної ідентичності залежного, попередження рецидивів та успішної соціальної адаптації.

Мета роботи: дослідити феномен кризи ідентичності та пов'язані з цим процеси внутрішнього відчуження у людей, які перебувають у постреабілітаційному просторі після вживання психоактивних речовин. Увага зосереджена на внутрішньому психологічному вакуумі, екзистенційній втраті орієнтирів та недостатці внутрішньої винагороди за зусилля, що ускладнює формування нової Я-концепції та провокує відчуття порожнечі.

Розглядається природа психоемоційної напруги перебування наодинці з собою, також в умовах відсутності зовнішньої стимуляції, де страх самотності є, по суті, униканням зустрічі з власним «Я», з тими почуттями, що підіймаються зсередини, болем, соромом, провиною та тривогою. Порожнеча, яка переживається після відмови від вживання, трактується не як «нічого», а як дифузія ідентичності, коли ще не сформовано розуміння, ким є людина поза роллю залежного.

У дослідженні розглядається поняття автономії у підході Транзакційного аналізу (ТА, Е. Берна), як здатності індивіда до вільного усвідомлення, спонтанності та близькості, що порушується під впливом домінуючих сценарних патернів, та неусвідомлений «стимульний голод» потреба в адекватній фізичній, психологічній та соціальній стимуляції, що може компенсуватися деструктивними або компульсивними формами поведінки. Особлива увага приділяється концепції «структурування часу» як способу подолання внутрішньої нестабільності.

Так, ця робота спрямована на глибше розуміння психологічних механізмів, які ускладнюють формування нової ідентичності в осіб, через призму ТА. Виявлення шляхів подолання інтрапсихічної ізоляції, формування нової, автентичної ідентичності, розвиток навичок саморефлексії, вміння бути з собою та побудови внутрішньо узгодженого життя. Також буде запропоновано напрямки подальшої соціалізації та психологічної підтримки у постреабілітаційному періоді.

Основний виклад матеріалу. Суть поняття «криза ідентичності» вперше описав німецько-американський психолог Ерік Еріксон у своїй теорії психосоціального розвитку. Він ввів цей термін для позначення етапу, коли особистість стикається з необхідністю сформувати цілісне уявлення про себе, свою роль у світі та систему цінностей. Хоча першочергово Еріксон пов'язував кризу ідентичності з підлітковим віком, сьогодні це поняття актуальне і для осіб із розладами залежної поведінки, починаючи з початкових етапів видужання і закінчуючи постреабілітаційним періодом.

Проаналізувавши різні наукові джерела, розглянемо ідентичність як складне особистісне утворення, що є ключовим у процесі реабілітації осіб із залежністю. Ідентичність охоплює особисту тотожність, цілісність (відчуття і усвідомлення себе незмінним незалежно від змін ситуацій і ролей), спадкоємність власного минулого, сьогодення і майбутнього, а також визнання певної межі схожості з іншими людьми при одночасному усвідомленні власної унікальності та неповторності. За нашими спостереженнями у частини людей схильних до узалежнень, криза ідентичності проявляється ще до початку вживання. Внутрішня самість у таких людей часто залишається не сформованою або проявляється через фрагментарну ідентичність, немає чітких контурів та уявлень про себе, своїх меж, цінностей, напрямків життя. Людина відчуває себе порожньою, ніби загубленою у власному світі. Цей стан схожий на мандрівку в тумані без компаса: кожен день спроба вхопитися за щось, що дасть орієнтир або полегшення. Тоді на сцену і виходить речовина - як спроба дати сенс, структуру, заспокоєння. Але це хибна опора, тимчасова і руйнівна.

Тому робота з залежністю це насамперед шлях назад до себе, пошук справжнього «Я», яке колись загубилось.

У процесі подолання залежності, відновлення ідентичності ґрунтується на двох важливих аспектах: з одного боку відчутті цілісності і безперервності власного існування, з іншого на усвідомленні та прийнятті себе в новому соціальному середовищі, де залежна особа прагне повернути собі суб'єктність і контроль над життям.

Як я бачу на практиці, клієнти які пройшли курс лікування, часто стикаються з глибокою кризою особистої цілісності, що тісно переплетена з втратою екзистенційного змісту. Якщо раніше система підтримки, нових цінностей, спосіб життя та коло спілкування формувала стаціонарна програма видужання, то після завершення реабілітації нова твереза ідентичність не завжди до кінця сформована. Це створює стан внутрішньої нестабільності, ізоляції та деінтеграції особистості. Що ще більш посилює відсторонення, внутрішньоособистісну ізоляцію та самозамикання. Людина перестає довіряти собі, іншим, соромиться або уникає контакту із собою та оточенням. Суб'єкт ніби «призупиняє» активну участь у житті, що ззовні може проявлятися як пасивність, пригніченість, демотивація. Усередині ж це часто супроводжується напруженням та неусвідмленою тривогою. Цей стан можна розглядати як форму психологічного захисту, своєрідний «режим очікування» «standby», у якому психіка прагне убезпечити себе від перевантаження в умовах внутрішнього завмирання.

У такій ідентифікаційній кризі залежний перебуває в стані невизначеності щодо власного «Я», ролей у суспільстві, це проявляється у запитаннях: «Ну кинув я вживати, а що далі?», «Чого я хочу насправді?» «Як робити вибір, коли ніхто не каже, як правильно», «Яке моє місце серед інших?». Ці внутрішні пошуки часто супроводжуються емоційною напругою, тривожністю та почуттям втрати і сорому, призводячи до відсторонення та ізоляції.

Ось деякі ознаки кризи ідентичності у постреабілітаційний період:

- Відчуття порожнечі та внутрішньої розгубленості, низька толерантність до самотності;
- Втрата інтересу до колишніх занять або труднощі з формуванням нових життєвих цілей;
- Спостерігаються складнощі з інтеграцією нового досвіду, а також із застосуванням сформованих навичок здобутих на реабілітації;
- Підвищена тривожність, страх перед соціальними ролями та відповідальністю;
- Складнощі з ухваленням рішень, нерішучість, сумніви;
- Дратівливість, емоційна нестабільність, плаксивість або апатія;
- Бажання ізолюватися або уникати контактів, що може посилювати інтрапсихічну ізоляцію;
- Низька самооцінка, відчуття неприйнятності та небажаності у новому соціальному середовищі.

Багато наукових досліджень показали, що сенсорна стимуляція є однією з базових потреб вищих організмів. На основі цих відкриттів та клінічних спостережень Ерік Берн сформулював поняття концепції голоду та погладжування.

Розглядаючи кризовий процес особистості uzалежнених, можна спостерігати як особистість стикається з проявами різних видів психологічно голоду, що у межах теорії транзакційного аналізу трактується як глибока потреба у визнанні, соціальній взаємодії та приналежності. Цей голод не є лише наслідком дефіциту зовнішніх або внутрішніх контактів, а радше сигналізує про «розмиту» внутрішню цілісність, вплив адиктивного розщеплення на особистість залежного і не до кінця сформовану структуру особистості.

Концепція «голодів» як системна основа для розуміння кризи ідентичності uzалежнених.

1. Голод за стимулами (сенсорний голод). Це потреба у фізичній та емоційній стимуляції - дотиках, підтримці, прийнятті та любові. Берн називає

це «погладжуваннями» як зовнішніми (обійми), так і внутрішніми (емоційна підтримка, схвалення, визнання).

Особливістю психіки осіб із хімічною залежністю є гіпертрофована потреба у стимуляції - як фізіологічній, так і емоційній. Протягом тривалого часу психіка залежного перебувала в умовах штучно підвищеної стимуляції через психоактивні речовини. Нейрофізіологічно це підтримувалося постійною активацією дофамінергічної системи, що призводило до формування патологічного кола задоволення.

У процесі відмови від вживання виникає голод, явище фізіологічного та емоційного дефіциту стимуляції. Людина потрапляє у стан внутрішньої порожнечі, яка характеризується відсутністю звичних емоційних «підйомів», притупленістю відчуттів, втратою здатності отримувати задоволення від природних джерел.

Також у залежних спостерігається недостача сенсорних стимулів, вони відчують дефіцит щирих контактів, тілесної присутності та емоційного включення. Такий дефіцит призводить до гіперчутливості, зниження толерантності до фрустрації, а іноді до пошуку крайніх стимулів (наприклад, повернення до вживання). Перестимуляція ж, наприклад, через надлишок зовнішніх очікувань або соціального тиску, може спричинити виснаження, внутрішнього хаосу та дестабілізації.

2. Голод за визнанням. Це потреба у тому, щоб бути побаченим, почутим, визнаним та прийнятим, вона актуалізується саме в постреабілітаційний період, коли людина повертається у відкритий соціум. Саме тоді «голод» загострюється тому, що немає звичних схем отримання «погладжувань» залежний закриває голод за визнанням через девіантні прояви - демонстративність, провокації, маніпуляції, агресію, пасивну поведінку, залежну поведінку, знецінення інших, ролі жертви чи героя, провокування конфліктів, епатаж. У контексті залежності дефіцит визнання часто лежить в основі глибокої внутрішньої порожнечі, ніби його не бачать, ніби його

існування «не має ваги». Залежний не відчуває себе суб'єктом, не має досвіду справжнього відображення свого «Я».

Як зазначав Дональд Віннікот, без досвіду емоційного відгуку з боку іншого в ранньому дитинстві не формується відчуття наявності власного «Я». У дорослому віці це експлікується як криза ідентичності - людина ніби є, але не відчуває себе живою.

3. Голод за структурою. Це потреба в організації часу, системності, упорядкованості життя. У реабілітаційних програмах залежні часто отримують чітку структуру, що допомагає підтримувати психологічну рівновагу. У постреабілітаційному ж періоді втрата цієї структури часто веде до розладу внутрішньої організації психіки, тривожності, хаотичної поведінки або рецидиву.

Потреба в структурі – це не лише про розклад. Це про відчуття сенсу, мети, зайнятості. Якщо вона не задоволена, виникає нудьга, страх, а головне відчуття внутрішньої пустки. З іншого боку, надмірна структуризація з великою кількістю зобов'язань, очікувань і завдань може призводити до виснаження. Для відновлення психіки потрібен баланс – між порядком і гнучкістю, між структурою і свободою.

Таким чином, психологу необхідно вчасно розпізнавати прояви «голодів» в узалежнених: дефіцит стимуляції, потребу у визнанні та структурі. Основні завдання терапевта допомогти клієнту усвідомити ці потреби та навчити здоровим способам їх задоволення. Терапевтична робота має враховувати ці динаміки й бути спрямованою на поступове заповнення дефіциту через відновлення здатності до самоусвідомлення, емоційного резонансу, формування реалістичних очікувань від соціальних контактів, створення підтримуючого середовища. Важливо також допомогти клієнту вибудувати власну систему структури без надмірного тиску, але з відчуттям сенсу й збалансованості.

Частина узалежнених клієнтів, які зростали в умовах емоційного ігнорування, схильні шукати стосунків навіть без чіткої мети, перетворюючи це

на спробу заповнити дефіцит взаємодії. Терапевт у цьому процесі має бути тим «місцем», куди клієнт може повертатися, отримуючи досвід прийняття, структури й безпечного контакту. Водночас важливо не підміняти терапію симбіотичними відносинами, а працювати в рамках контракту турботи.

За Еріком Берном, усі люди, щоб задовільнити потребу в стимуляції, визнанні та формуванні стосунків потребують структурованого часу. Адже людина відчуває внутрішній дискомфорт у станах невизначеності та хаосу. Структура допомагає знизити тривогу, забезпечити відчуття стабільності та контролю над життям. Для uzалежнених людей питання структури часу особливо актуальне. Перебуваючи у стані внутрішньої порожнечі після відмови від речовини, особистість може потрапляти в пастку безструктурного існування, що лише підсилює відчуття ізоляції, тривоги та знеособлення. Тому формування здорових способів структурування часу одна з ключових задач терапії, реабілітації та наступних кроків інтеграції в суспільство.

Берн описав шість способів структурування часу:

1. Втеча (withdrawal) Ізоляція, уникання взаємодії, самоусунення.
2. Ритуали (rituals) Привітання, церемонії, рутини «як справи?»
3. Проведення часу (pastimes) Типове поверхнєве спілкування, наприклад, плітки, балачки про погоду, або спілкування в стилі «отримати задоволення».
4. Заняття (activities) Робота, хобі, побут, діяльність.
5. Ігри (games) Нещира, часто токсична взаємодія з «вторинною вигодою», специфічний патерн контакту.
6. Близькість (intimacy) Відкрита, без фільтрів, уразлива взаємодія. Відверті та прямолінійні прояви особистості.

Як структурування часу проявляється у uzалеженого до реабілітації:

Більшість часу структурована, через ігри та уникання відповідальності. Психологічні форми втечі - ізоляція, регрес, витіснення почуттів, дисоціація, самопошкодження. Ритуали пов'язані з вживанням психоактивних речовин, мотиваційна сфера орієнтована переважно на задоволення гедоністичних

потреб, обмежений вибір діяльності зумовлений вживанням. Близькість або майже відсутня, або травмована, або співзалежна.

Реабілітація дає узалежненому нову структуруваність часу, яка виконує терапевтичну, стабілізуючу та відновлювальну функцію. Але після стаціонарного видужання звичні способи структурування часу докінця не інтегровані. Людина стикається з порожнечою та тривогою без впорядкування. Виникає ризик рецидиву, якщо не запропоновані нові форми структурування часу.

Структурування часу та типові проблеми узалежненого клієнта на ресоціалізації та в постреабілітаційний період.

Ажитація як форма безцільної, імпульсивної активності є характерною для узалежнених осіб, чия ідентичність перебуває у фазі нестабільного формування. На психологічному рівні це відображає патологічну структуру Его-станів, з порушенням внутрішніх меж між ними. Катексис психічної енергії переважно зосереджений у Контролюючому Батьківському або Адаптивному Дитячому Его-стані. Контролюючий Батьківський стан вимагає постійної активації, бути ефективним та виконувати жорсткі приписи для того, щоб отримувати безпеку, «погладжування», та уникнення почуття провини, сорому, знецінення. Це створює уявлення, що «я нормальний тільки тоді, коли відповідаю цим вимогам». Відмова від цих приписів автоматично активує внутрішню санкцію у формі самокритики, тривоги та афективної дезорганізації. Така внутрішня динаміка підтримує життєву позицію «Я –, Ти +», у якій суб'єкт переживає себе як неадекватного чи недостойного. У такому стані ажитація переважає над осмисленою діяльністю, вона спрямована не на досягнення цілей, а на уникнення болісного самосприйняття. Залежний заповнює час хаотичними, неструктурованими діями, щоб уникнути контакту з внутрішньою пусткою (криза ідентичності), соромом та емоційним болем.

Уникання в телефон є поширеною поведінковою стратегією в осіб, які перебувають на етапі ресоціалізації або постреабілітації. Смартфон використовується як засіб втечі від реальності та внутрішнього дискомфорту,

саморефлексії, емоційної напруги та соціальної взаємодії. Така форма уникання тимчасово знижує тривожність, але водночас блокує процеси ідентифікації та інтеграції нового набутого досвіду у тверезому житті.

Трата грошей часто має імпульсивний характер і слугує способом тимчасового зняття напруги або компенсації емоційного дефіциту. Така поведінка не спирається на реалістичне планування чи фінансову відповідальність, а тільки порушує самоорганізацію, заважає формуванню відповідального ставлення до життя та вносить хаос у структуру повсякденності.

Сексуальна поведінка, що проявляється у формі проміскуїтету, хаотичних та імпульсивних взаємин, нерідко виконує у залежного функцію психологічного заповнення внутрішньої порожнечі. У постреабілітаційному періоді така поведінка може бути реакцією на глибоку нестачу внутрішньої наповненості, інтегрованої ідентичності та стабільного Я-образу. Прагнення знайти себе через інтимну взаємодію часто призводить до залучення у співзалежні, регресивні (дитячо-батьківські), садо-мазохістичні, токсичні або ігрові типи стосунків, які тимчасово створюють ілюзію зв'язку, безпеки чи самовизначення. Проте ці зв'язки рідко мають конструктивний характер і навпаки, лише закріплюють дезорганізовану структуру, емоційну нестабільність і повторення травматичних сценаріїв.

Неможливість реалізації звичної психологічної гри.

Клієнт часто перебуває у латентному психологічному сценарії наприклад, очікує можливості «зіграти» у трикутник Карпмана (Рятівник — Переслідувач — Жертва), але брак об'єктів взаємодії робить цю гру недоступною. Також відсутність звичного хаосу, розгальмованості або «двіжухи» (як її часто називають клієнти) спричиняє надмірну внутрішню тишу, яка сприймається як дестабілізуюча. Без зовнішнього збудження активізуються глибинні конфлікти, що можуть провокувати рецидив.

Відсутність внутрішньої структури.

Клієнт не має внутрішньої автономної структури (цінностей, планування, відповідальності), здатної організувати його час. Вільний час переживається як загроза, що запускає механізми інтерпсихічної ізоляції наприклад, уникання контактів, фантазії, сон, пасивна поведінка.

Страх близькості.

Близькі або щирі стосунки викликають тривогу, оскільки пов'язані з недовірою, попередньою травматизацією або страхом втрати контролю. Внаслідок цього клієнт свідомо або несвідомо уникає емоційної відкритості.

Отже в постреабілітаційний період особливої уваги потребує спосіб, у який залежний клієнт структурує свій час. В умовах недостатньої внутрішньої структури та втрати зовнішніх регуляторів поведінки (як от реабілітаційна програма), зростає ризик заповнення часу деструктивними або імпульсивними формами активності. Усе це свідчить про необхідність підтримуючої терапевтичної роботи зі структурою часу з розвитком здатності до здорової близькості та формуванням цілісності ідентичності.

Структурування часу та формування автономії в контексті теорії транзактного аналізу.

1. Коли залежний ще не має стійкої внутрішньої опори, важливу роль відіграє контракт на соціальний контроль, це форма зовнішнього регулювання для клієнта, який поки що не здатен самостійно утримувати ціннісно-вмотивовану форму поведінки, щоб забезпечити безпеку і стабільність у процесі змін. Терапевт стає «зовнішнім Дорослим», який забезпечує безпечні рамки для змін, коли клієнт ще не має стабільного Внутрішнього Дорослого. Контракт може передбачати обмеження доступу до деструктивної поведінки (уникання, трати, ризиковані контакти тощо) і регулярну перевірку дотримання домовленостей структурування часу, це створює умови для розвитку дорослого самоконтролю та поступового формування автономії.

2. Діяльність має бути осмисленою, просто зайнятість не рятує.

Важливо не просто діяти, а розуміти для чого. Волонтерство, праця, творчість, спорт лише тоді, коли є внутрішній сенс, без усвідомлення та рефлексії це всього лише втеча, з рефлексією це побудова нової особистості.

3. Формування здатності бути з собою наодинці - це не вроджена якість, а навичка, яка формується в процесі одужання. Ізоляція та внутрішня порожнеча - природні етапи постреабілітаційного періоду, які слід не уникати, а проживати з усвідомленням і підтримкою. Вони не є загрозою, а навпаки можуть стати джерелом ресурсу, внутрішнього контакту і сенсу.

Розвивати здатність бути з собою допомагають:

- Усвідомлена присутність (майндфулнес, дихальні практики, медитація);
- Щоденник станів (регулярна фіксація думок, почуттів, потреб);
- Творча активність (малювання, вивчення нового, музика як форма самовираження);
- Особисте хобі (спорт, кулінарія, кімнатні рослини, колекціонування тощо);
- Тілесні практики (масаж, йога, прогулянки, контакт з природою);

4. Обмеження надмірної стимуляції (сповільнення ритму) зниження зовнішніх подразників полягає в свідомому обмеженні важких емоційно напружених середовищ, зокрема співзалежних відносин і психологічних ігор з хаотичним рухом або емоційним напруженням. Залежному в постреабілітації важливо створити спокійне середовище, яке не провокуватиме тривогу чи перевантаження нервової системи, сприяючи поступовій стабілізації та відновленню.

5. Соціальна ідентичність відіграє особливо важливу роль у постреабілітації, адже це єдність і спадкоємність системи соціальних характеристик (норм, ролей, статусів), що дозволяють людині заново осмислити своє місце в суспільстві. Для залежного це передбачає трансформацію старих деструктивних моделей і включення до здорових референтних груп (наприклад, терапевтичних груп, груп самодопомоги, тощо).

Соціальна ідентичність у цьому контексті означає формування автономного образу «Я», що ґрунтується на прийнятті цінностей тверезого життя та усвідомленні приналежності до суспільства.

У контексті транзактного аналізу (Е. Берн, 1972), вихід із кризи це поступовий перехід від сценарного до автономного функціонування. Автономія розглядається як здатність індивіда до вільного, усвідомленого вибору поведінки, який не визначається внутрішньо засвоєними батьківськими установками чи фіксованими життєвими сценаріями. Ключовими характеристиками автономної особистості є усвідомлення, спонтанність та здатність до інтимності. Осмислене повернення цих трьох функцій бачення реальності «тут-і-зараз», щирого емоційного реагування та побудови глибоких, позаігрових стосунків - є необхідною умовою подолання як інтрапсихічної ізоляції, так і фрагментації ідентичності в осіб із досвідом узалежнення. У цьому контексті психотерапія слугує простором для відновлення базової о'кей-позиції, яка відкриває можливість інтегрованого Я та повноцінної участі в житті без сценарних обмежень.

Висновки. Отже, у постреабілітаційному періоді особи з досвідом узалежнення нерідко стикаються з кризовими процесами ідентичності, що проявляється у втраті цілісного уявлення про себе, власну роль у соціумі та систему цінностей. У поєднанні з аутоізоляцією, така криза значно ускладнює процес адаптації до тверезого способу життя. Відсутність чіткої самоідентифікації та емоційна замкненість можуть спричиняти рецидиви або розвиток вторинних психоемоційних розладів. Ефективне психотерапевтичне супроводження в цей період має бути спрямоване на реконструкцію Я-образу, розвиток рефлексивних здібностей, формування нової системи життєвих орієнтирів та відновлення міжособистісних зв'язків. За наявності фахової підтримки криза ідентичності може трансформуватися у ресурс для особистісного зростання та становлення більш інтегрованої й адаптивної ідентичності.

Максимова Н.Ю.,

доктор психологічних наук, професор, провідний науковий співробітник
лабораторії психології соціально дезадаптованої особистості
Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України,
член дивізіону «Адиктологія» НПА
3481160@gmail.com
ORCID ID: orcid.org/0000-0003-2110-9884

Щербина-Прилука В. М.,

науковий співробітник лабораторії психології
соціально дезадаптованої особистості
Інституту психології імені Г.С.°Костюка НАПН України,
член дивізіону «Адиктологія» НПА
shcherbyna.vm@psychology-naes-ua.institute
ORCID ID: orcid.org/0000-0003-3284-9474

ПАРАМЕТРИ ОЦІНКИ ДІЯЛЬНОСТІ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Вступ. Лікування осіб, uzалежнених від алкоголю та наркотиків надається державною системою охорони здоров'я. Допомогу таким особам зорієнтовано на медичні методи лікування хімічних uzалежнень та здійснюється наркологічними закладами (диспансери, лікарні), які є спеціалізованими амбулаторними або стаціонарними установами.

Разом з цим, в Україні функціонує велика кількість закладів соціально-психологічної реабілітації, які допомагають людям позбавитись uzалежнення від алкоголю, наркотиків або інших адикцій. Через відсутність системи ліцензування, акредитації та перевірки роботи закладів соціально-психологічної реабілітації надання реабілітаційних послуг uzалежненим особам, фактично не контролюється.

Мета. Наше дослідження було присвячено з'ясуванню специфіки роботи реабілітаційних центрів відповідно до їх форм власності та підпорядкування і розробці параметрів оцінки їх діяльності. Параметри оцінки діяльності реабілітаційних центрів має відповідати певним загальним вимогам та критеріям, оскільки тоді вони можуть стати основою для ліцензування та акредитації.

Виклад основного матеріалу. Питання соціальної – психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою, у вітчизняній літературі, в теоретико-методологічному аспекті розроблено недостатньо .

Здебільшого вітчизняних дослідників описує лише медико-соціальний аспект реабілітації осіб із узалежненою поведінкою, що насправді є лише частиною реабілітаційного процесу [1,2].

Розглядаючи зарубіжні підходи до соціально-психологічної реабілітації осіб, узалежнених від алкоголю, насамперед варто зазначити, що існує різноманітна кількість підходів до роботи із цією клієнтською групою, які варіюються у межах конкретних країн [3, 4, 5,6, 7,8].

Зарубіжні автори визначають соціально-психологічну реабілітацію ефективним засобом у відновленні життєдіяльності людей, які мають адикції. Соціально-психологічна реабілітація визначається як динамічний процес, змістовними компонентами якого є такі: діагностика та оцінка, індивідуальність типу реабілітації, комплексність послуги реабілітації (фінансові, юридичні, психологічні), профілактика рецидиву (стратегії боротьби з «тригерами»), підзвітність програми реабілітації, соціальна реінтеграція клієнта. З нашої погляду, такий підхід до змісту соціально-психологічної реабілітації є більш ефективним, адже він передбачає повноцінне відновлення життєдіяльності особи, акцентуючи увагу на попередній діагностиці, відповідно подальшій індивідуальній програмі реабілітації, наданні арсеналу послуг, особливо психосоціальної спрямованості.

Соціально-психологічна реабілітація осіб з адиктивною поведінкою, на нашу думку, базуються на таких принципах:

- 1) розгляд проблеми реабілітації в контексті біопсихосоціального підходу;
- 2) раннє короткострокове втручання з боку консультантів з алкогольного uzалежнення;
- 3) стратегії розвитку мотивації клієнтів до зміни;
- 4) скоординована міждисциплінарна команда;
- 5) постреабілітаційний супровід, подальше спостереження та спільнота, яка підтримує;
- 6) професійна підготовка консультантів з подолання адикцій.

Результати дослідження. Емпірична частина нашого дослідження включала вивчення роботи центрів соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою. Дослідженням було охоплено двадцять центрів соціально-психологічної реабілітації різних форм власності та підпорядкування. Методом дослідження діяльності закладів соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою обрано аналіз сайтів центрів. Аналіз охоплював ключові критерії: якість веб-сайту, форму власності, доступність контакту, інформацію про персонал, ясність програми, наявність психологічної допомоги, роботу з родиною, співпрацю з групами АА/АІ-Анон, постреабілітаційну підтримку, умови прийому, вимоги до клієнтів, вартість лікування та наявність пілг. На основі цього було сформульовано загальний висновок про рівень реабілітаційних послуг, їх основні переваги й недоліки та надано рекомендації для покращення системи реабілітації в Україні.

Здебільшого розглянуті центри мають власні веб-сайти, що забезпечують базову інформацію про їхню діяльність. Зокрема, приватні центри часто пропонують розгорнуті сайти з сучасним дизайном і чіткою навігацією. Для прикладу, сайт центру «Хелп» містить розділи про послуги (лікування різних видів uzалежнень), інформацію про організацію, відгуки, фотогалерею, програму реабілітації, поради для родичів, статті, вартість послуг та контакти.

Такий підхід свідчить про змістовність і прозорість: користувач може дізнатися про методи лікування, ознайомитися з ліцензіями та навіть

переглянути вартість послуг прямо на сайті. На сторінці «Ціни» центру «Хелп», наприклад, наведено конкретні розцінки на детоксикацію, кодування та курс реабілітації (стаціонар – від ~17 тис. грн, амбулаторно – від ~10 тис. грн), що демонструє відкритість у питаннях оплати.

Водночас деякі центри представлені в інтернеті слабше. Один із центрів (Міжнародна асоціація психотерапії адикцій) взагалі не має окремого сайту, а лише сторінку у Facebook.

Це обмежує доступність повної інформації – соцмережа не завжди містить структуру програм чи дані про персонал. Державні/комунальні заклади також можуть мати менш інформативні веб-сторінки. Наприклад, центр «Сенс» у Києві діє при районному центрі соціальних служб, і детальної інформації про нього в інтернеті небагато (хоча надано е-мейл та номер телефону).

Висновки. Отже, якість сайтів варіює: переважна більшість приватних центрів добре презентовані онлайн, тоді як окремі установи обмежуються мінімальною присутністю в мережі. Рекомендовано усім реабілітаційним центрам створювати змістовні веб-ресурси з чітким описом програми, умов та команди – це підвищує довіру клієнтів і прозорість роботи.

Аналіз діяльності центрів за кожним із зазначених параметрів показав, що система реабілітації осіб з адиктивною поведінкою в Україні знаходиться наразі на етапі розвитку і реформ. Є центри, що надають фахові послуги але їх ще недостатньо і вони потребують підтримки. Завдання держави і суспільства – масштабувати цей досвід на всю країну, викоринити недобросовісні практики та забезпечити, щоб кожен, хто прагне одужати, міг отримати якісну, безпечну і доступну допомогу.

Література:

1. Подолян В. М. Підліткова наркоманія в сім'ї: причини виникнення та профілактика. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 2. С. 49-54. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2021_2_10

2. Психіатрія і наркологія: підручник / І.І. Погорелов, О.Д. Манаєнкова. Київ: ВСВ «Медицина». 3-є видання. 2023. 319 с.

3. Philip J. Flores. Group Psychotherapy with Addicted Populations: An Integration of Twelve-Step and Psychodynamic Theory. 3d Edition. Binghamton, NY: The Haworth Press, 2007. 796 p.
4. Alcohol problems and approaches: theories, evidence and Northern practice by Marja Korhonen, Ph.D. (Counselling Psychology) Ajunnginiq Centre National Aboriginal Health Organization Ottawa, Ontario June 2004
5. Bullock, M.L., Umen, A.J., Culliton, P.D., & Olander, R.T. (2017). Acupuncture treatment of alcoholic recidivism: A pilot study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11(3), 292-295
6. Dies, K. R. & Dies, R. R. (1993). Directive facilitation: A model for short-term group treatments (Part 2). *The Independent Practitioner*, 13, 177-183.
7. Evidence-based practice of psychological treatments: a Canadian perspective. Report of the CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments Canadian Psychological Association (CPA), 2012.
8. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3-nd edition). National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2012. 78 p.

Михайлів С.В.,

Ph.d, асистент кафедри психіатрії, дитячої психіатрії,
психотерапії, клінічної психології ЛНДМУ

svitlo1504@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ЕКЗИСТЕНЦІЙНОЇ КРИЗИ В УМОВАХ БАГАТОРІЧНОЇ ТВЕРЕЗОСТІ

Анотація. У статті розглянуто феномен екзистенційної кризи у людей з багаторічною тверезістю. Аналізуються її прояви, причини та можливості трансфігуративного підходу як ресурсу глибинного особистісного оновлення у процесі тривалого одужання.

Ключові слова: екзистенційна криза, тривала тверезість, трансфігуративний підхід.

Abstract. The article explores the phenomenon of existential crisis in individuals with long-term sobriety. It analyzes its manifestations, causes, and the potential of a transformative approach as a resource for profound personal transformation in sustained recovery.

Keywords: existential crisis, long-term sobriety transformative approach.

Вступ. Розгляд феномена екзистенційної кризи у людей із тривалою тверезістю є важливим для самої спільноти одужуючих, оскільки поглиблює уявлення про тверезість як тривалий процес, а не як одноразову подію. Досі багато хто сприймає відмову від речовини як фінальну мету, проте насправді вона відкриває новий етап життя зі складними, часто прихованими викликами. Дослідження таких криз допомагає краще зрозуміти реальні внутрішні процеси й окреслити повніший шлях одужання. Це знання потрібне не лише самим людям у тверезості, а й фахівцям – психотерапевтам, консультантам, волонтерам – а також родинам, які потребують глибшого розуміння станів близької людини у довгостроковому одужанні.

Результати дослідження стануть корисними передусім для людей із багаторічною тверезістю – тих, хто після десятиліття й більше утримання часто стикається з відчуттям внутрішнього застою або депресивними проявами, які не пояснюються лише відмовою від вживання. Це також актуально для самих спільнот, що прагнуть знаходити нові підходи до підтримки таких учасників. Крім того, осмислення екзистенційної кризи може стати вагомим ресурсом для фахівців допомагаючих професій і бути корисним дослідникам та студентам психології, соціології чи філософії, адже йдеться про класичну проблематику свободи, сенсу та відповідальності.

Мета дослідження полягає у виявленні специфіки екзистенційної кризи у людей з багаторічною тверезістю та у визначенні можливих шляхів її усвідомлення й подолання. Об'єктом дослідження є процес психоемоційного стану особистості в умовах тривалої тверезості після залежності – тобто особистість у період великого терміну утримання. Предметом виступають особливості прояву та переживання екзистенційної кризи в осіб із тривалою тверезістю. Наголос робиться саме на внутрішньому екзистенційному досвіді у тверезому стані, а не на тверезості як поведінковому факті.

Основний виклад матеріалу. Причини звернення до цієї теми ґрунтуються на спостереженнях за людьми у тривалій тверезості, які після багатьох років утримання часто переживають не лише втому чи нудьгу, а значно глибше відчуття внутрішньої порожнечі, сумніви у власному шляху та стан застою. Це не прагнення повернутися до залежності, а радше інший рівень запитань: «Що далі?» – коли усвідомлюється, що попри пройдений шлях почуття повноти життя і сенсу може бути втрачено.

У таких станах відбувається поступова втрата колишньої ідентичності «того, хто рятується» й долає залежність. Зникає потреба у боротьбі за виживання, проте водночас відсутнє чітке розуміння, ким є особистість поза цією роллю. Разом із втратою «героїчної» ідентичності слабшає емоційний запал і з'являються сумніви у значущості зробленого. Тверезість підтримується як зовнішній факт, але внутрішнє питання про сенс продовження життя

залишається без відповіді. Саме цей непростий і малопомітний для оточення стан і визначається як екзистенційна криза у довготривалій тверезості.

Варто підкреслити, що подібний феномен не є одиничним винятком. Після десятиліть тверезості питання утримання від речовини перестає бути центральним, натомість постають давно відкладені запитання: ким є людина тепер, у чому полягає сенс її існування, як прожити життя надалі без внутрішнього жалю. Така криза свідчить про перехід від орієнтації «від залежності» до більш глибокого руху «до себе» – автентичного та усвідомленого проживання власного буття.

Таке розуміння знаходить підтвердження у низці академічних досліджень, що звертають увагу на глибинні зміни у структурі особистості в умовах тривалої тверезості. Зокрема, G. Vaillant у праці «The Natural History of Alcoholism Revisited» підкреслює, що після понад десяти років тверезості провідними стають питання відновлення сенсу життя, переосмислення соціальних зв'язків і власних ролей [5, с. 293]. У 1988 році P. Flores у дослідженні «Alcoholics Anonymous: A phenomenological and existential perspective» розглянув духовні та екзистенційні аспекти функціонування спільноти АА крізь призму феноменології, акцентуючи на питанні автентичності переживання тверезості [3, с. 78].

L. Wiklund у публікації «Existential aspects of living with addiction» додатково наголошує, що теми сенсу й безсенсовності, свободи й відповідальності, контролю й хаосу є характерними маркерами екзистенційної кризи серед людей із досвідом залежності [6, с. 2431]. К. McInerney та співавтори у роботі «Qualitative investigation of AA members aging in long-term recovery» описують, що тривала тверезість нерозривно пов'язана з пошуком нового сенсу, оновленням ідентичності й переосмисленням життєвих ролей за підтримки спільноти [4]. Дослідження А. Brown «Recovery Review» концептуалізує залежність як своєрідну «екзистенційну хворобу», а стан тверезості – як шлях до радикального внутрішнього перетворення, у центрі якого постають питання ідентичності, цілісності та духовного оновлення.

Сьогодні чимало якісних досліджень підтверджують, що у період багаторічної тверезості часто виникають виразні екзистенційні виклики, серед яких відчуття внутрішнього вакууму, нудьга, сумніви у значущості життя. Це доводить, що тверезість у зрілому вимірі не обмежується самим лише утриманням від психоактивних речовин, а є тривалим процесом глибокого переосмислення ідентичності, сенсу існування та навіть базових метафізичних питань. Попри те, що досягнення багаторічної тверезості саме по собі є вагомим результатом, клінічні спостереження і сучасні емпіричні дані показують, що після десяти і більше років утримання людина часто стикається не стільки з фізіологічними чи побутовими проблемами, скільки з менш помітними, але сутнісними викликами екзистенційного рівня. Усвідомлення цих викликів і робота з ними безпосередньо впливають на якість життя та психічне здоров'я.

У загальному сенсі екзистенційна криза – це межова ситуація, коли людина більше не здатна жити автоматично й спиратися на готові відповіді, натомість змушена шукати власні сенси і відповідати на питання, які ніхто не сформулює за неї. Такий стан має цілком конкретні психоемоційні прояви: людина може втрачати радість життя навіть попри зовнішній добробут, відчувати виснаження від служіння, яке колись надихало, помічати, що духовні практики перетворюються на порожню формальність, часто виникає глибока внутрішня самотність. В. Франкл підкреслював, що найбільше людське страждання нерідко пов'язане не з фізичним болем чи хворобою, а саме з відчуттям втрати сенсу [1, с. 84]. І. Ялом також зазначав, що кожна людина рано чи пізно стикається із фундаментальними питаннями свободи, смерті, ізоляції та сенсу життя. Криза не завжди виглядає як відкрита драма, частіше вона проявляється у вигляді хронічної втоми, апатії, внутрішнього виснаження або втрати мотивації, проте її сутність зводиться до того, що людині бракує відповіді на запитання про власне «навіщо» [7, с. 169].

Щоб глибше зрозуміти природу екзистенційної кризи у фазі багаторічної тверезості, варто звернути увагу на те, як змінюється внутрішній стан людини

залежно від терміну утримання. На початкових етапах одужання життєва мета сприймається однозначно і зосереджується на виживанні, щоденному утриманні від вживання, подоланні наслідків минулого і поступовому відновленні стосунків. У цей період тверезість часто відчувається як новий і надихаючий етап, що наповнює життя відчуттям сенсу та потреби власних зусиль [3, с. 75].

З часом, коли основні проблеми подолані, а багато цілей реалізовано, виникає характерна для тривалої тверезості зміна сприйняття. Багато людей починають усвідомлювати, що попри досягнення і правильний спосіб життя внутрішнє відчуття щастя зникає або стає несталим. Усередині формується запитання, чому життя не відповідає колишнім уявленням, і з'являється сором за те, що немає радості, хоча всі об'єктивні підстави для цього начебто є. Такі переживання не можна звести до невдячності чи лінощів, бо вони відображають природну і часто непомітну ззовні стадію внутрішнього розвитку людини, яка пройшла тривалий шлях утримання [3, с. 76-77].

Під час відвертих інтерв'ю, проведених у межах цього дослідження, люди з великим терміном тверезості часто ділилися подібними темами. Серед них звучала «втрата драйву» – «На початку я горів – нове життя, нові емоції. А зараз усе стало рівне. І наче нічого не тішить». Багато хто описував «внутрішню пустоту» – «Я вже не борюсь, не руйную, не рятуюся. Але й не знаю навіщо живу». Важливою темою була й зміна ідентичності – «Хто я тепер? Я вже не алкоголік, але й не відчуваю себе нормальним». Згадувалася й «духовна втома» – «Я наче все роблю правильно – молюся, служу, ходжу на групи. Але глибоко в душі щось загубилося». Подібні свідчення демонструють, що криза не означає збою у системі одужання, а є знаком переходу до глибшого рівня усвідомлення та пошуку нового змісту тверезого життя.

У цьому контексті виникає більш розгорнуте уявлення про феномен екзистенційної порожнечі. Вона проявляється у запитаннях: «Я не вживаю багато років, але навіщо я живу?» або «Я пройшов через усе, але життя стало схожим на “день бабака”». Вичерпався первинний сенс тверезості». Часто

звучить і втома від участі у спільноті: «Я вдячний АА за все, але я більше не знаходжу себе в цих зібраннях». Поряд із цим постає ще одне питання: «Хто я, якщо я вже давно не алкоголік?» У цей період відбувається своєрідна екзистенційна реконструкція образу Я, пошук нової життєвої філософії, нових джерел сенсу. Для деякого повертається відчуття провини чи сорому за помилки минулого. Стосунки з близькими можуть залишитися на «доодужувальному» рівні, що спричиняє конфлікти, втому, почуття віддаленості у родині.

Додатковим джерелом тривоги нерідко стає страх перед плином часу, старінням і смертю. Тверезість, що приносить ясність мислення, одночасно відкриває очі на те, наскільки життя швидкоплинне. Цей страх є ще одним маркером глибокої екзистенційної кризи, яку І. Ялом описував через чотири фундаментальні тривоги буття: свободу, смерть, ізоляцію та безсенсовність [7, с. 146-147]. З цим пов'язана й втрата зовнішніх опор: «Я раніше тримався за групи, але вже втомився. Що ж лишається?» Поступово людина стикається з реальністю життя без «анестезії»: через роки ясності починає боліти те, що раніше було притлумлене – старі травми, втрати, глибокі страхи, самотність. Усе це переживається як гіперсвідомість, яка без належної підтримки може стати нестерпною.

Екзистенційна криза для узалежненої людини це не патологія, а ознака того, що вона пройшла базову адаптацію і готова до глибшого життя. У контексті тверезості це перехід від утримання до усвідомлення; від виживання до сенсу; від ролі залежного до автентичного суб'єкта буття. Це переломний момент у житті, коли людина стикається із загостреним внутрішнім конфліктом та пошуками сенсу власного існування. Цей стан є не тільки психологічним викликом, а й філософською рефлексією, що стосується глибинних аспектів буття та значущості життя.

Причинами цього стану є кілька чинників:

1. Конфлікт між особистими цілями та очікуваннями соціуму часто створює внутрішню суперечність і напругу, коли людина відчуває, що зовнішні вимоги не збігаються з її власними прагненнями та глибинними потребами.

2. Несприятлива атмосфера у родині або серед найближчого оточення значно підсилює вразливість людини, адже проблеми у сімейному житті, втрата близької людини чи хронічні конфлікти поступово підривають відчуття стабільності та безпеки, позбавляючи її опори.

3. Інтенсивна робота у поєднанні з постійним стресом і високим темпом життя поступово виснажують емоційні та психічні ресурси, що робить людину схильною до глибокого відчуття порожнечі та загострює питання про сенс власного існування [4].

Окремої уваги заслуговує так званий трансфігуративний підхід, який усе частіше застосовується у роботі з людьми, що опинилися у фазі глибокої екзистенційної кризи. Його сутність полягає не у прагненні «позбутися» кризи чи швидко подолати її зовнішні симптоми, а у створенні простору, де людина має змогу пройти крізь цей стан і винести з нього нову якість власного буття. У цьому підході екзистенційна криза розглядається не як патологія чи збій, а як потенціал трансформації. Завдання терапії – провести людину крізь власну «темну ніч душі» до нового «Я». Один із базових принципів цього методу – так звана переідентифікація. Замість фіксованої ролі «жертви» чи «того, хто лише не п'є», людина поступово усвідомлює себе як суб'єкта власного життя, здатного не просто утримуватися, а дійсно жити й наповнювати кожен день особистісним сенсом [2].

Це означає якісний стрибок у самоусвідомлення. Через глибинне проживання кризи народжується новий сенс, нова структура буття, яка вже не потребує зовнішнього утвердження. Надзвичайно важливою умовою цього процесу є конструктивне врегулювання власної самооцінки: здорова здатність бачити і визнавати власну цінність, автентичне Я, готовність бути вартим незалежно від зовнішніх обставин стають тим мостом, що дозволяє перейти з екзистенційної пустки до живої, присутньої форми існування [6, с. 2429]. У цьому сенсі роль терапевта кардинально відрізняється від ролі «майстра технік»: він радше свідок і провідник глибинного становлення. Саме тому

трансфігуративна терапія відкриває простір, у якому криза сприймається не як поломка, а як початок народження нового сенсу і нової життєвої якості.

Щоби на практиці показати, як працює трансфігуративний підхід, варто звернутися до історії Олександра – бізнесмена, одруженого, батька трьох дорослих дітей, який у минулому мав алкогольну залежність і багато років був активним учасником програми Анонімних Алкоголіків, допомагав іншим, проводив групи, був спонсором. На момент звернення до терапії він залишався тверезим і не мав жодних ознак рецидиву, однак описував свій стан як глибоку порожнечу, втрату інтересу до життя, страх старіння і смерті, втрату віри у власну духовність і водночас відчуття ізоляції навіть серед близьких. Його слова «Мене більше не цікавить нічого. Я тверезий, успішний, але не відчуваю, що живу» віддзеркалюють цей стан. Робота у трансфігуративному полі була спрямована не на швидке усунення симптомів, а на супровід крізь внутрішнє перевтілення, де порожнеча розуміється як точка початку народження нового сенсу, втрата сенсу – як криза старої ідентичності, а страх смерті – як контакт із власною межовістю, що здатна пробуджувати справжнє відчуття життя.

На першому етапі роботи відбулася деконструкція старого уявлення про себе. Завдяки діалогу, тиші та роботі з метафорою Олександр побачив, що його життєві цілі переважно були спрямовані назовні і майже не торкалися власних глибинних потреб. Він усвідомив, що без необхідності постійно «долати» він втрачає відчуття себе. Використання образів на кшталт «порожнього храму» і «вигорілого героя», а також мовчазний простір сприяли появі нових сенсів. Після цього відбулася усвідомлена зустріч із пустотою як простором, у якому можливе народження нового. Терапевт уникав поспішних пояснень і давав клієнтові змогу дослідити цю внутрішню порожнечу самотійно. Так поступово проявилось усвідомлення, що життя без заздалегідь визначених сценаріїв дарує свободу, яка водночас приваблює і викликає тривогу.

Наступним кроком став пошук власної істини, яка не нав'язується зовнішніми очікуваннями. На цьому етапі Олександр згадав юнацькі мрії про музику, моменти справжнього відчуття повноти життя, а також своє прагнення

бути не лише корисним, а й по-справжньому вільним. Робота включала візуалізацію, активну уяву, тілесні практики та феноменологічне віддзеркалення. Протягом року терапії відбулися помітні зміни: клієнт відновив заняття музикою, став щодня гуляти без чітких цілей, поступово перестав нав'язливо рятувати інших і навчився краще чути власні потреби. Його висловлювання про «зцілений нарцисизм» як тиху і глибоку згоду бути собою стало символом цього стану. Фінальна фраза «Раніше я будував себе як пам'ятник. Тепер я дозволяю собі бути живою істотою» точно відображає нову якість його сприйняття себе.

Розглянутий приклад виразно демонструє суть трансфігуративного підходу. Йдеться не про спробу «вилікувати» кризу, а про підтримку людини у проходженні крізь неї до нової, ще не прожитої ідентичності. Це не механічне додавання сенсу, а свідоме прийняття внутрішньої пустки як простору для народження чогось справжнього. Цей процес не повертає людину до старих ролей, а дає змогу розширити уявлення про себе, заснувати відчуття власної цінності на внутрішньому джерелі гідності. Водночас кейс Олександра висвітлює феномен надлишкової стабільності, що часто спостерігається у тривалій тверезості: багаторічне життя у жорстких ритуалах, зовні впорядковане, насправді приховує психічну стагнацію, мінімізує ризики і зводить до мінімуму спонтанність та творчий імпульс, що з часом породжує приховану тривогу замість справжньої внутрішньої свободи.

Показовим є й феномен фіксованої уяви про себе, що сформувався як захист: «Я або рятую, або я ніхто». Ця схема тримала його у вузьких рамках ролі помічника, блокуючи доступ до ширшої ідентичності. Нові грані – як-от музикант, споглядач, мрійник – залишалися недоступними. Такий внутрішній сценарій ставав оборонною регресією: «Я не ризикуватиму, бо можу зруйнуватися». У трансфігуративній терапії ці фіксації поступово «розрихлюються» і оплакуються як втрачені опори, що звільняє простір для гнучкішої уяви про себе. Саме цей рух – від надлишкової стабільності та

вужьких ролей до ширшого, живого Я – і визначає глибокий сенс проходження екзистенційної кризи у довгій тверезості.

Висновки. Дослідження феномена екзистенційної кризи у людей із багаторічною тверезістю демонструє, що у міру подолання зовнішніх залежностей на перший план виходять глибинні запити особистості, пов'язані з пошуком сенсу, оновленням ідентичності та переосмисленням власної свободи й обмежень. Практична значущість цього полягає у тому, що спільноти одужуючих і фахівці допомагаючих професій мають враховувати не лише ризики рецидиву, але й менш помітні, проте часто визначальні, фактори внутрішнього застою, «надлишкової стабільності» та фіксованої уяви про себе. Ці явища можуть тривалий час лишатися непоміченими, але саме вони істотно впливають на якість життя у зрілій фазі тверезості.

У прикладному вимірі трансфігуративний підхід дає змогу перейти від суто симптоматичного супроводу до глибшої екзистенційної роботи, яка визнає кризу точкою росту. Він ставить перед практикою завдання не уникати пустки, а створювати умови для переідентифікації та розширення уяви про власне Я. Цей підхід потребує інтеграції феноменологічних і екзистенційних методів, розвитку навичок витримувати з клієнтом простір «нічого» і поступово відкривати потенціал нового сенсу, що не ґрунтується на зовнішньому затвердженні. Для спільнот це означає потребу у створенні середовища, де людина може не лише «триматися», а й сміливо шукати нові форми присутності й внутрішньої свободи навіть після багатьох років тверезості.

Література

1. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу : психолог у концтаборі. Пер. з англ. О. Замойської. Харків : КСД, 2016. 160 с.
2. Brown A. M. Revisiting a Critical Theory of Addiction and Recovery. *Recovery Review*. 2025. Реж. дост.: <https://recoveryreview.blog/2025/05/01/throwback-thursday-revisiting-a-critical-theory-of-addiction-and-recovery-cetar/> (д. зв.: 05.07.2025).

3. Flores P. J. Alcoholics Anonymous: A phenomenological and existential perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1988. T. 5, № 1. C. 73–94 .
4. McInerney K., Garip G., Benson T. “We All Need Purpose and Reason to Be Here.” A Qualitative Investigation of How Members of Alcoholics Anonymous with Long-term Recovery Experience Aging. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2021. DOI: 10.1080/07347324.2021.1947165 .
5. Vaillant G. E. The Natural History of Alcoholism Revisited. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1995. 462 c.
6. Wiklund L. Existential aspects of living with addiction. Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*. 2008. T. 17, № 18. C. 2426–2434.
7. Yalom, I. D. Existential Psychotherapy. New York : Basic Books, 1980. 544 p.

Олійник В. М.,

психологиня, адиктологиня, травмотерапевтка,
дійсна членкиня НПА – модераторка дивізіону адиктологія,

дійсна членкиня УСТА,

viknikta@gmail.com

ORCID: 0009-0006-2690-1490

КОМПУЛЬСИВНЕ ПЕРЕЇДАННЯ – ВИХІД ЧЕРЕЗ ПЕРЕГЛЯД ПРИНЦИПІВ ЗАДОВОЛЕННЯ

«Результат моїх зусиль – вигляд мого тіла і мій стан здоров'я – є
«предмет вибору, але не предмет моїх бажань», як виразився Цицерон».

Л.Сенека

«Їж, щоб жити, а не живи, щоб їсти»

Сократ

Згідно з APA Dictionary of Psychology та DSM-5, **компульсивне переїдання (КП)** характеризує споживання великої кількості їжі за короткий проміжок часу, **супроводжуване** втратою контролю над процесом їжі. Епізоди **переїдання** повторюються регулярно, **але** не супроводжуються компенсаторною поведінкою (**як у випадку булімії**). Це поведінка, яка може **призводити до** ожиріння, депресії, тривожності та інших психічних розладів.

Коли така поведінка стає хронічною, вона класифікується як **розлад компульсивного переїдання (BED — Binge Eating Disorder)**.

Якщо розглядати КП як форму залежності, то можемо відмітити такі спільні ознаки:

1. Нав'язливі думки про їжу та нестримне бажання їсти, навіть без фізичного голоду.
2. Втеча від емоцій: їжа використовується як спосіб регуляції стресу, тривоги, нудьги чи самотності.
3. Втрата контролю: людина не може зупинити себе, навіть усвідомлюючи негативні наслідки.

4. Циклічність: після епізоду переїдання часто виникає сором, провина, обіцянки "більше ніколи", але цикл повторюється.

Залежність є проблемою мультифакторною, тому розглянемо в цьому форматі роботу з КП :

1. Утримання від предмету залежності – з їжею цього не вийде в повній мірі, але утримання від шкідливих продуктів або зниження споживання таких, буде утриманням.

2. Зміні мислення – зміна ставлення до їжі/важливості вживання певної їжі, культура споживання, перегляд режиму харчування.

3. Формуванні здорових цінностей – цінність здоров'я, тіла, контролю емоцій, балансу. Цінність принципу помірності.

4. Приналежність до групи/інформації зі здоровими нормами - знайомство з інформацією про здорове харчування, здорові звички, пошук однодумців.

Принцип помірності. Ще за часів стоїчних філософів (кінець IV – початок III ст. до н.е.), помірність є однією із найвищих чеснот, наряду зі справедливістю, мудрістю та сміливістю. Цей самий принцип існує і в Християнстві, і в інших релігіях та віруваннях.

«Ми не проти задоволень, ми проти того, щоб вони керували нами» – Л. Сенека

Конфуційська мудрість (5–3 ст. до н.е., Китай) – «їжа не до переситу свідчить про самоконтроль».

Японська мудрість (XIII ст.) —проголошує: «їж, поки животик заповнений лише на вісім із десяти частин»

В ісламі існує вираз: «Шлунок має бути заповнений на третину: їжею, водою і повітрям».

Стоїки вважали, що хвороба чи голод не є злом. Зло — це втратити гідність чи стати рабом своїх бажань. Якщо ти голодний, але зберігаєш спокій і не піддаєшся наріканням — ти стоїк. Їжа для стоїків — не джерело насолоди, а підтримка життя і що надмірні тілесні бажання ведуть до поневолення.

Стоїк не має уникати їжі, як це робив би аскет, але їсть рівно стільки, скільки потрібно для здоров'я. Якщо можна обрати між смачним і простим — обирає просте, щоб не дати тілу панувати.

Стоїки бачили тіло як інструмент душі, а не як джерело сенсу чи щастя. Їжа, краса, здоров'я — важливі лише настільки, наскільки вони не суперечать чесноті. Будь-яке задоволення — добре лише тоді, коли ним керує розум.

Сучасна нейробіологія підтримує ідею: «сигнал ситості надходить із затримкою, тож коли ми трохи голодні, насправді вже досить ситі».

У прагненні задоволення, людина шукає для себе способи отримання внутрішнього наповнення, інакше кажучи – прагне благодійності.

Тілесні блага не надійні. Давайте розглянемо помірність з позиції блага, я думаю, що завжди існує сплутаність справжніх благ і благ нав'язаних сучасною цивілізацією, то що ж ми можемо визначати, як справжнє благо?

В книзі Боеціо «Втіха філософією» автор описує благо як те, до чого прагне все існуюче. «Усі створіння природно спрямовані до добра, тому що благо — це їхня мета і завершення».

Благо — це синонім досконалості. Те, що досконале, має бути добрим.

Природне і добро, ми можемо розглядати як розвиток, покращення – усе, що наповнює і робить: мене, моє тіло, мої стосунки, моє оточення кращим.

Все, що існує, прагне повернутися до свого джерела — до Бога, який є вищим благом. Отже, справжнє благо — це Бог: незмінне, вічне, єдине джерело всіх благ. Інакше кажучи, благо – це високі матерії: духовне наповнення.

Блаженство, за Боецієм, — це вища мета людського життя, тобто повнота щастя, якого шукає кожна людина.

«Люди намагаються знайти блаженство через багатство, славу, владу, насолоди або почесні, але це — лише недосконалі образи істинного блага.

Усі ці речі — мінливі і непостійні, тому не можуть дати справжнього щастя.

Справжнє блаженство — це з'єднання з вищим благом, тобто з Богом.

Лише Бог, як досконале, незмінне і вічне благо, може дарувати справжнє блаженство, бо лише у Богові поєднані всі інші блага: влада, краса, мудрість, багатство, радість».

Якщо спробувати узагальнити, «Бог» у широкому сенсі — це метафора найглибшого досвіду людини, того, що виходить за межі звичайного, але водночас пронизує буденність: сенс, цілісність, джерело буття, любов, трансцендентність.

Ставлення до тіла. Тіло – це храм, про який ми маємо піклуватися – саме до цієї позиції важливо прагнути в своєму усвідомленому розвитку.

У християнській традиції тіло людини розглядається не лише як біологічна структура, а як сакральний простір — «храм Святого Духа» (1 Кор. 6:19). Апостол Павло закликає до моральної чистоти та самоконтролю, підкреслюючи, що тіло віруючого є місцем Божої присутності. Такий підхід формує глибоку повагу до фізичного буття, що може стати основою для терапевтичної роботи з порушеннями харчової поведінки.

Цю ідею розвивали Отці Церкви (Іринеї Ліонський, Тертуліан, Іоанн Золотоустий), які виступали проти гностичного знецінення тіла, пропагуючи аскетизм і самодисципліну як шлях до духовного зростання. Августин Блаженний трактував тіло як «житло душі», створене Богом і призначене для воскресіння, що підсилює ідею тілесної гідності. Фома Аквінський, у свою чергу, теологічно обґрунтував єдність душі й тіла як образ Божий, що надає тілу особливої вартості.

У контексті компульсивного переїдання така антропологічна позиція може сприяти формуванню більш усвідомленого ставлення до тіла, розвитку самоповаги та мотивації до змін, заснованих не лише на зовнішніх стандартах, а на внутрішній духовній цінності.

Стоїчна філософія — це система самовладання, розсудливості та внутрішньої свободи, яка вчить людину зосереджуватись на тому, що їй підконтрольне: думках, переконаннях, діях. У контексті харчової поведінки це означає розвиток усвідомленого ставлення до їжі, тіла та емоційних тригерів.

Стоїки поділяли всі речі на:

Добро — чеснота, мудрість, моральна досконалість;

Зло — порок, нерозсудливість;

Індферентне — здоров'я, краса, їжа, тілесні задоволення.

Тіло, за стоїками, не є злом, але й не є абсолютним добром — воно нейтральне, і його цінність визначається тим, як ми ним користуємося. Такий підхід дозволяє уникнути крайнощів: надмірного культу тіла або його знецінення. Аскетизм і поміркованість — не самоціль, а шлях до внутрішньої гармонії.

У роботі з компульсивним переїданням стоїчні принципи допомагають:

- розпізнавати імпульси як зовнішні впливи, що не визначають нашу сутність;
- розвивати самодисципліну без самопокарання;
- формувати ставлення до їжі як до засобу підтримки життя, а не емоційного притулку.

Стоїцизм вчить мудрому керуванню тілом у згоді з розумом і природою. Ось декілька висловів що характеризують це:

«Тіло — це вантаж, якого не уникнути, але стався до нього так, щоб не воно керувало тобою, а ти ним.» Епіктет

«Я п'ю воду, коли хочу пити, і їм просту їжу. Тіло моє не нарікає, душа — не принижена.» Сенека

«Скільки часу ти витрачаєш на думки про смачну їжу, красиве тіло чи інші принади? Це марна метушня. Думай про обов'язок і чесноту.» Марк Аврелій.

Марк Аврелій нагадує собі, що їжа — це просто «мертве тіло риби, шмат молока, грона винограду», тобто розкладає речі на елементи, щоб зменшити їхню привабливість.

У сучасній терапевтичній практиці поєднання стоїчних принципів із духовними цінностями створює цілісну основу для внутрішньої роботи. Такий підхід допомагає клієнту не лише впоратися з емоційними викликами —

переїданням, неприйняттям тіла, страхом хвороби чи старіння — а й глибше осмислити своє місце у світі. Через розмову про сенс, внутрішню свободу, прийняття та відповідальність ми торкаємося фундаментальних рівнів особистості. Це відкриває шлях до подолання одержимостей і залежностей не шляхом боротьби, а через розвиток внутрішньої опори, духовної зрілості та гармонії з собою.

Література:

1. **American Psychological Association.** (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
2. Dalle Grave, R. (2021, October 11). Why binge eating may not be a form of addiction. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/eating-disorders-the-facts/202110/why-binge-eating-may-not-be-form-addiction>
3. Боецій, А. М. С. Втіха філософією / пер. з латини, передмова і примітки О. Короля. Львів: Літопис, 2000. — 240 с.
4. Марк Аврелій. Наодинці з собою / пер. з давньогрецької А. Содомора. Львів: Астролябія, 2005. Книги II, V, VI – роздуми про природу тіла, самодисципліну, знецінення тілесного
5. Сенека, Луцій Анней. Листи до Луцілія / пер. з латини О. Жупанського. Київ: Жупанський, 2019. Листи 18, 20, 90, 123 – про аскезу, помірність, тілесні задоволення.
6. Епіктет. Бесіди. Короткий посібник з етики (Енхейридїон) / пер. з давньогрецької А. Онишко. Харків: Фоліо, 2021. Бесіди I.1, I.18, III.26; Encheiridion §§15, 33 – про їжу, тілесність і самовладання.
7. Богословська скарбниця (н.д.). *Сутність твору Блаженного Августина «Град Божий»*. Отримано з http://www.bogskarb.com/?page_id=768
8. Stud.com.ua. (н.д.). *Фома Аквінський. Сума теології, метафізична теорія буття і теорія пізнання*. Отримано з https://stud.com.ua/42208/filosofiya/foma_akvinskiy_suma_teologiyi

Охрїй О.О.

магістр психології, практичний психолог,
Дійсний член НПА, дивізіон «Адиктологія»,

кризовий консультант,

Керівник терапевтичного процесу в
ГО «НАРКОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР «ХЕЛП».

profitestxxx@gmail.com

НАРКОТИЧНА СУБКУЛЬТУРА ЯК ЧИННИК ЗАЛУЧЕННЯ ДО НАРКОТИКІВ

Анотація. Наркотична субкультура — це особливий соціальний феномен, який виникає в межах певних молодіжних груп і характеризується спільними цінностями, нормами та поведінковими моделями, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Вона має суттєвий вплив на формування ідентичності молоді, сприяє формуванню особистісних та соціальних рис, але водночас створює ризики для фізичного і психічного здоров'я, соціальної адаптації та майбутнього життєвого шляху. Вивчення наркотичної субкультури важливе для розробки профілактичних заходів, спрямованих на попередження наркоманії та формування відповідальної поведінки серед молоді. У цій темі аналізуються причини виникнення, особливості прояву, соціальні наслідки та можливі шляхи подолання негативних проявів цієї субкультури.

Ключові слова: субкультура, наркоманія, наркозлочинність, незаконний обіг наркотиків.

Вступ. Наркотична залежність — це не лише медична проблема, а й соціальне явище, що має глибокі коріння у культурних та соціальних процесах сучасного суспільства. Особливе значення у формуванні та поширенні наркотичної залежності відіграє так званий «наркотичний» соціальний контекст — наркокультура, яка виступає як окрема субкультура, що сприяє залученню до вживання наркотиків. Вивчення її механізмів, цінностей, мовних

особливостей допомагає зрозуміти, чому саме ця субкультура є потужним чинником формування залежності серед підлітків та молоді.

Мета роботи. Розглянути сутність, особливості та вплив наркотичної субкультури на молодь, а також визначити можливі шляхи профілактики та протидії її негативним наслідкам.

Наркоманія — це хвороба, яка породжує в умовах міста власну культуру: субкультуру — за змістом, контркультуру — за динамікою. У період дорослішання підлітки шукають підтримки в інших, щоб упоратися з фізичними, емоційними та соціальними змінами в їхньому житті. Так формується коло однолітків, що відіграє суттєву роль у розвитку соціальних навичок дитини. Підліток переймає від своїх друзів як конструктивні, так і деструктивні форми поведінки, зокрема й наркотичну.

Наркотична субкультура виникла як реакція на ставлення суспільства до наркоманії, її поява та розвиток — неминучий процес. Вона слугує колу наркоманів для «пом'якшення» явищ, на які люди поза її межами дивляться як на психічне відхилення або кримінальну поведінку. Аналіз змісту та спрямованості наркотичної субкультури дає підстави говорити про неї як про «антисистему», явище вкрай негативне, адже вона сприяє залученню до наркотиків і підтримує їхнє вживання. Її можна віднести до соціальних чинників наркотизації населення. Вона привносить у суспільство особливий жаргон, настрій і стиль поведінки, власні традиції та уявлення.

Наркотична субкультура оманлива, але для підлітка насправді приваблива. Життя наркомана — це постійний ризик, необмежена свобода, самоствердження, нові враження, пригоди, насичені переживання. Підлітку здається, що стосунки серед наркоманів — ідилічні: турбота, відданість, дружба, самопожертва тощо. Його дивує властива наркоманам легкість у встановленні міжособистісних контактів, проникливість тощо. Справді, кожен наркоман за лічені хвилини може знайти спільну мову з будь-якою людиною, тим паче з дитиною.

Насправді група наркоманів — це лише зібрання людей, кожен з яких є для іншого засобом досягнення єдиної мети — чергової дози. Можливо, згуртованість у групі наркоманів справді досить висока, оскільки їх об'єднує спільна мета, однак переживання у наркоманів відсутні: вони діють інстинктивно, рефлекторно, наслідуючи приклад своїх однодумців із більшим наркотичним досвідом.

Зазвичай наркомани залучають новачків до наркотиків двома способами: перший — опосередкований. Він полягає у непрямому впливі на підлітка за допомогою яскравих емоційних розповідей про насиченість життя наркоманів, про «барвистість» переживань, про «інший» світ, про престижність наркотиків. У результаті підліток починає вірити в те, що найцікавіше в житті — це наркотики і все, що з ними пов'язане. Другий спосіб полягає у безпосередньому пропонуванні наркотиків. Людина в середовищі наркоманів довго не може залишатися лише спостерігачем. Вона або йде з цього середовища, або починає жити за його правилами. Якщо група для неї значуща, вона прагне зберегти спілкування й починає вживати наркотики, які згодом стають уже не засобом спілкування, а засобом існування.

І в тому, і в іншому випадку наркотична субкультура має для підлітків, що з нею стикаються, емоційну привабливість, дає можливість уникнути розв'язання власних проблем, відчуті ілюзорну відданість, любов, дружбу, ризик, свободу, відчуті престижність свого становища, долучитися до світу, недоступного батькам та іншим дорослим.

Наркотична субкультура надзвичайно життєздатна. Вона легко приймає те, що в суспільстві вважається неприйнятним, те, що заперечує сім'я та школа. Близькість смертельної небезпеки загострює відчуття, прискорює думки, емоційно насичує повсякденне життя.

Наркотична субкультура задає модель поведінки та водночас надає полігон для пришвидшеної соціалізації підлітка. Експерименти «за межами дозволеного», «посвята в обрані» захоплюють допитливих, забезпечуючи «ідеологічну» стійкість системи. Таким чином, наркокультура легко

адаптується й зберігає свою привабливість для підлітка, який перебуває у конфлікті з дорослим світом.

Незвичайний, невідомий, недосяжний для батьків із застарілими поглядами досвід дозволяє підліткові почуватися більш значущим. Наркокультура знецінює й позбавляє сенсу будь-які інші культурні надбання, відтворює й протиставляє всьому, включаючи й саме життя, екзистенційний вакуум, заповнений її ж власною ретрансляцією.

Дослідження допомагають зрозуміти причину безрезультатних спроб соціального впливу на наркокультуру. Діалог із вакуумом виявляється практично неможливим!

Однак це зовсім не означає повної відсутності порядку й логіки в організації наркокультури. У ній легко виявити певні динамічні аспекти її функціонування. Будучи спочатку абсурдною, оскільки її мета і результат перебувають у непримиренному протиріччі, наркокультура реалізується в постійному подоланні моральних і правових обмежень шляхом заперечення всіх традиційних людських цінностей.

Потреба людини в подоланні обмежень, знятті заборон, вивільненні почуттів, що задовольняється універсальним способом в умовах наркокультури (соціальне та чуттєве синхронне підкріплення), може бути зрозумілою як механізм формування психічної залежності.

Вивчення семантичних конструкцій наркокультури дозволило виявити деякі глибоко приховані аспекти її функціонування, вловити її «антилогіку», а саме:

- злитість (нерозчленованість) змістових і операційних значень. У наркокультурі тексти висловлювань, як правило, будуються лише з предикатів (безособово). Більшість суджень найчастіше мають форму дієслів, а суб'єкт висловлювання (підмет) у реченнях або позначається невербально, або не позначається взагалі;

- інакшомовність. Закодованість. «Мова», що живе в загальноприйнятій мові спілкування. Слова, які використовуються при побудові фраз, текстів і

навіть діалогів у середовищі «посвячених» у наркокультуру, по суті, не мають нічого спільного з їх первісними значеннями. Дослідження показали, що головна небезпека існування «таємної мови» полягає не стільки в тому, що її не завжди розуміють батьки, наставники та вчителі, скільки в тому, що, розмовляючи загальноприйнятою мовою, використовуючи звичні слова, дорослі спрямовують думки своїх вихованців в інше русло, навіть не підозрюючи про це;

- пряма протилежність значень і дій. Протилежність виявляється насамперед у тому, що з лексики підлітка, який «входить» у наркокультуру, поступово «вимиваються» висловлювання особистісного характеру, висловлювання від першої особи однини — те, що називається «Я», і замінюються висловлюваннями від першої особи множини — те, що називається «Ми». Однак формування, на перший погляд, згуртованого образу «Ми» насправді не відповідає і навіть суперечить реальним стосункам, які складаються між підлітками, що почали вживати наркотики. Є підстави стверджувати, що реальна формула виглядає так: чим глибше переживається «Ми», тим більше недовіри один до одного в міжособистісних стосунках підлітків, які вживають наркотики;

- «релігійно-філософські» твердження. Ригідно-когнітивні конструкції, наповнені позбавленими сенсу (поза контекстом) релігійно-філософськими твердженнями. Твердження, запозичені з різних літературних джерел, виконують радше агітаційно-ідеологічну функцію й призначені переважно для тих, хто відчуває інтелектуальні сумніви щодо запропонованих дій, пов'язаних із вживанням наркотиків. Тут легко знайти і буддійську відмову від усіх бажань, і християнське всепрощення як необхідну для життя у спільноті, побудованій на тотальній брехні, умову, і зневажливе ставлення до земних благ, і обіцяну всіма релігіями вічність, і загальне комуністичне рівноправ'я.

Зовнішнім атрибутом рекламно-спонукального характеру наркокультури (для початківців) виступає міфологічна еkleктика двох самотійних субкультурних утворень.

Перше можна назвати елітарною (богемною) субкультурою, носіями якої є артисти, художники, зірки естради, діячі мистецтва та люди з оточення мистецтва, а також заможні меценати і спонсори. Друге — кримінальною субкультурою, носіями якої є люди, що живуть «за поняттями»: злодії, бандити, кримінальні авторитети, шахраї, колишні засуджені, злочинні угруповання. Як в елітарній, так і в кримінальній субкультурі допустиме вживання наркотиків, однак воно не є самоцінним і стрижневим, як у наркокультурі. Більше того, кожна з двох названих субкультур має чітко виражену спрямованість і зовсім не аморфну систему цінностей. Наявність правил і цінностей зумовлює існування санкцій за їх порушення або зневажання.

Таким чином, існують механізми (економічного, морального, психологічного характеру), які стримують надмірне вживання наркотичних речовин як в елітарній, так і в кримінальній субкультурі, що є надзвичайно небезпечним для наркозастійких підлітків у міському середовищі.

У названих субкультурах формується ієрархія, що обумовлює підпорядкованість усіх її членів, а отже, і конкуренцію між ними. У наркоманській субкультурі лідери можуть виникати лише ситуативно — тільки для здобуття дози, оскільки ієрархії як такої не існує, а отже, й стійкої структури в наркоманській групі не складається.

«Зірка» шоу-бізнесу вилітає з «Олімпу», якщо втрачає професійну конкурентоспроможність, і це далеко не завжди пов'язано з вживанням наркотичних речовин, але наркотики можуть бути причиною такої втрати. Таким чином, «балування» з наркотиками перебуває під контролем системи. Інакше система позбувається своїх невдач — і тоді наркокультура приймає їх безповоротно.

Ще суворіша ситуація з уживанням наркотиків у кримінальному світі. Авторитети, кримінальні ієрархи втрачають довіру своєї системи у разі зловживання наркотиками. Вживати наркотики не заборонено, але стати залежним не дозволено жодному з лідерів. У кримінальному світі наркотики є радше основою бізнесу, джерелом фінансового добробуту й наповнення

«общака», аніж сенсом життя окремих членів чи групи загалом. У злочинному середовищі наркомани, як правило, не можуть обіймати важливих посад із міркувань безпеки й стабільності системи.

Узагальнюючи викладене, можна говорити про особливі відмінності наркокультури від інших субкультурних явищ: відсутність ієрархії; специфічність субкультурного продукту того, що називається екзистенційним вакуумом, що дозволяє помітити повну недіалогічність наркокультури як іззовні, так і зсередини; єдиномислення її членів з одного боку, і повна відсутність довіри у взаєминах з іншого, а також елементи демонстративної псевдоелітарної поведінки в поєднанні з універсальною злочинною спрямованістю, навіть без кримінальної кваліфікації. Високий ступінь наслідування свідчить про маргінальність наркокультури, в якій залишається єдина цінність, єдиний бог, єдине правило — наркотик.

Особливості наркокультури та її соціальні функції. Наркокультура пропонує підліткам і молоді альтернативний спосіб самореалізації, що приваблює насамперед емоційною наповненістю та відчуттям свободи. Вона створює уявний простір для експериментів, пошуку себе та своїх меж.

Механізми залучення до наркотиків у рамках субкультури:

- емоційна привабливість: розповіді про яскраві переживання, «інший» світ, престижність, яка нібито відкривається з вживанням наркотиків;

- соціальний вплив: безпосереднє пропонування наркотиків, формування групової ідентичності, де «ми» стає синонімом спільноти, що вживає наркотики;

- мовна та символічна культура: особливий жаргон, заcodedані фрази, ритуали, що створюють таємничість і привабливість;

Ці механізми сприяють формуванню ілюзорного уявлення про життя без обмежень, де наркотики стають символом свободи, виклику та особистого самоствердження.

Механізми залучення та процес формування залежності: залежність виникає у результаті психологічних та соціальних факторів. В рамках наркокультури вона підсилюється через:

- емоційний комфорт: наркотики допомагають уникнути внутрішніх конфліктів, проблем у сім'ї, школі, соціумі;
- соціальне підтвердження: належність до групи, де вживання наркотиків стає нормою, — важливий чинник;
- ілюзорна свобода та ризик: підлітки сприймають ризик як виклик, що додає привабливості, але насправді загрожує життю та здоров'ю.

Саме через ці механізми формуються психічна залежність і патерни поведінки, які ускладнюють вихід із субкультури та боротьбу з наркозалежністю.

Структура та цінності наркокультури. Наркокультура має власну символіку, мовні особливості та ідеологію:

- мова та символіка: закодовані слова, жаргон, злиття значень. Наприклад, слово «зірка» може означати наркотик чи статус у групі;
- ритуали та традиції: «посвяти», спільні вживання, «вечірки»;
- цінності: авантюризм, ризик, відсторонення від традиційних цінностей, пошук нових вражень і емоцій.

Загалом, наркокультура знецінює будь-які інші цінності, формує екзистенційний вакуум — людину, яка вважає життя без наркотиків беззмістовним.

Вплив наркокультури на підлітків та можливі шляхи протидії. Психологічна практика показує, що наркокультура створює привабливий, але ілюзорний світ, який важко змінити через глибоку внутрішню та зовнішню динаміку. Вона легко адаптується до соціальних змін і підсилює конфлікти між підлітками та дорослими. Можливі шляхи протидії:

- профілактична робота із сім'єю та школою: формування критичного мислення, розвиток соціальних навичок;

- робота з субкультурами - створення альтернативних культурних просторів, які б задовольняли потребу у самореалізації;

- психологічна підтримка - допомога у подоланні внутрішніх конфліктів, формування позитивної самооцінки.

- інформаційно-просвітницька робота - висвітлення реальних наслідків вживання наркотиків, формування критичного ставлення.

Висновки. Отже, наркотична субкультура є складним та багатовекторним явищем, яке виникає в молодіжних середовищах і базується на спільному вживанні наркотичних речовин, а також на цінностях та нормах, що сприяють цьому процесу. Вона має значний вплив на формування особистості молоді, негативно позначаючись на фізичному, психічному та соціальному здоров'ї, а також на майбутніх життєвих перспективах. Причинами входження до наркотичної субкультури є соціальні чинники, низький рівень освіченості, психологічний тиск, бажання належати до певної групи або виглядати «стильним». Боротися з негативним впливом наркотичної субкультури можливо шляхом системної профілактичної роботи: освітніх програм, популяризації здорового способу життя, створення альтернативних форм дозвілля та підтримки молоді. Важливо формувати у молоді свідоме ставлення до власного здоров'я та розвиток навичок критичного мислення, що сприятиме зменшенню привабливості наркотичної субкультури і запобігатиме її поширенню.

Література:

1. Бондаренко, В. М. (2018). Соціальні аспекти наркоманії: теорія та практика. Київ: Академія.
2. Гнатюк, О. І. (2020). Молодіжні субкультури та їх вплив на поведінку молоді. Львів: ЛНУ імені Івана Франка.
3. Іваненко, Ю. П. (2019). Наркоманія та її профілактика: сучасні підходи. Соціологічні дослідження, № 3, [с. 45-52.]

4. Іванченко Л. І. Молодіжні субкультури в сучасному світі. Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. 2016. №. 20 (1). [с. 201-210.]
5. Коваленко, А. В. (2017). Психологія молоді та ризиковані поведінки. Харків: ХНУ ім. Каразіна.
6. Міленіна М. М. Молодіжні субкультури: інтелектуалізація як механізм та технологія конструювання соціальних меж. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2016. №. 9. [с. 62-66.]
7. Національний звіт щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року).
8. Павелків В. Р. Вплив молодіжних субкультур на прояви рівня агресії у молодіжному середовищі. Проблеми сучасної психології. 2015. №. 27.
9. Петров, С. В. (2016). Наркоманія та молодіжна субкультура: проблеми та перспективи. Соціологія: теорія і практика, № 4, [с. 102-110.]
10. Шкурко В. Ю. Динаміка трансформації модного образу в контексті молодіжних субкультур другої половини XX століття. Вісник ХДАДМ. 2017. – №. 5. [с. 128-133.]

Пономарьов А.О.

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

ponomerevandrey1987@gmail.com

ТИПОЛОГІЯ ГРУПОВОЇ ПІДТРИМКИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТРАТЕГІЇ РОБОТИ З АДИКТАМИ

Анотація. У статті здійснено огляд основних типів групової підтримки, які використовуються особами з адиктивною проблематикою паралельно з індивідуальним психологічним супроводом, а також проаналізовано вплив специфіки кожного з форматів групової взаємодії на стратегії роботи психолога. Актуальність теми обумовлена потребою в якісному, адаптивному й цілісному підході до роботи з адиктами, особливо в умовах війни та постійного психоемоційного напруження. Розглянуто чотири основні типи групової підтримки: світські групи взаємодопомоги (АА, АН, SMART), релігійні спільноти при церквах, терапевтичні та терапевтично-освітні групи, а також групи підтримки на етапі ресоціалізації в межах реабілітаційних центрів. Кожен із цих форматів створює особливий контекст, який формує потреби клієнта, змінює акценти терапевтичної роботи та впливає на її динаміку і темп. Автор підкреслює, що поєднання групової та індивідуальної підтримки є доцільним і значно підвищує ефективність психологічного супроводу. Такий інтегративний підхід сприяє глибокій трансформації особистості, зниженню ризиків рецидиву, формуванню нової ідентичності та повноцінній соціальній інтеграції клієнта.

Ключові слова: адикція, психотерапія, реабілітація, групова підтримка.

Annotation. The article presents an overview of the main types of group support used by individuals with addiction-related issues in parallel with individual psychological counseling, and analyzes how the specific features of each group interaction format influence the psychologist's work strategies. The relevance of the topic stems from the need for a high-quality, adaptive, and holistic approach to

working with people struggling with addiction, especially in the context of war and ongoing psycho-emotional stress. The article examines four main types of group support: secular mutual aid groups (AA, NA, SMART), faith-based communities affiliated with churches, therapeutic and psychoeducational groups, and support groups during the resocialization phase within rehabilitation centers. Each of these formats creates a specific context that shapes the client's needs, shifts the focus of therapeutic work, and affects its dynamics and pace. The author emphasizes that combining group and individual support is appropriate and significantly enhances the effectiveness of psychological care. Such an integrative approach promotes deep personal transformation, reduces the risk of relapse, supports the development of a new identity, and facilitates the client's full social reintegration.

Keywords: addiction, psychotherapy, group support, rehabilitation.

Питання підвищення якості психологічного супроводу адиктів, а також профілактики рецидивів є актуальним на шляху збереження психологічного здоров'я та запобігання деструктивним наслідкам психоемоційної дестабілізації в умовах війни. Розглядаючи адикцію, як складний багатофакторний феномен, який охоплює всі сфери людського життя (на прикладі БПС моделі та враховуючи духовну складову особистості), можна зрозуміти, що кількість мішеней для терапевтичного втручання може виявитись дуже великою [3]. Більше того, різний рівень інтеграції адиктивних факторів в ядро особистості і різниця в самій суті цих факторів зумовлюють доцільність використання різних методів в роботі з адиктами на різних етапах становлення ремісії. Сучасні дослідження демонструють, що жоден з напрямів терапії не є універсальним і, якщо розглядати ефективний супровід і мотивацію адикта від початку утримання від неконтрольованого контакту з об'єктом залежності до формування стійкої ремісії і комфортного продуктивного життя (яке звичайно кожен розуміє по-своєму), можна стверджувати що поєднання різних методів збільшує шанси на успіх [2]. Разом з тим, термін тверезості і сам лише рівень функціонування психіки адикта не є вичерпними факторами, які обумовлюють

стратегію роботи з означеною категорією клієнтів. Клієнти, які звертаються за психологічним супроводом часто мають вже певний термін ремісії, який досягається в тому числі завдяки наявності ефективної групової підтримки.

Метою даної роботи є огляд основних типів групової підтримки, що використовується адиктами паралельно з індивідуальною роботою з психологом, а також особливості ефективних, на думку автора, стратегій психологічного супроводу які обумовлені специфікою того чи іншого типу групової взаємодії.

До основних типів групової підтримки можна віднести:

1. Групи взаємодопомоги нерелігійного характеру (AA/АН/SMART/тощо)
2. Підтримка в групах релігійного характеру при церквах (домашні групи, “кава хауси”, тощо)
3. Терапевтичні та терапевтично-освітні групи
4. Групи підтримки і взаємодопомоги при реабілітаційних центрах на етапі ресоціалізації

Впродовж останніх десятиліть визнаними ефективними інструментами підтримки узалежнених осіб стали групи взаємодопомоги, зокрема «Анонімні Алкоголіки» (AA), «Анонімні Наркомани» (АН), «Анонімні Гравці» (АГ) та інші спільноти, які працюють на основі 12-крокової програми [3]. Ці групи створюють унікальне середовище, де учасники мають змогу ділитися досвідом, отримувати підтримку, розвивати саморефлексію й поступово змінювати спосіб життя. Однак паралельно з участю в групах важливим залишається індивідуальний супровід, який надає психолог. Взаємозв'язок цих двох напрямів – групової взаємодопомоги та індивідуальної терапії – створює особливий контекст, що формує специфіку роботи фахівця. Попри очевидну користь, участь у групах взаємодопомоги не завжди достатня для глибокої трансформації особистості, особливо якщо в людини є незавершені травми, внутрішні конфлікти, психічні супутні розлади чи глибоко вкорінені деструктивні переконання. Саме тому індивідуальна психологічна робота лишається актуальною та необхідною. Проте специфіка такої роботи

змінюється, якщо клієнт уже є учасником спільноти АА/АН. Психолог має враховувати як позитивні впливи цього контексту, так і можливі обмеження чи виклики. До таких факторів можна віднести наступні:

1. Відповідність підходу до роботи філософії груп підтримки
2. Супровідний формат роботи
3. Профілактика ідеалізації групи
4. Допомога з інтеграцією досвіду в повсякденне життя

Можна стверджувати, що участь в групах взаємодопомоги нерелігійного характеру створює сприятливе середовище для відновлення, однак не виключає потреби в індивідуальній психотерапевтичній роботі. Навпаки – створює особливий контекст, в якому психолог має бути гнучким, етично обережним і достатньо обізнаним у принципах спільнот. Поєднання групової взаємодопомоги та професійного індивідуального супроводу значно підвищує шанси на стійке одужання, особистісне зростання та повернення людини до повноцінного функціонування у суспільстві.

Альтернативним джерелом непрофесійної групової підтримки є релігійні групи, що діють при церквах або інших релігійних організаціях. Ці спільноти створюють унікальне середовище, в якому процес одужання відбувається через духовне оновлення, віру, спільну молитву, морально-етичне наставництво та приналежність до релігійної громади. Такі групи відрізняються від світських програм (наприклад, АА/АН/SMART/тощо) тим, що не просто базуються на духовних принципах, а прямо пов'язані з конкретною конфесією, церковною структурою або віровченням [6]. Наприклад, при православних або протестантських церквах можуть існувати окремі програми для uzалежнених, що включають біблійні читання, молитви, участь у літургії, духовну опіку священника або пастора. Часто вони супроводжуються соціальними ініціативами — притулками, реабілітаційними центрами, трудовими програмами. Основним фокусом таких груп є не просто утримання від психоактивних речовин, а духовне навернення та зміна внутрішнього світу людини через розвиток контакту із Богом. Процес одужання в цьому контексті

зазвичай сприймається як боротьба не лише з фізичною чи психологічною залежністю, а з духовною порожнечою, гріхом, втратою життєвого сенсу. Тобто сам процес підтримки ремісії розглядається як другорядний по відношенню до процесу духовного зростання. Проте, як і будь-яка система, релігійна спільнота як контекст для одужання має свої особливості, які психолог має враховувати у процесі індивідуальної роботи з клієнтом:

1. Специфіка світогляду, віри, провини, гріховності та інших елементів системи переконань
2. Залежність від духовного авторитету (диякона, пастора, тощо)
3. Профілактика релігійного фанатизму

Загалом, у роботі з клієнтом, що проходить процес одужання в релігійній спільноті, доцільним є інтегративний підхід, що поєднує психотерапевтичні знання з емпатією до духовного життя людини. Ефективною може бути екзистенційна, гуманістична, нарративна терапія — ті підходи, які дозволяють клієнту знайти сенс, прийняти відповідальність, трансформувати свою життєву історію в наратив одужання. Також психолог може відігравати роль мосту між духовним і світським вимірами, допомагаючи клієнту інтегрувати одужання не лише в церковну реальність, а й у повсякденне життя: стосунки, роботу, родину, самооцінку. Можна сказати, що релігійні групи підтримки при церквах створюють сприятливе середовище для духовного оновлення, переосмислення цінностей та отримання підтримки, що значно посилює ресурси людини в процесі подолання залежності. Водночас, вони формують особливий контекст, що вимагає від психолога чутливості, поваги до віри клієнта та вміння працювати на межі духовного й психологічного.

Одним з ефективних форматів допомоги узалежненим є участь у терапевтичних та терапевтично-освітніх групах, які забезпечують підтримку, самопізнання, розвиток навичок і зниження ізоляції. Водночас участь клієнта у таких групах формує специфічний контекст, що істотно впливає на стратегію індивідуальної роботи психолога, змінюючи її акценти, підходи та тематику. Терапевтичні групи орієнтовані передусім на емоційне пропрацювання досвіду,

покращення навичок спілкування та інтеграцію учасника у безпечне середовище, де він може бути прийнятим [1]. У групі узалежнений має можливість отримати зворотний зв'язок, висловити почуття, побачити себе «зі сторони», а також спостерігати за динамікою інших. Терапевтично-освітні групи мають більш структурований характер і спрямовані на передачу знань про природу залежності, механізми її підтримання, шляхи профілактики рецидивів, а також формування конкретних навичок – саморегуляції, асертивності, критичного мислення, вирішення конфліктів. Групи створюють простір, де узалежнена особа може вперше відкрито говорити про свої проблеми, без страху осуду, і водночас – відчутти відповідальність за взаємодію. Це значно активізує внутрішні процеси, виводить назовні витіснені емоції, конфлікти, спрогнозовані реакції [5]. І саме цей досвід вимагає глибшої індивідуальної обробки. Психолог, який працює з клієнтом, залученим до групового терапевтичного процесу, має враховувати щонайменше п'ять ключових впливів цього контексту на стратегію індивідуальної роботи:

1. Активізація на групі матеріалу для індивідуального опрацювання
2. Підтримка розвитку навичок формування метапозиції у клієнта
3. Готовність до можливості динамічної зміни запитів
4. Підтримка інтеграції навичок
5. Профілактика непродуктивної адаптації замість реального розвитку

Не можна обійти стороною шляхи одужання, які включають в себе тривалий процес взаємодії із реабілітаційним центром на етапі ресоціалізації. В такому випадку центральним фактором успішного одужання стає групова підтримка, яка функціонує у межах реабілітаційних центрів [2]. Групи підтримки в системі реабілітації об'єднують людей із подібним досвідом узалежнення, які прагнуть зберегти тверезість і відновити соціальне функціонування. Вони виконують кілька важливих функцій:

- 1) Психосоціальна підтримка — створення атмосфери безпеки, прийняття, розуміння, що знижує почуття сорому, ізоляції та стигми.

2) У групі відбувається обмін досвідом, навчання навичкам профілактики рецидивів, подолання стресу, побудови здорових міжособистісних стосунків.

3) Група підтримки виступає соціальним майданчиком, де формується нова ідентичність тверезої людини, відбувається тренування соціальних ролей і навичок.

4) Група посилює почуття відповідальності за власне одужання та за підтримку інших учасників, що є важливим фактором мотивації.

Індивідуальна робота психолога з узалежненим у цьому контексті має враховувати соціальні умови, динаміку групи і особливості ресоціалізації. Для цього психолог повинен бути інтегрованим у структуру реабілітаційного центру або громади, де відбувається групова робота. Така інтеграція дає змогу не лише краще розуміти контекст життя клієнта, а й координувати дії з іншими фахівцями (наприклад, фахівцем з соціальної роботи [2]), брати участь у розробці і корекції програми реабілітації, що підвищує її цілісність і ефективність. Обізнаність психолога у програмі реабілітації — це один із ключових чинників успішної індивідуальної роботи. Знання етапів і завдань групової підтримки дозволяє психологу гармонійно поєднувати індивідуальний терапевтичний процес із груповими заходами, що сприяє кращій адаптації клієнта. Психолог може підсилювати позитивні групові впливи, допомагати вирішувати конфлікти, що виникають у спільноті, а також попереджувати або коригувати деструктивні тенденції. У роботі з узалежненими психолог акцентує увагу на кількох важливих аспектах, які безпосередньо пов'язані з груповим контекстом.

По-перше, аналізується роль клієнта у групі, його взаємини з іншими учасниками, позитивний і негативний досвід взаємодії. Індивідуальні консультації спрямовані на опрацювання емоцій, які можуть виникати у зв'язку з груповими процесами — страхів, розчарувань, почуття ізоляції або перевантаження.

По-друге, психолог розвиває соціальні навички, що відпрацьовуються у групі, зокрема навички асертивної комунікації, емоційної саморегуляції,

подолання конфліктів. Індивідуальна робота допомагає глибше усвідомити і закріпити ці навички, адаптувати їх до конкретних життєвих ситуацій клієнта.

По-третє, психолог підтримує клієнта у формуванні нової ідентичності тверезої, соціально адаптованої особистості. Одужання — це не просто зміна поведінки, а радикальна перебудова ціннісних орієнтирів, самооцінки та життєвих планів, яким перспективі може допомогти інтегрувати фрагментовані частини особистості в єдине ціле. Індивідуальна терапія дає змогу клієнту безпечно проговорити внутрішні сумніви, страхи втрати старих ролей, тривоги щодо майбутнього. Психолог допомагає клієнту знайти нові джерела сенсу і мотивації, які підсилюють стійкість до рецидиву.

По-четверте, робота з ризиками рецидиву є невід'ємною частиною індивідуальної терапії на етапі ресоціалізації. Група підтримки допомагає знижувати рівень цих ризиків, проте психолог у приватних сесіях глибоко опрацьовує тригери, кризові стани, навчає клієнта прийомам самодопомоги і стратегій подолання спокус. Такий індивідуальний супровід дозволяє клієнтусистематично актуалізовувати знання щодо тригерних ситуацій, динамічно змінювати інструменти профілактики рецидиву і загалом більш свідомо і впевнено управляти власним одужанням.

По-п'яте, психолог сприяє формуванню та відновленню широкого соціального кола — сімейних, професійних та громадських зв'язків, що виходять за межі групи підтримки. Це важливо для повноцінної соціальної інтеграції і довготривалої стабільності. Психолог допомагає клієнту розвивати комунікативні навички, долати бар'єри у спілкуванні, розпізнавати токсичні стосунки і формувати здорові зв'язки.

Враховуючи все сказане, можна зазначити, що інтеграція психолога у структури реабілітаційних центрів і громад є надзвичайно доцільною і необхідною. Це забезпечує не лише тісну взаємодію з груповими процесами, а й дозволяє психологу бути глибоко обізнаним у всіх аспектах реабілітаційної програми [4], бути в курсі всіх актуальних змін в реабілітаційних процесах.

Такий комплексний підхід є запорукою більш ефективної, цілісної та індивідуалізованої підтримки uzалежненого на шляху одужання.

Висновок. Системна допомога людям з адиктивною поведінкою вимагає комплексного та багатовимірного підходу, в якому групова підтримка та індивідуальна психотерапія не протиставляються, а взаємодоповнюють одна одну [3]. Участь у різних типах груп — від світських програм взаємодопомоги до релігійних спільнот та терапевтичних груп — створює унікальний контекст, що значною мірою визначає запит клієнта, його потреби та особливості психологічного супроводу. У цьому контексті психолог виступає не лише фахівцем, який допомагає пропрацьовувати внутрішні конфлікти, а й гнучким фасилітатором, мостом між особистими трансформаціями клієнта та соціальними, духовними, терапевтичними процесами, в яких той бере участь. Роль психолога полягає у підтримці глибшої інтеграції групового досвіду, формуванні нової ідентичності, зменшенні ризиків рецидиву, розвитку життєвих навичок та повноцінному поверненні до соціального життя. Таким чином, ефективний психологічний супровід адикта у сучасних умовах має бути міждисциплінарним, чутливим до контексту, заснованим на довірі, повазі до цінностей клієнта та інтеграції різних підходів задля досягнення стійкого і змістовного одужання.

Література:

1. Козира П.В. Групова терапія як засіб подолання ігрової залежності / Козира П.В., Легка А.І. // Габітус. - 2023. - № 53. - С. 115-119. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/6806>
2. Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб: Науково-методичний посібник / за ред., Старкова Д.Ю, Максимової Н.Ю. Київ: 7БЦ, 2023. 680с.
3. López, G., Orchowski, L.M., Reddy, M.K. et al. A review of research-supported group treatments for drug use disorders. Subst Abuse Treat Prev Policy 16, 51 (2021). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00371-0>

4. Tracy K, Wallace S. Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Subst Abuse Rehabil.* 2016;7:143-154 DOI:<https://doi.org/10.2147/SAR.S81535>
5. Weiss, Roger D., Jaffee, William B., Menil de, Victoria P. and Cogley, Catherine B. (2004) 'Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know?', *Harvard Review of Psychiatry*, 12:6, 339 - 350 URL: https://www.researchgate.net/publication/7970945_Group_Therapy_for_Substance_Use_Disorders_What_Do_We_Know
6. Yaghubi M, Abdekhoda M, Khani S. Effectiveness of Religious-Spiritual Group Therapy on Spiritual Health and Quality of Life in Methadone-treated Patients: A Randomized Clinical Trial. *Addict Health* 2019; 11(3): 156-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.22122/ahj.v11i3.238>

Рябовол Т.А.,
старший науковий співробітник
лабораторії соціально дезадаптованої особистості
Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України
rta2008@ukr.net
ORCID 0000-0001-9769-6742

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОБІОЛОГІЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ПРИРОДИ ЗАЛЕЖНОСТІ

У сучасному світі феномен залежності виходить за межі традиційного розуміння як виключно медичної чи психологічної проблеми. Ми стикаємося з широким спектром залежностей — від хімічних до поведінкових, від соціально несхвалюваних до тих, які активно заохочуються. Мета цього тексту — розглянути залежність як результат перенапруженої мотиваційної системи, а також як соціальний інструмент впливу, який формує поведінку в межах сучасного капіталістичного простору.

З точки зору нейробіології, залежність можна розглядати як прояв гіпермотивації. Мотиваційна схема «Я чогось хочу, я знаю, як цього досягти, я дію» є універсальною як для цілеспрямованої людини, так і для залежної. У випадку залежності, мозок фіксує увагу до певного стимулу — речовини, поведінки чи відчуття — і створює патологічну циклічну схему. Важливо підкреслити, що дофамін не дає задоволення сам по собі; він відповідає за очікування винагороди. Саме ця особливість нейромедіатора пояснює нав'язливе прагнення повторювати дію, навіть якщо реальне задоволення від неї коротке або слабке. Таким чином, будь-яка дія, що викликає викид дофаміну — від вживання алкоголю чи наркотиків до участі в азартних іграх або постійного використання соціальних мереж — здатна формувати залежність. При цьому існують і так звані «позитивні» залежності: наприклад,

workaholism, інтенсивний спорт або прагнення до високих перформансів, які також можуть стати нав'язливими.

Дофаміновий цикл формує замкнене коло: тригер або стимул запускає викид дофаміну, що активує систему винагороди в мозку (вентральна ділянка покришки та ядро accumbens), після чого людина здійснює дію для отримання «обіцяного» відчуття. Навіть якщо задоволення коротке, мозок «запам'ятовує» зв'язок дії з нагородою, що з часом формує толерантність: потрібен більший стимул для досягнення того ж ефекту, а здатність отримувати задоволення від звичайних речей знижується. Ерік Кандел, Нобелівський лауреат, підкреслює: «Залежність — це патологічне навчання. Наркотики захоплюють ті самі системи мозку, які в нормі відповідають за навчання та мотивацію». Нора Волков додає: «Залежність — це не слабкість характеру, а хронічне захворювання мозку, яке змінює систему винагороди та контроль поведінки». А Вольфганг Шульц наголошує, що дофамінові нейрони сигналізують не стільки про приємність, скільки про очікування винагороди, і саме ця різниця формує мотивацію.

Соціальна перспектива доповнює нейробіологічне розуміння залежності. У сучасному ринку залежність стає ефективним інструментом контролю поведінки. Маркетинг стимулює прив'язаність до продуктів, соціальні мережі — до переглядів, лайків та схвалення, а бренди — до символічного статусу. Залежна людина стає передбачуваною, мислить і діє в межах заданих шаблонів, що вигідно системам управління та споживання. Приклади цього можна знайти у «цукрових» маркетингових кампаніях, алгоритмах TikTok чи Instagram та гейміфікації навчання чи роботи.

Важливо відзначити подвійність впливу соціального середовища. З одного боку, суспільство витрачає колосальні ресурси на профілактику та лікування залежностей: створює реабілітаційні центри, законодавчі обмеження, інформаційні кампанії. З іншого боку, ті самі соціальні системи, через культуру споживання, рекламу та соцмережі, підживлюють нові залежності. Приклади протиріччя очевидні: бігборд із написом «Алкоголь шкодить вашому здоров'ю»

може стояти поруч із рекламою пива, а кампанії проти ігроманії існують на тлі агресивної реклами онлайн-казино. Тригери дофамінового циклу часто нав'язуються соціумом — через моду, рекламу або сценарії святкувань — що робить середовище одночасно постачальником стимулів та контролюючим фактором.

Психосоціальні наслідки таких процесів включають розмивання меж між звичкою, мотивацією і залежністю, формування поведінкових патернів, які сприймаються як «нормальні», наприклад, постійна продуктивність або самовдосконалення до стану вигорання, та зниження рівня внутрішньої автономії.

Отже, залежність варто розглядати як складне явище на стику нейробіології та соціуму. На рівні мозку вона формується через замкнений цикл очікування та підкріплення, який поступово втрачає здатність давати природне відчуття задоволення. На рівні суспільства ми бачимо парадокс: з одного боку, соціум бореться із залежністю, створює програми лікування та профілактики, а з іншого — сам продукує численні тригери, що стимулюють дофамінову систему. Отож, розглядаючи проблему, варто пам'ятати, що залежність — це не лише індивідуальна вразливість, а й дзеркало суспільних суперечностей, де біологічні механізми і соціальні практики взаємно підсилюють одне одного.

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

Бровко А.О.,

магістр психології,
Член дивізіону «Адиктологія» НПА,
Asyabrovko@gmail.com

ЗАЛЕЖНІСТЬ І НЕДОСЯЖНИЙ ОБ'ЄКТ: МЕТАФОРИЧНІ АСОЦІАТИВНІ КАРТИ «ГОЛОД» ЯК ІНСТРУМЕНТ ТЕРАПІЇ АДИКЦІЙ

Вступ. Залежна поведінка залишається одним із найскладніших викликів сучасної клінічної психології, що поєднує у своєму генезі біологічні, психологічні та соціокультурні чинники. За даними різних досліджень, загальна поширеність адиктивних розладів охоплює близько 10–15 % світового населення, включаючи як хімічні (алкоголь, наркотичні речовини), так і поведінкові форми залежності - зокрема, ігрову, харчову, цифрову. Це становить серйозне навантаження на систему охорони здоров'я та актуалізує пошук нових, більш чутливих до глибинної динаміки особистості методів психотерапевтичної допомоги.

У межах теорії об'єктних відносин (Klein, 1946; Winnicott, 1971; Kernberg, 1975) адикція розглядається як фіксація на втраченому або недосяжному об'єкті, що виконує роль регресивного заспокоєння. Така фіксація підтримує

замкнене коло повторення поведінки, пов'язаної з залежністю. Недостатня інтеграція образів «доброго» та

«поганого» об'єкта в ранньому дитинстві формує схильність до розщеплення й підвищує вразливість до формування адиктивних моделей. Сучасна нейропсихологія підтверджує, що дефіцит цілісних об'єктних уявлень пов'язаний із порушеннями у функціонуванні мезолімбічної дофамінергічної системи та зниженням активності префронтальної кори (Volkow & Boyle, 2018).

Попри доведену ефективність когнітивно-поведінкової терапії та фармакологічних підходів у зменшенні симптоматики, вони не завжди здатні торкнутися глибинних афективних рівнів, де й надалі функціонують нефільтровані образи значущих об'єктів. Це часто зумовлює високий рівень рецидивів після завершення терапевтичного курсу. Практика доводить необхідність використання інструментів, які сприяють безпечному переносу інтенсивного афекту в символічну площину - зменшуючи ризики ретравматизації й водночас підтримуючи інтеграцію досвіду.

З урахуванням цієї потреби була створена авторська колода метафоричних асоціативних карт «Голод» - як спеціалізований проектний інструмент для роботи із залежностями. Завдяки візуально-символічній мові, методика відкриває доступ до прихованих внутрішніх уявлень, дозволяючи їхню обережну експлуатацію у терапевтичному просторі. Робота з картами сприяє поступовій інтеграції розщеплених частин «Я» і формуванню нових зв'язків між тілесним, емоційним та когнітивним рівнями досвіду.

Метою цієї статті є систематизація теоретичних засад та клінічних спостережень, отриманих у процесі використання МАК «Голод» у терапії адикцій, а також окреслення перспектив подальших досліджень ефективності даного методу.

Мета дослідження - проаналізувати можливості застосування метафоричних асоціативних карт «Голод» у роботі з образом недосяжного об'єкта як ключового елементу залежної динаміки; описати специфіку

використання колоди в індивідуальному та груповому форматах, у межах транзактного аналізу,

гештальт-терапії та психодрами; узагальнити підходи до інтеграції методики в програму

«12 кроків», зокрема в аспекті посилення афективного залучення клієнта без порушення її структурної цілісності.

Теоретична основа. У концептуальному підґрунті колоди «Голод» лежать уявлення про залежність як наслідок порушення об'єктних відносин, зокрема - недоінтегрованого досвіду втрати й фрустрації первинного об'єкта.

Згідно з Мелані Кляйн (1946), ранній досвід розщепленого об'єкта - «доброї» і «поганої» матері - формує основу для розвитку механізмів заперечення та проєкції. Якщо процес інтеграції не завершується успішно, суб'єкт зберігає схильність до регресивних форм регуляції, де образ недосяжного об'єкта фіксується як джерело ідеалізованого заспокоєння або агресивної порожнечі. У контексті залежностей це проявляється як компульсивне прагнення до «злиття» з джерелом стимулу, який символізує втрачений об'єкт.

Для Дональда Віннікотта (1971) ключовим є поняття «достатньо доброї матері» і функція перехідного об'єкта. У разі відсутності стабільного середовища, що підтримує ілюзію всемогутності дитини, формується потреба у зовнішньому заступнику, який не витримує напруги переносу. У поведінці адикта це проявляється як перенасичення споживанням або втеча в залежність як у сурогатний перехідний простір.

Ото Кернберг (1975) розглядає залежність у ширшому контексті порушеної ідентичності та примітивної організації Его. Він підкреслює важливість хронічного дефіциту здатності утримувати амбівалентні переживання - звідси домінування механізмів розщеплення, ідеалізації та девальвації, характерних як для нарцисичних, так і для залежних структур.

Колода «Голод» складається з 50 візуальних карт, структурованих за п'ятикроковою логікою і побудована за п'ятиелементною структурою, що допомагає крок за кроком досліджувати внутрішній досвід залежності:

1. Сценарій — типова життєва ситуація, у якій активується залежна поведінка.
2. Предикат — коротке узагальнене твердження, яке виражає внутрішній посыл чи переконання, що стоїть за цим сценарієм.
3. Нейропроцес — гіпотетичне пояснення того, що в цей момент відбувається у мозку (наприклад, дисбаланс систем винагороди або імпульсний сплеск).
4. Ризик — до чого може призвести не пропрацьований досвід (регрес, облом, рецидив).
5. Послання — фраза чи образ, який може дати опору, запустити рефлексію або стати точкою входу до змін.

Центральним образом колоди є «голод» — метафора внутрішнього дефіциту: втрати, фрустрації або неможливості отримати бажане. Цей символ викликає низку захисних реакцій, типових для адиктивного мислення, а саме:

- заперечення проблеми,
- ідеалізація зовнішнього об'єкта,
- регресивне злиття (потреба в повному злитті з «порятунком»),
- проєкція власної тривоги назовні,
- компульсивні дії як спроба «заповнити» порожнечу.

З точки зору нейробіології, такі реакції пов'язані з дисбалансом дофамінової системи (яка відповідає за почуття задоволення) та зниженням активності префронтальної кори (зони мозку, відповідальної за самоконтроль і планування). Це веде до імпульсивності, слабкої витримки фрустрації та підвищеної емоційної збудливості.

Проективна природа карт дозволяє клієнту не говорити прямо про власну залежність, а перенести її на зовнішній образ — це знижує внутрішню напругу і

страх осуду. Відстань між образом і особистістю створює безпечну зону, в якій людина здатна розглядати й вербалізувати навіть складні, травматичні теми.

Процес роботи з картами розгортається як послідовність переживання: візуалізація → усвідомлення → рефлексія → вербалізація → інтеграція.

Ця послідовність активізує cingulo-insular network — систему мозку, яка регулює усвідомлення тілесного стану, афективну стабільність та контроль над імпульсами.

Таким чином, колода «Голод» допомагає не просто говорити про залежність, а відчувати, побачити й інтегрувати її символічно, що є важливим кроком на шляху до одужання.

Психотерапевтичне застосування.

1. Самостійна робота клієнта. Регулярне витягування карт (відкрите - для свідомої перевірки тригерів; «сліпе» - для доступу до латентних афектів) використовується у щоденнику спостережень. Аналіз тілесного відгуку підвищує інтероцептивну чутливість.
2. Комбінування з ресурсною колодою. Після контакту з дефіцитом інтегрується образ-ресурс, що запобігає афективному «залипанню» та підтримує вікарну корекцію досвіду.
3. Пісочна терапія. Карта слугує якірним елементом: клієнт вибудовує ландшафт своїх об'єктних відносин, візуалізуючи дистанцію, бар'єри й потенційні шляхи наближення.
4. Психодрама. Карти - «суб'єкти» на сцені; клієнт входить у роль образу, що розширює емпатійне поле й дозволяє пережити інтеграцію на рівні дії.
5. Гештальт-терапія. Зображення виконує функцію фігури; діалог «Я ↔ Образ» дає змогу завершити незавершений контакт, пережити конфлікт «хочу - не можу» та включити новий досвід у фон.
6. Транзактний аналіз. Кожна карта інтерпретується через тріаду Его-станів: Батько (інтроєкт), Дорослий (оцінка ризику) або Дитина

(імпульсивна тяга). Це допомагає ідентифікувати сценарні послання й формулювати нові контракти тверезості.

7. Відкрите / «сліпе» витягування. Перша форма підсилює раціональну обробку, друга — зменшує когнітивний контроль і виводить на поверхню ранні дорефлексивні імпринти.

Інтеграція в програму «12 кроків».

Кроки 1–3. Відкрите витягування: обрати карту, що уособлює безсилля й «голод». Образ слугує соматичним контейнером тривоги, формує емоційну основу довіри до групи та Вищої Сили.

Кроки 4–5. «Сліпе» витягування розкриває латентні шари сорому й провини. Клієнт описує сюжет, вписує його у письмову інвентаризацію, а далі проговорює перед наставником.

Кроки 6–7. Створення «диптиха»: дефіцитна карта + ресурсна. Візуальний міст між старим патерном і потенціалом зміни посилює мотивацію й робить процес трансформації відчутним.

Кроки 8–9. Груповий формат: карти розкладаються у просторі, кожна відповідає важливій фігурі минулого. Просторова «психогеографія» допомагає планувати кроки відшкодування.

Кроки 10–12. Ранкове «сліпе» витягування - превентивний скринінг тригерів; вечірнє відкрите - підбиття підсумків і фіксація ресурсу дня. Учасники-«старожили» фасилітують роботу з новачками, що зміцнює компонент служіння.

Очікуваний ефект: підвищення афективної залученості, пришвидшення формування образу «свідомої тяги» як зовнішнього об'єкта, глибша інтеріоризація кожного кроку.

Висновки. МАК «Голод» виступає гнучким проєктивним інструментом, здатним:

- актуалізувати поляризовані образи недосяжного об'єкта;
- знизити інтенсивність тяги через перенесення афекту у зону контрольованого символу;

- підтримати інтеграцію «доброї» й «поганої» частин Self;
- адаптуватися до різних форматів роботи (індивідуальна сесія, група, гештальт, транзактний аналіз, психодрама, позитивна та транскультурна психотерапія, програма «12 кроків»), зберігаючи методичну цілісність.

Таким чином, колода «Голод» посилює як клінічний, так і реабілітаційний потенціал психотерапії адикцій, забезпечуючи безпечний місток між тілесним переживанням дефіциту та вербально-когнітивним осмисленням шляху одужання

Література:

1. Klein M. Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963. -London: Vintage, 1997. - 400 p.
2. Winnicott D.W. The Maturation Processes and the Facilitating Environment. - London: Hogarth Press, 1965. - 355 p.
3. Kernberg O.F. Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. - New York: Jason Aronson, 1976. - 554 p.
4. Koob G.F., Volkow N.D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis // The Lancet Psychiatry. - 2016. - Vol. 3, № 8. -P. 760–773.
5. Свіргун М. В. Залежність! або Що призводить до наркоманії та алкоголізму. Вінниця: Твори, 2018

Сканданатх Л.Л.,
магістр психології, клінічний психолог,
клінічний супервізор, членкиня Асоціації EMDR Україна,
викладач ТОВ «Міжнародний інститут післядипломної освіти»
lilaskanda@gmail.com

ТРАВМА, ТЯГА І ТРАНСФОРМАЦІЯ: ЗАСТОСУВАННЯ EMDR У РОБОТІ З ЗАЛЕЖНОСТЯМИ

Анотація. У доповіді розглядається вплив травматичного досвіду на формування адиктивної поведінки та можливості трансформації через застосування EMDR-терапії. Аналізуються механізми тяги та клінічні підходи до її подолання в контексті травмоцентричної терапії залежностей.

Ключові слова: травма, залежність, тяга, EMDR, трансформація.

Abstract. The report explores the impact of traumatic experiences on the development of addictive behaviors and the potential for transformation through EMDR therapy. It analyzes craving mechanisms and clinical approaches to their resolution within trauma-focused addiction treatment.

Keywords: trauma, addiction, craving, EMDR, transformation.

Вступ. Проблема залежності є однією з найскладніших тем сучасної психотерапії, оскільки вона поєднує у собі як біологічні, так і психологічні, соціальні та духовні аспекти. Останніми роками особливу увагу привертає травмоцентричний підхід до розуміння природи залежностей, згідно з яким адиктивна поведінка розглядається як спосіб саморегуляції у відповідь на невирішений травматичний досвід. Метод десенсибілізації і репроцесингу рухами очей (EMDR) демонструє високу ефективність у роботі з травматичними спогадами, які лежать в основі залежнісних механізмів. Використання EMDR дозволяє інтегрувати фрагментовані елементи травматичного досвіду, знижуючи інтенсивність тяги і відкриваючи шлях до внутрішньої трансформації особистості.

Метою даної роботи є аналіз ефективності EMDR та протоколу DeTUR у роботі з залежностями, з акцентом на взаємозв'язок травми та механізмів тяги, а також демонстрація практичних результатів терапії на прикладі клінічних кейсів.

Теоретичні засади. Дослідження останніх десятиліть підтверджують, що значна частина людей із хімічними та поведінковими залежностями має у своєму анамнезі травматичні події — як гострі, так і хронічні. У “In the Realm of Hungry Ghosts”, Мате зазначає: “Addiction invariably has its origins in childhood trauma” [8, с.34], підкреслюючи роль ранніх психотравм. Він також наголошує на соціальній втраті зв'язків (dislocation) як тригері залежності [8, с.261], а також описує характерні особистісні риси (poor self-regulation, feeling “not enough”) [8, с.226–228]. Критика війни з наркотиками (War on Drugs), яка лише поглиблює стигму й залежність [8, с.299–300]. Психотравма створює дефіцит внутрішньої регуляції афекту, що призводить до пошуку зовнішніх засобів компенсації. Речовини чи поведінкові патерни, які дають короткочасне полегшення, швидко закріплюються через систему винагороди, але одночасно формують залежність.

Травма, не інтегрована у свідомий досвід, зберігається у вигляді дисфункціональних емоційних слідів у пам'яті. Ці «заморожені» фрагменти досвіду можуть активуватися під впливом внутрішніх та зовнішніх тригерів, викликаючи неконтрольовану тягу до вживання. [8; 7] Залежність розглядається як симптом невирішеної психотравми, що проявляється у формі тяги. Тяга (craving) - це складний нейропсихологічний процес, який поєднує фізіологічні, когнітивні та емоційні реакції. Її основу становить активація мезолімбічної дофамінергічної системи, зокрема вентральної тегментальної ділянки. У випадках, коли людина має травматичний досвід, паралельно активується мигдалеподібне тіло (amygdala), яке «прикріплює» до стану тяги сильний емоційний заряд. Це створює подвійний механізм: 1) компонент винагороди - очікування приємного ефекту від вживання; 2) емоційний компонент -

прагнення зняти болісний внутрішній стан, пов'язаний з травматичними спогадами.

Ключовою проблемою є те, що реакція тяги часто минає свідомий контроль. Навіть після тривалої ремісії достатньо сенсорного або емоційного нагадування про травму, щоб запустити цей патерн. Непроцесована травма залишається у вигляді дисфункціонального емоційно-соматичного сліду, який активується тригерами, запускаючи афективну дерегуляцію. Briere & Scott [7]. Прилегле ядро є ключовим вузлом системи винагороди мозку, що перетворює емоційні імпульси, отримані від амігдали, у мотиваційний потяг. Саме його активація лежить в основі феномену тяги, коли навіть нейтральний тригер здатний викликати сильне прагнення повторити залежнісну поведінку. [6, с.762]

EMDR і залежність. Метод десенсибілізації і репроцесингу рухами очей (EMDR), розроблений Френсін Шапіро, ґрунтується на *моделі Адаптивної Системи Переробки Інформації (AIP model)*, яка пояснює дію EMDR, як процес інтеграції травматичних спогадів у адаптивні когнітивно-емоційні мережі. Білатеральна стимуляція під час EMDR активує механізми, подібні до обробки інформації у фазі REM-сну, що дозволяє інтегрувати дисфункціональні спогади в адаптивні нейронні мережі. В контексті залежності це означає: зниження емоційної інтенсивності тригерів; зменшення тілесного відгуку (somatic markers), пов'язаного з тягою, посилення доступу до ресурсних станів і нових стратегій реагування. [9,61;103]

EMDR не лише зменшує емоційний заряд травматичного спогаду, але й змінює пов'язані з ним поведінкові та мотиваційні патерни, що критично важливо для терапії залежностей [5,21].

DeTUR (Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing) - адаптований EMDR-протокол, сконцентрований на десенсибілізації тригерів і тяги (urge), а не на безпосередній травмі.

Протокол **DeTUR** дозволяє фокусуватися безпосередньо на тригерах і тілесному відчутті тяги. Це сприяє швидкому зниженню craving і профілактиці

рецидиву. Структура протоколу включає 12 фаз: ресурси, встановлення цілей, ієрархію тригерів, десенсибілізацію, встановлення позитивного стану, майбутнє, завершення. "Ключем DeTUR є перенесення фокусу з уникнення залежності на досягнення бажаного стану, що стимулює внутрішню мотивацію і закріплює нові патерни." Рорку [4, с.33]. Переваги EMDR і DeTUR у терапії залежностей: робота не лише з наслідками, а з першопричиною - травматичною пам'яттю зменшення частоти та інтенсивності тяги вже на перших сесіях, можливість інтегрувати у різні етапи лікування, від детоксикації до підтримки ремісії, підвищення стійкості клієнта до тригерів та ситуацій ризику. [5, с.215]

Клінічні ілюстрації з власної практики. Кейс 1 (алкогольна залежність, 32 роки, одружений, власний бізнес). Перше звернення після 10 років вживання, запої; в анамнезі сімейна дисфункція, досвід зради та алкоголізм у батька. Психотравматичні фактори: висока реактивність на ревності й недовіру. Мета: зменшення інтенсивності тригерів, формування довіри. Інтервенції: 5 сесій EMDR із репроцесингом дитячих спогадів; 3 сесії DeTUR для роботи з urge (тяга) у контексті ревностей. Результат: припинення вживання, стабільна ремісія 18 місяців; зниження ситуативної реактивності.

Кейс 2 (мефедрон, 34 роки, одружений). 18 річний досвід стимуляторів; рецидиви після стресу; історія покинутості батьком, принижень, емоційного відкидання. Мета: відновлення внутрішнього контролю, зменшення тяги, стабілізація самооцінки. Інтервенції: EMDR - репроцесинг епізодів відкинутості; DeTUR - робота з тригерами місць вживання та тілесними відчуттями тяги. Результат: після 8 сесій суб'єктивна тяга знизилась з 8/10 до 0–1/10; ремісія понад 40 місяців; відновлення сімейних стосунків та конструктивного оточення.

Кейс 3 (тютюнова залежність, 35 років, одружена, має дітей). 15 річний стаж куріння; неуспішні спроби відмови; в анамнезі емоційне нехтування в дитинстві. Мета: редукція автоматизованої тяги у стресі; розвиток ресурсів саморегуляції. Інтервенції: EMDR - переопрацювання ключових спогадів відторгнення; DeTUR - десенсибілізація тригерів «кава + цигарка», робочий

стрес. Результат: після 5 сесій тяга з 7/10 до 0/10; 12 місяців без куріння; альтернативні стратегії релаксації (дихальні техніки, короткі практики усвідомленості).

У низці досліджень показано, що додавання EMDR до стандартних програм лікування залежностей знижує тягу та частоту рецидивів [1; 2;3]. EMDR валідовано міжнародними організаціями як один із провідних методів лікування ПТСР [10], а спеціалізовані навчальні модулі рекомендують DeTUR для роботи з тригерами та непереборним бажанням вжити. DeTUR недостатньо досліджений і водночас потрібні масштабні рандомізовані дослідження із довготривалим спостереженням для стандартизації протоколів та розширення показань [1–3].

Висновки:

1. Залежність є наслідком невирішеної травми, а тяга формується через активацію системи винагороди та емоційної пам'яті.
2. EMDR є ефективним методом у роботі з залежностями, оскільки працює як з травматичними спогадами, так і з реактивністю на тригери.
3. Протокол DeTUR дозволяє безпосередньо знижувати тягу та формувати адаптивні реакції.
4. Клінічні приклади підтверджують стабільні результати ремісії (від 12 до 40 місяців) після застосування EMDR та DeTUR.
5. Перспективним напрямком є подальше дослідження довготривалих ефектів EMDR у терапії залежностей.

Література:

1. Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 170–179. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.170>

2. Schäfer, I., Chavanon, M. L., & Jelinek, L. (2017). Impact of EMDR on craving and relapse in patients with substance use disorder and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 78, 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.04.006>
3. Markus, W., & Hornsvedt, H. (2017). EMDR in the treatment of addiction: A systematic review. *European Addiction Research*, 23(4), 177–192. <https://doi.org/10.1159/000481041>
4. Popky, A. J. (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1), 31–38.
5. Leeds, A. M. (2016). *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. New York: Springer Publishing, 21
6. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
7. Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. c.120-140
8. Mate, G. (2019). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. London: Vermilion., 226-300.
9. Шапіро Френсіс (2023). Психотерапія травм за допомогою руху очей EMDR. Видавництво “Науковий світ-Київ”, укр. мова. с.61, 103.
10. World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: WHO.

ChatGPT від OpenAI був залучений для перекладу окремих сегментів тексту англійською мовою.

Сойкін І.В.,

психолог, консультант-адиктолог,
керівник центру психологічної реабілітації «Метод»
дійсний член Національної психологічної асоціації України,
дивізіон «Адиктологія»
soykinigor1986@gmail.com

КЕЙСИ КОМФОРТНОЇ ТВЕРЕЗОСТІ: ЖИВА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Анотація. Програма «Кейси комфортної тверезості» — практично апробована «жива» методика, створена у реабілітаційному центрі за участю персоналу, консультантів та клієнтів. Інтегрує DSM-5-орієнтовану діагностику, психотерапевтичні, поведінкові, духовні й арт-терапевтичні інструменти для формування стійкої ремісії.

Ключові слова: комфортна тверезість; реабілітація; адиктологія; DSM-5; кейс-метод; арт-терапія.

Annotation. “Cases of Comfortable Sobriety” is a practice-driven “living” program co-created in a rehab center with staff, consultants, and clients. It integrates DSM-5-informed assessment with psychotherapeutic, behavioral, spiritual, and art-therapy tools to foster stable remission.

Keywords: comfortable sobriety; rehabilitation; addiction; DSM-5; case-based method; art therapy.

Вступ. Сучасна адиктологічна практика потребує програм, що поєднують наукову вивіреність і реальну застосовність «у полі». Запропонована програма виникла як «жива» розробка, що створювалась безпосередньо у реабілітаційному центрі, у процесі щоденної роботи команди (психологи, консультанти з адиктології) спільно з клієнтами: обговореннями, пілотуванням, швидкими ітераціями, корекціями під реальні потреби.

Мета роботи. Представити структуру та зміст програми «Кейси комфортної тверезості», обґрунтувати її методологію й практичні інструменти, а також описати внутрішню будову п'яти кейсів і логіку впровадження у реабілітаційних центрах.

Матеріали і методи. Представити структуру та зміст програми «Кейси комфортної тверезості», обґрунтувати її методологію й практичні інструменти, а також описати внутрішню будову п'яти кейсів і логіку впровадження у реабілітаційних центрах.

Матеріали і методи (методологічне підґрунтя). Діагностика та моніторинг. Базою є DSM-5 (11 критеріїв розладу вживання речовин із градацією тяжкості), що надає чітку рамку для стартової оцінки та наступного моніторингу змін.

Психотерапевтичні та поведінкові інструменти. Інтегруються елементи мотиваційного інтерв'ювання, профілактики рецидиву, а також мультидисциплінарні підходи до коморбідності.

Український норматив та контекст. Враховано актуальні клінічні настанови МОЗ України (2025) щодо психічних і поведінкових розладів унаслідок вживання ПАР.

Арт-терапевтична складова. Використовується для відреагування, когнітивної реструктуризації та закріплення навичок — як фінальний етап більшості модулів.

Структура програми: п'ять кейсів. Кожний кейс має уніфіковану внутрішню будову і тематичний фокус (Чесність, Зріла модель одужання, Робота з тягою, Набуття нових якостей, Ядро комфортної тверезості).

Внутрішня структура кожного кейсу:

1. Орієнтаційний блок (теорія + практична інформація).
2. Практичні завдання (письмові, практики, релаксації).
3. Арт-терапевтичне закріплення.
4. Оцінювання і план дій.

Ключові інструменти програми

- DSM-5-орієнтований скринінг і моніторинг.
- Профілактика рецидиву (RP).
- Мотиваційне інтерв'ювання (MI).
- Інтегровані підходи до коморбідності.
- Арт-терапія.
- «Алгоритми комфортної тверезості».

Впровадження у центрі (практичний формат)

Програма впроваджується у реабілітаційному центрі поступово, у комфортному для клієнтів темпі. Спочатку вони знайомляться з правилами центру та групи, проходять первинну адаптацію і підтверджують, що розуміють ці основи. Лише після цього їм урочисто вручаються Кейси комфортної тверезості – як символічний «крок ініціації» та визнання їхнього зростання у процесі одужання. Це не просто видача методички, а момент, коли учасник отримує інструмент, що допоможе йому рухатись далі, опрацьовувати складні теми та зміцнювати свою тверезість.

Робота з кейсами відбувається як в індивідуальному, так і в груповому форматі. Щотижня клієнти виконують практичні завдання, беруть участь у дискусіях, арт-терапевтичних сесіях та підсумкових обговореннях. Фахівці центру супроводжують кожен етап, допомагають розібрати складні моменти, відслідковують прогрес і коригують план дій за потреби.

Висновки:

- 1) «Кейси комфортної тверезості» — практично апробована «жива» програма, створена разом із персоналом і клієнтами реабілітаційного центру.
- 2) Поєднання DSM-5-орієнтованої діагностики, MI, RP, інтегрованих підходів та арт-терапії створює цілісний інструментарій для ремісії.
- 3) Уніфікована внутрішня структура кейсів полегшує впровадження й масштабування.
- 4) Програма узгоджується з національними настановами та може бути інтегрована у протоколи.

Література:

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5). Arlington, VA: APA.
2. Hasin, D. S. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*.
3. Meyers, R. J., & Smith, J. E. (2005). CRAFT: Community Reinforcement and Family Training. Hazelden.
4. SAMHSA (2009). Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders. U.S. Department of Health and Human Services.
5. Національна психологічна асоціація України. (2025). Клінічні настанови з роботи із залежностями.
6. Лісова, О. (2023). Психотерапевтичні підходи у роботі із залежними. Київ: Логос.

Використання III

Штучний інтелект (ChatGPT, OpenAI) використовувався для перекладу текстів українською та англійською мовами, редагування формулювань та приведення матеріалу у відповідність до вимог конференції.

Старков Д.Ю.,

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

votr@ukr.net

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

КОГНІТИВНІ СПОТВОРЕННЯ У ГЕМБЛЕРІВ

Вступ. Когнітивні спотворення розглядаються багатьма спеціалістами, наприклад Goodie та ін. [1], як центральний чинник розвитку та підтримання розладів азартних ігор. Низка досліджень показує настільки виражену залежність показників одужання від інтенсивності когнітивних спотворень, що це порушує питання необхідності включення корекції когнітивних спотворень як обов'язкової терапевтичної цілі при будь-якій терапії гемблінгу. В такому разі, спеціалісти повинні бути «озброєні» відповідними методиками діагностики таких спотворень. В англomовному середовищі було розроблено низьку діагностичних опитувальників, одним з найбільш відомих з яких є «Опитувальник переконань гемблерів» (табл. 1). Однак українське «поле гемблінга» має свої виражені особливості, що порушує питання, чи достатньо адаптації «західних» методик діагностики ігрових когнітивних спотворень, чи необхідно розробляти власний підхід.

Мета роботи. Розглянути основні особливості когнітивних спотворень у гемблерів та запропонувати проект методики їх діагностики для українських умов.

Категорії ігрових когнітивні спотворень. Загалом, більшість авторів вважає центральним когнітивним викривленням при патологічному гемблінгу *ілюзію контролю* – приписування можливості контролю за імовірнісними подіями. Тобто головною помилкою гемблерів є вважати азартну гру засобом

заробляння грошей («виграш на дистанції»). Сам термін *ілюзію контролю* використовується спеціалістами в двох варіантах: в широкому сенсі контролю гри, та в вузькому сенсі «магічного» впливу на гру. Саме в такому вузькому сенсі магічного мислення *ілюзія контролю* використовується в авторитетній Шкалі пов'язаних з гемблінгом когніцій [3], де в цю категорію включаються вплив на гру за допомогою молитви, ритуалів, особливих цифр та кольорів, «предметів вдачі» (талісманів). Однак, в цьому ж опитувальнику до ілюзії контролю в широкому сенсі можна віднести також підшкалу *передбачуваний контроль* (переконання, пов'язанні з ілюзією передбачення виграшів – від віри зв'язку майбутніх виграшів з минулими програшами/виграшами, до «відчуття удачі»), та частково *інтерпретативні упередження* (особливо віра в свої навички та здібності, віра в прорахунок ймовірності та зв'язок минулих програшів з невдачою та поганими обставинами).

Таблиця 1.

Опитувальник переконань гемблерів [4] (авторський переклад)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Я сприймаю азартні ігри як виклик. – Мої знання та вміння в азартних іграх збільшують імовірність того, що я зароблю гроші. – Мої вибір або дії впливають на гру, на яку я ставлю. – Якщо я граю і програю, я маю продовжувати, тому що не хочу пропустити виграш. – Я повинен відстежувати попередні виграшні ставки, щоб зрозуміти, як мені слід ставити у майбутньому. – Коли я граю, «майже виграші» або моменти, коли я був близький до перемоги, нагадують мені, що якщо я продовжу грати, то виграю. – Азартні ігри — це більше, ніж просто удача. – Мої виграші в азартних іграх є доказом того, що я маю навички та знання, пов'язані з азартними іграми. – У мене є «щаслива» техніка, яку я використовую, коли граю. – Зрештою, я виграю більше грошей, ніж програю. – Навіть якщо моя стратегія або план гри зараз програє, я повинен дотримуватися цієї стратегії або плану, бо знаю, що врешті-решт вона спрацює. – Є певні речі, які я роблю під час ставок (наприклад, стукаю певну кількість разів, тримаю в руці щасливу монету, схрещую пальці тощо), і це збільшує мої шанси на виграш. |
|--|

- Якщо я програв гроші в азартних іграх, я повинен спробувати їх відіграти.
- Ті, хто мало грає, не розуміють, що успіх в азартних іграх вимагає відданості та готовності вкласти певні гроші.
- Не має значення, звідки я беру гроші на гру, тому що я виграю і поверну їх.
- Я досить точно можу передбачити, коли відбудеться «виграш».
- Азартні ігри — це найкращий спосіб для мене відчувати азарт.
- Якщо я продовжуватиму грати, це зрештою окупиться, і я зароблю гроші.
- Я маю більше навичок і знань про азартні ігри, ніж більшість людей, які грають.
- Коли я програю, мої програші не здаються такими поганими, якщо я не розповідаю про них близьким.
- Я повинен залишати ту саму ставку, навіть якщо вона давно не вигравала, тому що вона обов'язково виграє.

Крім цих трьох підшкал, в опитувальнику виділяється підшкала *позитивних ігрових очікувань* (переконання, пов'язані вже не з виграшом, а з переживаннями під час гри, наприклад, що гра робить щасливішим, світ яскравішим, знімає напруження), та підшкала *неможливості припини* гру (по суті, переконання, пов'язані з безпорадністю щодо можливості припини грати).

Вже згадувані Goodie та ін. також розглядають *ілюзію контролю* в вузькому сенсі, як одну з трьох головних категорій ігрових помилок (які, по суті, можна розглядати як варіанти ілюзії контролю вже у широкому сенсі):

1. *Ілюзія контролю*: переконання, що можливо впливати на ті результати, які насправді залежать тільки від вірогідності).

2. *Евристична доступність* (можна передбачити виграш через певні зовнішні дані): ілюзорні кореляції (ідея, що існує зв'язок між подіями, які насправді не пов'язані між собою); упередження пам'яті (в пам'яті пов'язується якась забобонна поведінка або ритуал з виграшем); доступність чужих виграшів (чужа перемога доводить, що я можу перемогти).

3. *Евристична репрезентативність* (можна передбачити виграш, виходячи з аналізу самої гри): ігрова помилка (переконання, що майбутній результат можливо передбачити на основі попередніх даних — наприклад, якщо

в минулому випав орел, то більше вірогідності, що випаде решка); надмірна самовпевненість (перебільшення своїх здібностей та навичок); тенденції підбору чисел (наприклад, у виборі лотерейних номерів, уникнення повторюваних чисел і надання переваги рядкам чисел, які не містять сусідніх цифр).

Щодо корекції когнітивних спотворень, то багато спеціалістів зазначають високу стійкість переконань гемблерів щодо прямих раціональних інтервенцій. Дослідження Muela та ін. [2] показує, що спотворені когніції у гемблерів не виникають через загальне нерозуміння ймовірності або низький рівень плинного інтелекту, а, ймовірно, є наслідком мотивованого мислення. Можливо це дає відповідь на питання низької ефективності раціональної терапії, та спонукає на пошук психотерапевтичних інтервенцій, мішенями яких є також мотиваційна сфера, а не тільки когнітивна.

Авторська модель «Система ілюзій гемблерів». Виходячи з власного терапевтичного досвіду роботи з гемблерами, тут пропонується наступна модель когнітивних спотворень гемблерів з попередньою назвою «*Система ілюзій гемблерів*»:

1. Ілюзія контролю. Переконавання, щодо можливості впливати на гру тим, або іншим чином, загалом зводиться до впевненості можливості заробляти на азартних іграх. Можна виділити, слідуючи за Goodie та ін. в цій групі підкатегорії магічного мислення (наприклад, вплив на гру через ритуали), евристичної доступності (зовнішні зв'язки – наприклад, якщо хтось виграв, то і я можу виграти) та евристичної репрезентативності (внутрішні зв'язки – віра в можливість розробки системи, за допомогою якої можна систематично вигравати, сюди ж входить віра в свої навички та здібності). Також в цю групи можна також віднести переконання, що гра це найшвидший/найлегший спосіб швидко дістати гроші (тобто вже переконання не щодо систематичного виграшу, а ситуаційного). Окремо в необхідно виділити також переконання щодо здатності вчасно зупинитися грати, коли контроль над самою грою вже втрачено через сформоване узалежнення. Таким чином в ілюзії контролю тут

виділяється п'ять підкатегорій: магічне мислення, евристична доступність (або зовнішні зв'язки), евристична репрезентативність (або внутрішні зв'язки), ситуативні виграші, втрата контролю над грою.

2. *Ілюзія ейфорії*. Переконавання, що гра дає такі певні позитивні переживання, які неможливо отримати ніяким іншим способом, окрім гри. Не завжди це може бути переживання азарту. Наприклад, в практиці зустрічались різноманітні описання «ігрового кайфу», аж до «відчуття себе живим» (скоріше, в даному випадку гра «знімає» хронічний комплекс дереалізації/деперсоналізації). Окремо, є категорія гравців яка під «маскою» ігрової ейфорії переживає насправді стан гіперфокусу, який знімає болісний стан неможливості зосередження при розладі дефіциту уваги та гіперактивності.

3. *Ілюзія терапії*. Переконавання, що гра знімає або дає полегшення від негативних переживань або станів, при чому такого ефекту не можна здобути іншим способом. По суті суміжна категорія з ілюзією ейфорії, та їх часто можна розглядати як «дві сторони медалі» одного феномену.

4. *Ілюзія безсилля*. Переконавання щодо неможливості припинити грати (загалом) або втриматися від гри в певних ситуаціях або станах. З одного боку, ця група переконань впливає на мотивацію до терапії. З іншого, є фактором рецидиву при бажанні припинити грати – наприклад, переконання, що неможливо протистояти тязі до гри, призводить до початку гри без спроб утриматися.

5. *Ілюзія пастки*. Переконавання щодо неможливості зробити щось з боргом, окрім як відіграти його (або покінчити життя самогубством). Цікаво, цю таку характерну та одну з основних для українських гемблерів мотиваційну установку майже не виділяють або не розглядають як основу західні спеціалісти. Тому, можна припустити, що тут ми маємо дійсно свої специфічні українські умови, де борги ігromанів набагато вищі через системи мікрозаймів та в цих боргах сам ігровий програш часто займає меншу частку – більшість проценти по кредиту.

6. *Ілюзія удачі.* Віра в удачу, що колись обов'язково пощастить. Відрізняється від ілюзії контролю зовнішнім локусом – не відчуття «що я зможу», а що «мені пощастить».

7. *Ілюзія поразки.* Схоже, що азартні гравці взагалі «не вміють програвати», та на продовження гри впливає мотиваційна установка неможливості змиритися з програшем в сенсі поразки. Загалом, скоріше за все гра пов'язана з нарцисичним характером мотивації надцінності «бути переможцем» та непереносності «бути невдахою».

8. *Ілюзія надцінності грошей.* Група переконань щодо надмірної цінності грошей, на кшталт «гроші в житті значать все». Часто допомагає дослідження походження цих переконань та поглядів на гроші в батьківській родині.

9. *Ілюзія гордості.* Переконання (часто, достатньо приховані), що виграш дасть певну нову систему стосунків, яку умовно можна звести до гордості. Найчастіше, саме через цей тип переконань вдається зв'язати гру з психологічним конфліктом та його генезисом (наприклад, пошук гордості від батька, якої не було в дитинстві).

10. *Ілюзія покарання.* Найчастіше, найбільш прихованні переконання, щодо гри зараз покарання значущих фігур («на зло»). По суті, гра в цьому варіанті є формою пасивної агресії – прихованим виразом образи та злості.

Висновки. Є сумніви, щодо можливості створення діагностичного опитувальника, який би достатньо точно «вловлював» цю систему переконань. Наприклад, в цій же категорії *ілюзії контролю*, в залежності від культури, типу гри, типу особистості тощо. може бути безліч окремих форм, які ще можуть змінюватися з динамікою ігрової сфери та нових форм азартних ігор. Тому перспективним вбачається шлях діагностики клієнта не за допомогою опитувальника, а за допомогою клінічного інтерв'ю, де з клієнтом досліджуються запропоновані вище теми когнітивних спотворень. Опитувальники можуть бути корисним тільки в якості метода статистичних досліджень, але сумнівні щодо використання (або, як мінімум, покладання виключно на опитувальник) в індивідуальній терапії.

Література:

1. Goodie, A.S., Fortune, E.E., & Shotwell, J.J. (2019). Cognitive distortions in disordered gambling. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, & M. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 49–71). Springer.
2. Muela, I., Navas, J. F., & Perales, J. C. (2021). Gambling-Specific Cognitions Are Not Associated With Either Abstract or Probabilistic Reasoning: A Dual Frequentist-Bayesian Analysis of Individuals With and Without Gambling Disorder. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.611784>
3. Raylu, N., & Oei, T.P.S. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99(6), 757–769. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x>
4. Steenbergh, T.A., Meyers, A.W., May, R.K., & Whelan, J.P. (2002). Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 143–149. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.16.2.143>

Токар Д.В.,

магістр психології та кандидат у психотерапевти,

член Асоціації клінічний психологів та

психотерапевтів України та Дивізіону

«Адиктологія» НПА

tokarrdenys@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН НАРКОЗАЛЕЖНИХ ІЗ РІЗНИМ ЛОКУСОМ КОНТРОЛЮ

Анотація (укр.): Анотація. Представлено результати емпіричного дослідження мотивації вживання психоактивних речовин у наркозалежних із різним локусом контролю. Описано вибірку, інструменти та узагальнено ключові висновки: переважання екстернальності пов'язане з мотивами уникнення та емоційної розрядки; інтернальність — із мотивацією досягнення.

Ключові слова: мотивація; локус контролю; наркозалежність; психоактивні речовини; реабілітація.

Abstract (eng.): Abstract. The study examines motives for psychoactive substance use among individuals with substance dependence differing in locus of control. Findings indicate that externality is linked to avoidance and affect regulation motives, whereas internality relates to achievement motivation.

Keywords: motivation; locus of control; substance dependence; psychoactive substances; rehabilitation.

Вступ. Адиктивна поведінка формується внаслідок взаємодії нейробіологічних, психологічних і соціокультурних чинників. Ключовими психологічними детермінантами виступають мотиваційна сфера та локус контролю — узагальнене очікування щодо внутрішніх або зовнішніх причин подій. Вивчення цих змінних створює умови для персоніфікованих реабілітаційних втручань.

Мета. Емпірично дослідити особливості мотивації вживання психоактивних речовин у наркозалежних із різним локусом контролю та окреслити психокорекційні імплікації.

Матеріали та методи.

Вибірка: 60 осіб (26 жінок, 34 чоловіки) — клієнти Полтавської ГО «Реабілітаційний центр «Вихід є!»». Інструменти: опитувальник «Мотиви вживання ПАР» (Зав'ялов/Ялтонський), «Вимірювання мотивації досягнення» (А. Мехраб'ян), методика МАС (М.Л. Кубишкіна), опитувальник локусу контролю (Дж. Роттер). Статистичні процедури: описова статистика, χ^2 Пірсона, ф-кутове перетворення Фішера ($p < 0,05$).

Результати.

Переважає екстернальний локус контролю (≈ 63 %) супроводжувалося вищою представленістю мотивів уникнення невдач і емоційної розрядки. У підгрупі інтерналів (≈ 23 %) виразнішими були мотиви досягнення та соціального схвалення. Такі відмінності відображали різні стилі копінгу: екстернальність — атрибуція причинності зовнішнім обставинам, інтернальність — прийняття відповідальності та орієнтація на планування. Обговорення і практичні імплікації.

Отримані дані підтримують застосування багаторівневих інтервенцій у реабілітації: когнітивно-поведінкова реструктуризація атрибутів, тренінг саморегуляції (моніторинг тригерів, план дій), майндфулнес-практики для регуляції афекту, а також групові/сімейні формати для посилення соціальної підтримки. Цілепокладання з короткими вимірюваними кроками сприяє зростанню інтернальності.

Висновки.

1) У вибірці переважає екстернальний локус контролю, пов'язаний із мотивами уникнення та афективної розрядки. 2) Інтернали демонструють вищу орієнтацію на досягнення і відповідальні копінг-стратегії. 3) Психокорекційні програми слід спрямовувати на посилення інтернальності та розвиток навичок саморегуляції.

Етичні аспекти. Усі учасники надали інформовану згоду; забезпечено анонімність і дотримання етичних принципів досліджень із людьми.

Література:

1. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1–28.
2. Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiology of addiction. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773.
3. Lüscher, C. (2016). A circuit model for addiction. *Annual Review of Neuroscience*, 39, 257–276.
4. Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287.
5. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.

Томова К.О.,

клінічний психолог, психотерапевт УСП
з індивідуальної психології за Альфредом Адлером
співзасновниця та керівник програми
центру ментального здоров'я «choice»
psy.tomova@icloud.com

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК СПРОБА ОТРИМАТИ ЗНАЧУЩІСТЬ

Анотація. У статті розглядається феномен залежності через призму адлеріанського підходу як викривлене прагнення до значущості. Аналізуються механізми компенсації, роль сорому, стилю життя та фіктивних цілей у формуванні залежної поведінки.

Ключові слова: залежність, значущість, стиль життя, адлеріанський підхід, фіктивна мета.

Abstract. This paper explores addiction as a distorted striving for significance through the lens of Adlerian psychology. It analyses compensatory mechanisms, the role of shame, lifestyle, and fictional goals in the development of addictive behavior.

Keywords: addiction, significance, lifestyle, Adlerian psychology, fictional goal.

Вступ. У контексті адиктології особливу цінність становить розгляд залежності не лише як біопсихосоціального явища, а як глибоко вкоріненого екзистенційного запиту особистості. Адлеріанський підхід надає унікальну перспективу — він трактує залежність як помилкову відповідь на базову потребу людини бути значущою. Через концепти стилю життя, фіктивної мети, соціального інтересу та комплексу неповноцінності стає можливим глибше розуміння витоків і підтримувальних механізмів залежності.

Метою доповіді є дослідити залежність як форму викривленого прагнення до значущості в межах адлеріанської теорії, а також окреслити

психотерапевтичні підходи до роботи з цим запитом на основі індивідуальної психології А. Адлера.

Основний виклад матеріалу. Згідно з Альфредом Адлером [1], одним з ключових мотивів людської поведінки є прагнення до значущості. Це прагнення формується ще в дитинстві й тісно пов'язане з досвідом взаємодії дитини з найближчим оточенням: батьками, вихователями, ровесниками. Якщо дитина не отримує достатнього емоційного зворотного зв'язку, позитивного підкріплення чи відчуття цінності, вона починає шукати способи компенсувати це почуття внутрішньої неповноцінності.

У разі незадоволення потреби у значущості в ранньому дитинстві людина може сформувати життєвий стиль, у якому домінують компенсаторні [2] або навіть маніпулятивні стратегії досягнення визнання. Залежність у цьому контексті виступає як спроба отримати або утримати почуття сили, контролю, гідності — навіть якщо ці способи є деструктивними.

Особливо небезпечним є те, що вживання психоактивних речовин або інша залежна поведінка (азартні ігри, шопінг, порнозалежність тощо) можуть давати короткочасне, але інтенсивне відчуття “я є”, “я сильний”, “я маю владу над собою та іншими”. Це створює ілюзію значущості, яка надалі стає частиною фіктивної мети людини.

Сама по собі залежність рідко виникає ізольовано. Вона інтегрується в життєвий стиль особистості. Адлер називав стиль життя унікальною стратегією [3], яку людина формує для досягнення своєї суб'єктивної мети. У залежного клієнта ця стратегія містить віру в те, що лише через певну форму вживання або поведінки він зможе компенсувати почуття неповноцінності.

Роль сорому є критично важливою [5] в цьому процесі. Залежні особи часто мають глибоке, неусвідомлене відчуття внутрішньої ганьби, яке змушує їх уникати реального контакту з іншими людьми або шукати негайного полегшення. Саме це полегшення вони знаходять у залежній поведінці. Таким чином, сором виконує функцію тригера, що запускає весь цикл.

У практиці адлеріанської терапії особливу увагу приділяється виявленню фіктивної мети клієнта. Наприклад, у роботі з клієнтом, який неодноразово проходив курс реабілітації, але щоразу зривався, стало очевидно, що глибинною мотивацією його поведінки була потреба в домінуванні. У дитинстві він пережив тривалі приниження з боку батька. У дорослому житті його поведінка відображала несвідому потребу “бути сильнішим”, “перемагати” — навіть якщо це перемога над самим собою через контрольоване вживання.

Терапевтична робота в цьому напрямку включала:

- аналіз ранніх спогадів;
- виявлення ключових переконань (наприклад, «Я безсилий», «Мене ніхто не поважає»);
- реконструкцію стилю життя;
- формування нової мети: не «бути сильнішим за інших», а «бути в контакті з іншими».

Використання технік логічної послідовності [4] (що буде далі, якщо ти знову вживеш?) дозволило клієнту побачити власну поведінку як частину ілюзорної боротьби за значущість. Поступове повернення до реального контакту зі світом і людьми через емпатію, групову терапію, навчання навичок асертивності дало змогу сформувати нову точку опори.

Висновки. Таким чином, залежність у світлі адлеріанської теорії може розглядатись як спроба людини знайти значущість там, де вона в дитинстві була втрачена або ніколи не дана. Це прагнення, яке зазнало викривлення, може трансформуватись лише тоді, коли терапевтична робота спрямована не на “боротьбу зі звичкою”, а на розкриття внутрішньої логіки клієнта, його фіктивної мети та соромоцентричних переконань. Адлеріанський підхід дозволяє розширити розуміння залежності [6], повертаючи гідність клієнтам і відкриваючи нові можливості для особистісного зростання без хімічних або поведінкових костилів.

Література:

1. Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. Harper & Row.
2. Griffith, J., & Powers, R. (2007). *The Lexicon of Adlerian Psychology: 106 Terms Associated with the Individual Psychology of Alfred Adler*. Adlerian Psychology Associates
3. Stein, H. T. (2013). *Classical Adlerian Depth Psychotherapy: Volume I: Theory & Practice*. Alfred Adler Institute.
4. Oberst, U. E., & Stewart, A. E. (2003). *Adlerian Psychotherapy: An Advanced Approach to Individual Psychology*. Brunner-Routledge.
5. Bluvshstein, M. (2019). The Fundamental Views and the Need in Fundamental Courage. *The Journal of Individual Psychology*, 75(2), 112-125.
6. Sperry, L., Sperry, J., & Bluvshstein, M. (Eds.). (2024). *Psychopathology and Psychotherapy: DSM-5-TR Diagnosis, Case Conceptualization, and Treatment (4th ed.)*. Routledge.

Okhrui O.O.

practical psychologist, Master's of psychology);

Full member of the National Psychological

Association of Ukraine (NPA), division

«Addictology», crisis counsellor.

Head of the therapeutic process at

NGO 'NARCOLOGICAL CENTRE «HELP»

profitestxxx@gmail.com

DRUG SUBCULTURE AS A FACTOR OF INVOLVEMENT IN DRUGS

Summary. A drug subculture is a special social phenomenon that occurs within certain youth groups and is characterised by shared values, norms and behavioural patterns related to drug use. It has a significant impact on the formation of youth identity, contributes to the formation of personal and social traits, but at the same time poses risks to physical and mental health, social adaptation and future life path. The study of drug subculture is important for the development of preventive measures aimed at preventing drug addiction and developing responsible behaviour among young people. The topic analyses the causes of its emergence, peculiarities of its manifestation, social consequences and possible ways to overcome the negative manifestations of this subculture.

Keywords: subculture, drug addiction, drug crime, drug trafficking.

Introduction. Drug addiction is not only a medical problem, but also a social phenomenon that has deep roots in the cultural and social processes of modern society. Of particular importance in the formation and spread of drug dependence is the so-called 'drug' social context - drug culture, which acts as a separate subculture that facilitates involvement in drug use. The study of its mechanisms, values, and linguistic features helps to understand why this subculture is a powerful factor in the formation of addiction among adolescents and young people.

Objective. To consider the nature, characteristics and impact of drug subculture on young people, as well as to identify possible ways to prevent and counteract its negative consequences.

Drug addiction is a disease that generates its own culture in the urban environment: a subculture in terms of content and a counterculture in terms of dynamics. As adolescents grow up, they seek support from others to cope with physical, emotional and social changes in their lives. This is how a peer group is formed, which plays a significant role in the development of a child's social skills. Adolescents learn both constructive and destructive behaviours from their friends, including drug use.

Drug subcultures emerged as a reaction to society's attitude to drug addiction, and their emergence and development is an inevitable process. It serves the drug addicts' circle to 'soften' the phenomena that people outside of it view as mental deviation or criminal behaviour. An analysis of the content and focus of drug subculture suggests that it is an 'anti-system', an extremely negative phenomenon, as it promotes involvement in drugs and supports their use. It can be attributed to social factors of drug addiction. It introduces a special jargon, mood and style of behaviour, its own traditions and ideas into society. The life of a drug addict is a constant risk, unlimited freedom, self-affirmation, new experiences, adventures, and intense feelings. It seems to the teenager that relationships among drug addicts are idyllic: care, devotion, friendship, self-sacrifice, etc. He or she is surprised by the ease of establishing interpersonal contacts, insightfulness, etc. that drug addicts have. Indeed, every addict can find a common language with any person, especially a child, in a matter of minutes.

In fact, a group of drug addicts is just a collection of people, each of whom is a means for the other to achieve a single goal - the next dose. The cohesion in a group of drug addicts may indeed be quite high, as they are united by a common goal, but drug addicts do not have any feelings: they act instinctively, reflexively, following the example of their like-minded people with more drug experience.

Usually, drug addicts attract newcomers to drugs in two ways: the first is indirect. It consists in indirect influence on an adolescent through vivid emotional stories about the richness of drug addicts' lives, the 'colourful' experiences, the 'other' world, and the prestige of drugs. As a result, the adolescent begins to believe that the most interesting things in life are drugs and everything related to them. The second way is to offer drugs directly. A person in the environment of drug addicts cannot remain an observer for long. He or she either leaves this environment or begins to live by its rules. If the group is important to them, they want to keep in touch and start using drugs, which later become a means of subsistence rather than a means of communication.

In both cases, drug subcultures have an emotional appeal for adolescents who encounter them, allowing them to avoid solving their own problems, feel illusory devotion, love, friendship, risk, freedom, a sense of prestige, and access to a world inaccessible to parents and other adults.

The drug subculture is extremely resilient. It easily accepts what is considered unacceptable in society, what is rejected by family and school. The proximity of mortal danger sharpens senses, accelerates thoughts, and emotionally saturates everyday life.

The drug subculture sets a model of behaviour and at the same time provides a testing ground for accelerated socialisation of adolescents. Experiments 'beyond the limits of what is permitted', 'initiation into the chosen ones' fascinate the curious, ensuring the 'ideological' stability of the system. Thus, drug culture is easily adaptable and retains its appeal to adolescents who are in conflict with the adult world.

Unusual, unknown, and unattainable experiences for parents with outdated views make adolescents feel more important. Drug culture devalues and makes meaningless any other cultural achievements, reproduces and opposes everything, including life itself, an existential vacuum filled with its own relay.

The research helps to understand the reason for the futile attempts of social influence on drug culture. Dialogue with a vacuum turns out to be almost impossible!

However, this does not mean that there is a complete lack of order and logic in the organisation of drug culture. It is easy to identify certain dynamic aspects of its functioning. Being initially absurd, since its goal and result are in irreconcilable contradiction, drug culture is implemented in the constant overcoming of moral and legal restrictions by denying all traditional human values.

A person's need to overcome restrictions, remove prohibitions, release feelings, which is satisfied in a universal way in the context of drug culture (social and sensory synchronous reinforcement), can be understood as a mechanism for the formation of mental dependence.

The study of the semantic constructions of drug culture has revealed some deeply hidden aspects of its functioning, to catch its 'antilogy', namely:

- the fusion (inseparability) of semantic and operational meanings. In drug culture, the texts of statements are usually constructed only from predicates (impersonally). Most judgements are often in the form of verbs, and the subject of the statement (subject) is either indicated non-verbally or not indicated at all;

- otherness of language. Encoded. A 'language' that lives in a commonly accepted language of communication. The words used in the construction of phrases, texts and even dialogues among those 'initiated' into drug culture have nothing to do with their original meanings. Studies have shown that the main danger of the existence of a "secret language" is not so much that it is not always understood by parents, mentors and teachers, but that by speaking in a common language, using familiar words, adults direct the thoughts of the young people in a different direction without even knowing it;

- the direct opposite of meanings and actions. The opposition is manifested primarily in the fact that personal statements, statements in the first person singular - what is called 'I' - are gradually 'washed out' of the vocabulary of an adolescent who "enters" drug culture and are replaced by statements in the first person plural - what is called 'We'. However, the formation of a seemingly cohesive image of the 'We' does not actually correspond to, and even contradicts, the real relationships that develop between adolescents who have started using drugs. There is reason to believe

that the real formula is as follows: the deeper the experience of the 'We', the greater the distrust of each other in the interpersonal relationships of adolescents who use drugs;

- 'religious and philosophical' statements. Rigid cognitive constructs filled with meaningless (out of context) religious and philosophical statements. The statements, borrowed from various literary sources, have a more propagandistic and ideological function and are intended mainly for those who have intellectual doubts about the proposed actions related to drug use. It is easy to find there the Buddhist renunciation of all desires, Christian forgiveness as a necessary condition for living in a community built on total lies, and a dismissive attitude towards earthly goods, eternity promised by all religions, and universal communist equality.

The mythological eclecticism of two independent subcultural formations is an external attribute of the advertising and incentive nature of drug culture (for beginners).

The first one can be called an elite (bohemian) subculture, whose carriers are artists, painters, pop stars, art workers and people from the artistic environment, as well as wealthy patrons and sponsors. The second is the criminal subculture, which is represented by people who live by the book: thieves, bandits, criminal authorities, fraudsters, ex-convicts, and criminal groups. In both elite and criminal subcultures, drug use is permissible, but it is not a value in itself and is not the core of the drug culture. Moreover, each of the two subcultures has a clear focus and a far from amorphous system of values. The existence of rules and values leads to the existence of sanctions for their violation or disregard.

Thus, there are mechanisms (economic, moral, psychological) that deter excessive drug use in both elite and criminal subcultures, which is extremely dangerous for drug-using adolescents in urban environments.

In these subcultures, a hierarchy is formed, which determines the subordination of all its members, and therefore competition between them. In the drug subculture, leaders can emerge only situationally - only to get a dose, as there is no hierarchy as such, and therefore no stable structure in the drug group.

A showbiz 'star' falls from 'Olympus' if he or she loses professional competitiveness, and this is not always due to drug use, but drugs can be the cause of such a loss. Thus, 'dabbling' with drugs is under the control of the system. Otherwise, the system gets rid of its losers - and then the drug culture accepts them irrevocably.

The situation with drug use in the criminal world is even more severe. Authorities and criminal hierarchs lose the trust of their system if they abuse drugs. Drug use is not prohibited, but none of the leaders are allowed to become addicted. In the criminal underworld, drugs are the basis of business, a source of financial well-being and filling the 'kitty', rather than the meaning of life for individual members or the group as a whole. In the criminal environment, drug addicts are usually unable to hold important positions for reasons of security and stability of the system.

Summarising the above, we can talk about the specific differences between drug culture and other subcultural phenomena: The absence of hierarchy; the specificity of the subcultural product of what is called an existential vacuum, which allows us to notice the complete non-dialogical nature of drug culture both from the outside and from the inside; the single-mindedness of its members on the one hand, and the complete lack of trust in relationships on the other, as well as elements of demonstrative pseudo-elitist behaviour combined with a universal criminal orientation, even without criminal qualifications. The high degree of imitation indicates the marginality of drug culture, in which the only value, the only god, the only rule is the drug.

Features of drug culture and its social functions. Drug culture offers adolescents and young people an alternative way of self-realisation, which attracts them primarily with its emotional intensity and sense of freedom. It creates an imaginary space for experimentation, self-discovery and personal limits.

Mechanisms of involvement in drugs within a subculture:

- emotional appeal: stories about vivid experiences, a 'different' world, prestige that allegedly comes with drug use;

- social influence: direct offer of drugs, formation of group identity, where ‘we’ becomes synonymous with the drug-using community;

- linguistic and symbolic culture: special jargon, coded phrases, rituals that create mystery and appeal;

These mechanisms contribute to the formation of an illusory idea of a life without restrictions, where drugs become a symbol of freedom, challenge and personal self-affirmation.

Involvement mechanisms and the process of addiction formation: addiction is a result of psychological and social factors. Within the drug culture, it is reinforced by:

- emotional comfort: drugs help to avoid internal conflicts, problems in the family, school, and society;

- social validation: belonging to a group where drug use becomes the norm is an important factor;

- illusory freedom and risk: adolescents perceive risk as a challenge that adds to the appeal, but in fact threatens their lives and health.

It is through these mechanisms that mental dependence and behavioural patterns are formed, which make it difficult to leave the subculture and fight drug addiction.

Structure and values of drug culture. Drug culture has its own symbols, language features and ideology:

- Language and symbolism: coded words, jargon, merging of meanings. For example, the word ‘star’ can refer to a drug or status in a group;

- rituals and traditions: ‘initiation’, joint use, ‘parties’;

- values: adventurism, risk-taking, rejection of traditional values, search for new experiences and emotions.

In general, drug culture devalues any other values and creates an existential vacuum - a person who considers life without drugs to be meaningless.

The impact of drug culture on adolescents and possible ways to counteract it. Psychological practice shows that drug culture creates an attractive but illusory world that is difficult to change due to deep internal and external dynamics. It easily adapts

to social changes and intensifies conflicts between adolescents and adults. Possible ways to counteract:

- preventive work with families and schools: formation of critical thinking, development of social skills;
- work with subcultures - creating alternative cultural spaces that would satisfy the need for self-realisation;
- psychological support - assistance in overcoming internal conflicts, building positive self-esteem.
- awareness-raising work - highlighting the real consequences of drug use, developing a critical attitude.

Conclusions. Thus, drug subculture is a complex and multidimensional phenomenon that emerges in youth environments and is based on the joint use of drugs, as well as on the values and norms that contribute to this process. It has a significant impact on the formation of young people's personalities, negatively affecting their physical, mental and social health, as well as their future life prospects. The reasons for joining the drug subculture include social factors, low levels of education, psychological pressure, and the desire to belong to a certain group or look 'stylish'. The negative impact of the drug subculture can be countered through systematic prevention work: educational programmes, promotion of healthy lifestyles, creation of alternative forms of leisure and support for young people. It is important to foster a conscious attitude to their own health and the development of critical thinking skills among young people, which will help reduce the attractiveness of the drug subculture and prevent its spread.

References.

11. Bondarenko, V. M. (2018). Social aspects of drug addiction: theory and practice. Kyiv: Akademia.
12. Hnatiuk, O. I. (2020). Youth subcultures and their impact on youth behaviour. Lviv: Ivan Franko National University of Lviv.

- 13.Ivanenko, Yu. P. (2019). Drug addiction and its prevention: modern approaches. Sociological Studies, No. 3, [pp. 45-52].
- 14.Ivanchenko, L. I. Youth subcultures in the modern world. Theoretical and methodological problems of upbringing of children and students. 2016. No. 20 (1). [pp. 201-210.]
- 15.Kovalenko, A. V. (2017). Psychology of youth and risky behaviour. Kharkiv: V. N. Karazin Kharkiv National University.
- 16.Milenina, M. M. Youth subcultures: intellectualisation as a mechanism and technology of constructing social boundaries. Education and development of gifted personality. 2016. No. 9. [pp. 62-66.]
- 17.National Report on the Drug Situation in Ukraine 2024 (based on data from 2023).
- 18.Pavelkiv, V. R. Influence of youth subcultures on the manifestations of the level of aggression in the youth environment. Problems of modern psychology. 2015. No. 27.
- 19.Petrov, S. V. (2016). Drug addiction and youth subculture: problems and prospects. Sociology: Theory and Practice, No. 4, [pp. 102-110].
20. Shkurko, V. Yu. Dynamics of transformation of the fashion image in the context of youth subcultures of the second half of the twentieth (XX) century. Bulletin of the Kharkiv State Academy of Arts and Design. 2017. - No. 5. [pp. 128-133.]

Наукове видання

Третя Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології

Збірник матеріалів науково-практичної конференції

13-14 вересня 2025 року

Ум. друк. арк 5,5

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