

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ
Лабораторія психології соціально дезадаптованої особистості
НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ
Дивізіон «Адиктологія»**



**ЧЕРВЕРТА
ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ З АДΙΚТОЛОГІЇ**

**Матеріали конференції
*12-13 вересня 2026 року***

Київ – 2026

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України
(протокол №11 від 31 серпня 2026 року.)*

Редакційна колегія:

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

IV Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології:
матеріали науково-практичної конференції, 12-13 вересня 2026 року: Зб.
матеріалів / За ред. Грись А.М. Старков Д.Ю., Щербина-Прилука В.М. Київ:
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2026. 152 с. (електронне
наукове видання)

У збірнику матеріалів IV 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*

З М І С Т

Безсмертний Ю.М.

Гонитва за «кайфом» або марафон алкоголіка 6

Гаврилюк Л.В.

Сексуальне відновлення у процесі одужання: від порушень до відновлення близькості 12

Гох І.Б.

Структура та принципи роботи реабілітаційного центру для осіб з адиктивними розладами особистості: інтеграція групової та індивідуальної терапії, мультидисциплінарного супроводу та постреабілітаційної підтримки 15

Грись А.М., Єсмаханова А.У.

Образ Я та аутоагресивна поведінка ВПО в умовах війни 19

Жидко М.Є.

Адиктологічні вектори когнітивної війни після закінчення активної фази бойових дій 23

Кізічак-Борщевська А.В.

«Інформаційні кокони» юних: від схованки до адиктивної пастки 29

Кучеренко А.П.

Стосункові потреби uzалежнених клієнтів 44

Максим О.В.

Профілактика цифрових адикцій підлітків через розвиток життєвих цінностей та смислів 55

Макимова Н.Ю., Щербина-Прилука В.М.

Алгоритм ресоціалізації осіб з адиктивною поведінкою 59

Михайлів С.В.

Екзистенційна криза на тривалих термінах тверезості 68

Олійник В.М.

Особливості групової психотерапії ДДА: практичний досвід 76

Охрій О.О.

Формування первинної мотивації до лікування у наркозалежного 84

Пономарьов А.О.

Польова парадигма в питанні профілактики рецидиву 98

Проценко Б.О., Олішевський О.В.

Від Нортфілда до «Маріїної школи» та кризового центру: еволюція моделі терапевтичної спільноти 107

Пюрковска Іванна

Роль локусу контролю у становленні внутрішньої мотивації до тверезості в умовах реабілітаційного центру 111

Рябовол Т.А.

Харчова залежність як спосіб психологічної саморегуляції: адиктологічний погляд 116

Свіргун М.В.

Ранні об'єктні стосунки як психодинамічні передумови формування адиктивної поведінки 119

Старков Д.Ю.

Ре-синтез ментальної моделі інтерпретації досвіду при патологічному гемблінгу 126

Терещук А.Д.

Психофізіологічні аспекти прояву адикцій у військовослужбовців із бойовим досвідом 134

Томова К.О.

Відчуття значущості у процесі одужання від залежності. Адлеріанський погляд на приналежність, базові потреби та відновлення особистості 138

Фімісов А.А.

Міннесотська модель у терапії залежностей (Вплив Анонімних Алкоголіків, ефективність, методи та проблеми застосування в українських реабілітаційних центрах) 146

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

ГОНИТВА ЗА «КАЙФОМ» АБО МАРАФОН АЛКОГОЛІКА

Мої роздуми ґрунтуються на власному досвіді та розповідях людей, з якими я працював у контексті алкогольного uzалежнення. До наукових досліджень не маю стосунку, але від цього зовсім не потерпаю, а, навпаки, можу вільно висловлювати свої судження, не хвилюючись, що якийсь професор чи академік їх забракує. Висловлювати, звичайно, у межах коректності та певної ввічливості. Про норми краще помовчу, бо недавно у фейсбуці відкрив коментарі до одного допису і зрозумів, які алкоголіки милі у своєму спілкуванні навіть у найжахливіших проявах бахусового безумства. Якщо в моєму тексті і буде проявлятися іронія чи сарказм, то тільки як характерна частинка моєї душі, що ніяк не вкладається в «прокрустове ложе» серйозності та солідності.

На життя і людей дивлюся зі сміхом, і тоді навіть нестерпна реальність проживається значно легше. Все колись закінчується, навіть «кайф», гонитва за ним, та й адикція зрештою. Або людина справляється зі своєю проблемою і живе далі, або разом з нею прямує у незвідану вічність. Чи є початком чогось нового кінець, – питання цікаве, і потребує окремої філософської розвідки. А щодо поняття «кайфу» (так і хочеться сказати: «вічного») спробую поміркувати на сторінках даного опусу. Від багатьох людей мені довелося чути про явище, яке можна описати чи назвати передчуттям, смакуванням або передсмаком. Кожне

слово по-своєму передає той стан людського організму і душі, що передує отому самому «кайфу». Це слово раніше вживалося в певних колах для визначення сильного задоволення, насолоди, ейфорії. Більше асоціювалося із алкогольним чи наркотичним сп'янінням і вважалося певною мірою сленговим. Хоча увійшло у наш обіг з арабської мови через турецьку, як стверджують словники. Не знаю, чи можна його зараз повністю назвати літературним, тому з деякою обережністю буду брати в лапки. Але лапки не змінять самого значення слова, а тим більшого того змісту, яким воно наповнюється. Слово «кайф» у кожного викликає власні почуття, думки, спогади, і навіть видіння. В уяві з'являються картини неймовірного задоволення, і хочеться якомога довше продовжити ейфорійний стан. Хоча до самої ейфорії ще далеко. Але невідомо, що насправді приносить більше задоволення: власне сам «кайф» чи його очікування. І не просто очікування, а активна підготовка до «сабантуя». Останнє слово теж запозичене і має тюркське походження, проте органічно вписується в канву моєї оповіді. Який же «кайф» без «сабантуя» і «сабантуй» без «кайфу»?

Можна згадати святкування і зустріч нового року ще у «совковому» дитинстві. Це свято асоціювалося із запахом свіжо зрубаної ялинки, мандаринами, іграшками, гірляндами. Були подарунки під тією самою ялинкою, новорічні костюми, вистави. Більш дорослі люди віддавали шану шампанському, специфічним салатам і незабутньому «блакитному вогнику». Список усіх атрибутів, звичайно, довший, але немає сенсу перелічувати. Бо суть в іншому. І дітей, і дорослих об'єднувало спільне передчуття свята, що могло тривати декілька тижнів до тієї священної останньої хвилини перед опівніччю 31 грудня. І чим менше часу залишалося до перетину «рубікону», тим більше люди збуджувались і досягали майже «маніакального» задоволення та єднання із навколишнім середовищем. Потім били дзвони, і все. Свято по суті закінчувалося. Звичайно ж, усі веселились, пили, їли. Намагались відчути і наздогнати отой славнозвісний «кайф», до якого вони стільки готувались. Але він вислизав, як пісок крізь пальці, вкотре вже ошукуючи таку щирі людську душу. Першого січневого дня пробудження було, як правило, пізнім. Люди

згадували нічні розмови, побажання, пригоди, у кого вони були. Присутність свята ще відчувалась у спілкуванні та екрані телевізора, але проза буденності вже стукала у двері, неначе попереджаючи, що за все доводиться платити. Тим більше за «кайф», його передчуття та очікування. Дорослих чекала монотонна і часто нелюбима робота. Школярам щастило більше. Зимові канікули продовжували їхнє задоволення, але скоро закінчувались, і на горизонті маячила перспектива знову «гризти граніт науки». *C'est la vie*, як кажуть французи. Передбачаю: мені можуть закинути, що святкування нового року в дитинстві не має відношення до алкогольного життя з його різноманітними перипетіями. Але це тільки на перший погляд. Мова йде навіть не про сам «кайф», а про те, що йому передує. І саме підготовка до дійства, що очікується з неймовірною радістю та піднесенням, єднає багатьох людей у цьому стані. Питуща людина нічим не гірша за шестирічну дитину, що чекає новорічного свята та подарунків. Не буду порівнювати ступінь ейфорійного очікування і самого «кайфу» у цих випадках, оскільки немає ніякого сенсу в такій процедурі. Та й науковими дослідженнями, як казав уже, не займаюсь. Людина питуща готується до чергової п'ятики (або свята) з неймовірним натхненням, майже як і дитина до своєї події. Але її приготування мають інший, своєрідний характер.

Відзначу декілька можливостей цього процесу. Якщо людина п'є постійно, мало не кожний день, то процедура підготовки до нового вживання, звичайно ж, скорочується. В такому випадку вона займає якісь години або день-два. Відчути повною мірою усю насолоду очікування або приготування, скоріше за все, не вдається. Хоча це залежить від обставин життя конкретного поціновувача спиртного. Для когось це стає звичайною рутиною, своєрідним побутовим ритуалом, що відміряє певні проміжки часу. Це просто екзистенційна даність, яка визначає біологічні ритми питущої людини, і суттєво впливає на її функціонування у просторі та часі. Але навіть такий стандарт «питного мистецтва» не відмінняє ейфорійного передсмаку перед прийомом чергової дози. Людина готується як фізично, так і психологічно для виконання даної задачі, щоб все пройшло, як «по нотах». Головне – не «перебрати», щоб не опинитися

завчасно за межею свідомого буття. Цікаво, що таке вживання часто не заважає людині підніматися соціальними «сходінками», навіть сприяє деякою мірою кар'єрному зростанню. Але знову згадаю про обов'язок платити. Такий вживач алкоголю, перебуваючи на піку професійного успіху, вважає, що алкоголь тільки допомагає вдало соціалізуватися, і не відчуває небезпеки. А вона приходить у самий незручний момент, хоча це якраз і є закономірністю. Чим вище піднялася людина, тим болісніше падати вниз. І вже п'є вона не стільки для «кайфу», а для того, щоб не бачити навколишню дійсність. Вірніше, дивитися на неї крізь власні так звані «рожеві окуляри». Очікування нового ковтка жаданого напою перетворюється на справжню увертюру перед великою виставою. Може, і не такою великою, бо все залежить від контексту, але надто необхідною за таких обставин. Можна сказати, що часте, мало не постійне вживання алкоголю скорочує час можливого очікування і «кайфування» перед черговою пиятикою, а також зменшує емоційне навантаження цього стану.

З другого боку, цей «кайф» може бути дуже імпульсивним, що вимагає свого задоволення тут і зараз. Інша справа – запійне пияцтво. Існує чимало варіацій, якщо не безліч. У кожного вживача своя історія. Але суть у тому, що людина сильно п'є декілька днів чи тижнів, потім виходить з цього стану, і може довгий час не вживати спиртного. Перерви між вживанням (ремісії) можуть бути різними. Як правило, з плином алкоголізації самі запої стають довгими, а проміжки між ними коротшими. Але я концентрую зараз увагу на стані «сухості» такої особистості між запоями, коли вона живе начебто життям звичайної пересічної людини, що нічим особливим не виділяється серед інших. Вона може працювати, проводити час із сім'єю та друзями, відвідувати різні заходи і навіть не відчувати потягу до вживання. Звичайно, час від часу щось нагадує про пиятику, навіть навколишні люди, але це не є настільки суттєвим. Наче й не було останнього запою з важкими наслідками для власного здоров'я та стосунків з оточенням. Життя котиться второваною дорогою без особливих вибріків, і здається, ніщо не віщує біди. Але десь на задвірках підсвідомого провадить руйнівну діяльність «зелений змій». Відбувається підготовка до нової хвилі

вживання на різних рівнях. Вживач без перебільшення «нарощує м'язи», щоб гідно справитися з наступним викликом долі. Спочатку відновлюється фізично, психічно та соціально, а потім накопичує сили на цих напрямках. Десь в глибині душі переконує себе, що чергове вживання не принесе проблем, а буде тільки задоволення. І ближче до розв'язки підсвідоме відкриває свої двері, випускаючи очікування «кайфу» на фінішну пряму. З'являються фантазії, картинки, навіть слюна у роті при вигляді спиртних напоїв. А головне, – очікування неймовірного щастя напередодні «святого» дня. Не можна сказати, що людина терпить. Ні, вона просто знає, що колись вип'є, хоча може й заперечувати це. І таке знання додає сили, допомагає розправити крила і проживати вимушену ремісію з вірою у майбутнє. Навіть «кайфувати» від майбутнього «кайфу»! Смакувати довгоочікуване свято, фантазувати, мріяти, «ганяти тягу», як кажуть у вузьких професійних колах. І ота майбутня ейфорія видається найвищою точкою екзальтації у сьогоднішньому дні. Саме сьогодні людина відчуває неймовірне піднесення від того, що буде завтра чи через тиждень. І оця «смакота» просто надихає. Краще, звичайно, щоб надихали більш добродішні справи, але маємо те, що маємо. Моя ж розповідь про алкоголь. І вона була б неповною, якби я не згадав про поняття, яке в медицині називають абстинентним синдромом або синдромом відміни психоактивних речовин. Це особливий стан, що супроводжується певними психічними та фізіологічними розладами. Але чи може людина в такому стані «кайфувати», очікуючи полегшення цього стану? Безсумнівно, може, хоча це не звичний потяг до насолоди. Скоріше, це відчуття спраглового страждальця, що просто марить ковтком води. І це марення часто продукує певні дії вживача, що не завжди вписуються у межі моральності та законності. Але очікування полегшення коштує дорого. Кожна мить наближає мету, а внутрішня напруга все більш зростає. Коли мета стає видимою, напруга досягає своєї кульмінації, і тільки жадана порція алкоголю здатна розслабити людину. Важко зафіксувати емоції перед першим ковтком, але той момент видається найщасливішим у бутті алкоголіка. Іншими словами, передсмак потреби похмелитися. Звичайно, вагому роль у даному процесі виконує часовий

діапазон. Якщо людина має можливість прокинутися та одразу полегшити свій стан після бурхливої ночі, – це одна справа. Але якщо така можливість відтягується з різних причин, то очікування переростає в страждання, а страждання в передсмак «кайфу», що наближається. Страждання і «кайф» десь перетинаються, як і все у нашому житті.

Підсумовуючи свої роздуми, зазначу, що людина народжена для «кайфу», як пташка для польоту. І навіть якщо доводиться зазнавати якогось болю, то це тільки підтверджує мою тезу. Насолода та біль – дві сторони одної медалі, аверс і реверс, так би мовити. Через розпач до «кайфу»! Але той чомусь «слизький», часто невловимий, який хочеться продовжити або підсилити, але не дуже вдається, бо «кіноплівка закінчується». Неначе «кайфонула» людина, але все якось у тумані. Тому передсмак насолоди видається значно потужнішим за своїм емоційним навантаженням, ніж власне сама насолода. Хоча, звичайно, алкогольне сп'яніння ніхто не відміняє і не заперечує. Справжні подвижники алкогольного мистецтва для цього й п'ють. Думаю, що зі мною багато людей погодиться. А хто не погодиться, – теж непогано. Мої міркування – лише запрошення до дискусії.

Гаврилюк Л. В.

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

СЕКСУАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ У ПРОЦЕСІ ОДУЖАННЯ: ВІД ПОРУШЕНЬ ДО ВІДНОВЛЕННЯ БЛИЗКОСТІ

Анотація. У тезах розглядається сексуальність як важлива складова процесу одужання осіб із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин. Сексуальна сфера за узалежненої поведінки може зазнавати суттєвих змін: виникають сексуальні дисфункції, змінюється сексуальна поведінка, порушується здатність до емоційної близькості та формування безпечних партнерських стосунків. Дослідження демонструють тісний взаємозв'язок між вживанням психоактивних речовин та сексуальними думками, почуттями й поведінкою.

Ключові слова: узалежнення, одужання, сексуальність, сексуальне відновлення, інтимність, близькість, сексуальна поведінка, психотерапія, рецидив.

Мета роботи — визначити місце сексуального відновлення у процесі одужання та окреслити основні напрями психотерапевтичної роботи із сексуальністю, близькістю та партнерськими стосунками.

Основний виклад матеріалу. Припинення вживання психоактивних

речовин не завжди означає автоматичне відновлення сексуального та емоційного функціонування. У період одужання можуть актуалізуватися сором, провина, страждання, низька самооцінка, труднощі з довірою та встановленням особистих меж. Для частини людей сексуальна поведінка могла виконувати функцію регуляції емоцій, зниження напруження, подолання самотності бути безпосередньо пов'язаною з вживанням речовин.

У зв'язку з цим сексуальне відновлення доцільно розглядати не лише як подолання сексуальної дисфункції, а як відновлення здатності людини безпечно контактувати із власним тілом, потребами, сексуальністю та іншою людиною.

У психотерапевтичній роботі можна виділити декілька послідовних напрямів: відновлення безпеки; усвідомлення власних потреб і тілесних сигналів; формування здорових особистих та сексуальних меж; розвиток емоційної близькості; відновлення сексуального функціонування та здатності отримувати задоволення без використання психоактивної речовини.

Особливого значення набуває робота з тригерами. Сексуальні контакти, певні партнери, місця, спогади або емоційні стани можуть бути пов'язані з попереднім досвідом вживання та актуалізувати потяг до речовини. Водночас уникнення сексуальності та романтичних стосунків як універсальна стратегія одужання також не вирішує проблему. Сучасні дослідження свідчать про потребу людей у відновленні в безпечній, неосудливій сексуальній та партнерській освіті й формуванні навичок здорових стосунків.

Терапевтичний простір має забезпечувати можливість говорити про сексуальність без сорому та стигматизації. Важливим завданням є допомога пацієнтові у переході від сексуальності як способу регуляції емоцій до сексуальності як форми взаємного контакту, близькості, задоволення та самовираження.

Висновки. Сексуальне відновлення є важливою складовою комплексного процесу одужання від залежності. Воно охоплює не лише відновлення сексуального функціонування, а й формування здатності усвідомлювати власні потреби, встановлювати межі, будувати довірливі стосунки та переживати

близькість без залежнісної регуляції.

Включення теми сексуальності до психотерапевтичної роботи сприяє ціліснішому розумінню процесу одужання та дозволяє працювати не лише з наслідками узалежнення, а й з якістю життя людини після припинення вживання.

Одужання – це не лише життя без речовини. Це повернення здатності відчувати, бути близькими, отримувати задоволення та будувати взаємні стосунки без узалежненого способу регуляції.

Використана література:

1. Босма-Блекер М.Х., Блау Е. Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та сексуальна поведінка: вплив алкоголю і наркотиків на сексуальні думки, почуття та поведінку. *Addictive Behaviors*. 2018.
2. Солтанінежад М., Надері Я., Рухі Л., Баназаде М. Зловживання психоактивними речовинами та сексуальне функціонування: огляд механізмів. *Addiction & Health*. 2024. 16(4):286-296
3. Вілкерсон Дж. М., Гальярдо К. Р., Зошке І. Н. та ін. Потреби людей у відновленні від опойдної залежності у сфері сексуального здоров'я та партнерських стосунків. *Prevention Science*. 2026. 27:535-545

Гох І.Б.,

практичний психолог, адиктолог,
член дивізіону «Адиктологія» НПА

**СТРУКТУРА ТА ПРИНЦИПИ РОБОТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ
ДЛЯ ОСІБ З АДИКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ:
ІНТЕГРАЦІЯ ГРУПОВОЇ ТА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ,
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО СУПРОВОДУ ТА
ПОСТРЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ**

Анотація. У доповіді проаналізовано практичну модель організації реабілітаційного процесу для осіб з адиктивними розладами особистості. Розглянуто поєднання групової та індивідуальної психотерапії як основний механізм формування усвідомленої тверезості, принципи формування терапевтичних груп з урахуванням віку, досвіду залежності та коморбідних станів, а також роль мультидисциплінарної команди (нарколог, психіатр, психолог) у супроводі клієнтів. Окремо описано відмову від уніфікованого стандарту детоксикації на користь індивідуалізованого клінічного рішення та модель двоінтегрованого постреабілітаційного супроводу.

Ключові слова: адиктивні розлади особистості, групова психотерапія, терапевтична спільнота, мультидисциплінарна команда, коморбідні стани, детоксикація, постреабілітаційний супровід.

Вступ та актуальність. Реабілітація осіб з адиктивними розладами особистості потребує виходу за межі суто медичної моделі детоксикації. Практика роботи реабілітаційних центрів засвідчує, що стійка тверезість

формується не як подія, а як процес усвідомлення, який розгортається у взаємодії клієнта з іншими учасниками терапевтичного середовища. Це зумовлює потребу в чіткій структурній моделі, що поєднує групову динаміку, індивідуальний супровід та клінічну підтримку.

Мета роботи — висвітлити структурну модель та принципи організації роботи реабілітаційного центру, у якій поєднання групової та індивідуальної терапії розглядається як основний шлях до усвідомлення тверезості, а мультидисциплінарний і постреабілітаційний супровід — як обов'язкові складові цілісного процесу.

Методи та організація процесу. Модель базується на практичному досвіді організації роботи реабілітаційного центру та побудована на чотирьох взаємопов'язаних складових: поєднанні групового й індивідуального форматів терапії, структурованому підході до формування терапевтичних груп, залученні мультидисциплінарної команди фахівців та впровадженні постреабілітаційного супроводу клієнтів після завершення основного курсу.

Результати практики.

Поєднання групової та індивідуальної роботи як шлях до усвідомлення тверезості: індивідуальна терапія забезпечує роботу з особистою історією, травмою та темпом клієнта, тоді як у групі досвід кожного учасника стає терапевтичним матеріалом для інших. Група дзеркалить, індивідуальна робота — інтегрує побачене в особистий досвід; відсутність одного з форматів призводить або до ізоляції інсайту, або до втрати особистого запиту.

Формування терапевтичних груп та взаємовплив учасників: підбір груп враховує вік, стаж вживання та досвід залежності, а також наявність коморбідних станів (подвійний діагноз). Гомогенність або гетерогенність групи є управлінським рішенням, що впливає на динаміку за принципом «рівний-рівному». Залучення учасників до соціальної роботи центру (наставництво, підтримка новоприбулих розглядається як частина терапії, що формує відповідальність замість пасивного споживання допомоги.

Мультидисциплінарна команда та відмова від уніфікованого стандарту детоксикації: команда включає нарколога, психіатра та психолога з чітким розподілом зон відповідальності. Психіатричний супровід і медикаментозна підтримка є обов'язковими для окремих категорій клієнтів (подвійний діагноз, психотичні стани, тяжка абстиненція), однак детоксикація не застосовується як універсальний стандарт для всіх — рішення приймається індивідуально на основі клінічної картини.

Постреабілітаційний супровід (двоінтегрований підхід): реабілітація не завершується випискою, оскільки ризик рецидиву є найвищим саме в перехідний період. Двоінтегрований супровід передбачає одночасну роботу з клієнтом і з середовищем, до якого він повертається (сім'я, робота, соціальне оточення), а також залучення випускників центру до підтримки нових учасників.

Висновки. Практика роботи реабілітаційного центру підтверджує, що поєднання групової та індивідуальної терапії є основним механізмом формування усвідомленої тверезості. Структурований підхід до формування груп, обов'язкова участь мультидисциплінарної команди з індивідуалізованим (а не уніфікованим) рішенням щодо детоксикації, а також двоінтегрований постреабілітаційний супровід є необхідними складовими цілісної та ефективної моделі реабілітації.

Список використаної літератури / References (за стандартом APA 7)

1. Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.10.2020 № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин».
2. Центр громадського здоров'я МОЗ України (2026). *Національна модель надання допомоги особам, які вживають психоактивні речовини та мають розлади, пов'язані з їх вживанням, включаючи алкоголь*. Київ: ЦГЗ МОЗ України.

3. Козира П. В., Легка А. І. (2023). Групова терапія як засіб подолання ігрової залежності. *Габітус*, (53), 115–120. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.53.19>
4. Старков Д. Ю. (2015). Роль соціального оточення у процесі становлення ремісії адикту. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*, VII(39), 369–378.
5. Старков Д. Ю., Іванов В. О., Забава С. М. (2014). Особливості соціального супроводу сімей з алкогольною залежністю. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*, VII(35), 274–281.

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

Єсмаханова А.У.,

кандидат економічних наук, доцент кафедри маркетингу
Державного університету інформаційно-комунікаційних технологій,
здобувач ступеня доктора наук
Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України
ORCID ID: orcid.org/0009-0002-6069-9020

ОБРАЗ Я ТА АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ВПО В УМОВАХ ВІЙНИ

У наш час вельми актуальним питанням є і залишається доля вимушено переміщених осіб, кількість яких неупинно зростає в умовах викликів війни. Як у психологічній науці, так і практиці сьогодні психологи б'ють на сполох про поширеність серед населення України ГСР (гострих стресових реакцій), підвищеної тривожності, агресивності, депресивності, які через постійний стрес та травматичний досвід війни продовжують накопичуватися. До цього додається ще й криза ідентичності, що пов'язана із вимушеним переміщенням та втратою звичного способу життя. Неминуче постає питання: «Хто Я тепер у цьому новому світі?».

У зв'язку з цим гостро постає питання наслідків вимушеного переміщення на психічне здоров'я українців, що змушені були покинути власні домівки. В умовах війни актуальними стали питання Образу Я та аутоагресії ВПО (вимушено переміщених осіб) у зв'язку із збільшенням соціального та політичного напруження як в українському, так і у світовому масштабі. Образ Я та аутоагресія є актуальним предметом досліджень у нинішніх реаліях воєнного стану та відображає виклики сучасної психологічної практики.

У літературі є низка досліджень в рамках клініко-психологічного підходу (Г. Пілягіна, О. Чабан та ін.) орієнтованого на аналіз крайніх форм аутоагресії та необхідності психопрофілактики на ранніх стадіях розвитку аутоагресивних тенденцій. Аутоагресія та соціально-психологічна адаптація вивчалася в різних аспектах і зарубіжними вченими (Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Erwin Ringel, David Shaffer).

Щодо ВПО, то на практиці найбільш частими запитами є: самосприйняття та побудови нового образу себе у нових соціокультурних умовах. Йдеться також і про часову транспективу та образ майбутнього у ВПО, про інші чинники (у тому числі і економічного характеру), їх соціально-психологічної адаптації. Як засвідчив досвід нашої практичної діяльності з ВПО, у значної частини виявляються різні форми аутоагресивної поведінки. Особливо серед дорослого віку, коли відбулося вимушене переміщення та виклики з якими доводиться стикатися на новому місці проживання. Йдеться і про зовнішньо переміщених і внутрішньо переміщених осіб, у яких відмічається відчуття безпорадності, відчаю, апатії, відчуття провини через те, що деякі із їхніх рідних не змогли покинути місця, де відбуваються активні бойові дії. А також через неможливість знайти себе за фахом на новому місці тощо.

Аутоагресія стосується і неповнолітніх через вимушене вивезення їх батьками та втрату друзів, втрату значимих соціальних контактів, необхідність адаптуватися до нових колективів із відмінними цінностями, соціальними установками, культурними традиціями, що впливає на рівень соціально-психологічної адаптації.

Постійні стреси через вибухи посеред дня і ночі призводять до виснаження ресурсів та особистісного напруження, тривоги, депресії, ПТСР, гострих стресових реакцій (ГСР), що створює негативне психоемоційне тло та має наслідки для психічного здоров'я у цілому, породжує екзистенційний вакуум і втрату звичних сенсів буття.

В даний час потребують більш детального вивчення явища аутоагресії серед ВПО. Необхідним є осмислення їх деструктивної поведінки у контексті сучасних реалій з урахуванням умов, що перешкоджають їх соціально-психологічній адаптації.

Аутоагресія серед ВПО трапляється найчастіше серед підлітків та дорослих. У підлітковому віці аутоагресивна поведінка може посилюватися через труднощі пов'язані із становленням Образу Я, побудовою власної самоідентичності, трансформаціями Образу себе на тлі кризи вимушеного переміщення і втрати звичного кола спілкування. Усе це може призводити до відчуження та ізоляції, загострення потреби в автономності та самостійності та неможливістю їх повноцінної реалізації в умовах ВПО.

На думку самих підлітків, аутоагресія виконує для них функцію розрядки емоцій та є одним із доступних способів відчутти себе «живим». Оскільки на зовнішні обставини важко впливати, то єдине на що можливо впливати в умовах ВПО, залишається власне тіло.

Явища аутоагресії можуть маскуватися під зовні соціально схвалювальними формами активної поведінки як от: екстремальні види спорту, необережне водіння транспортними засобами, шкідливі звички (паління, вживання психоактивних речовин тощо).

Стосовно ж дорослих, то через кризові стани у ВПО, пов'язані із труднощами самореалізації у нових умовах, порушення часових перспектив через надмірну зосередженість на пережитому минулому досвіді, аутоагресія виявляється у більш «витончених» формах, як от залежна поведінка, ізоляція, втеча у фантазії тощо.

Таким чином, ризики аутоагресії у ВПО потребують своєчасної

діагностики та розробки відповідних психопрофілактичних програм спрямованих передусім на психоедукацію ВПО стосовно способів повернення контролю над власним життям, побудови нових соціальних зв'язків, активізації адаптаційних ресурсів.

Використана література

1. Boland R., Verduin M. L. (eds.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. — 11th ed. — Philadelphia: Wolters Kluwer (Lippincott Williams & Wilkins), 2024. — 5136 p. — 2 vol. — ISBN 978-1-975175-73-
2. Ringel, E. Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. — Neuausgabe. — Hohenwarsleben: Edition Klotz (Westarp), 2017. — 251 S. — ISBN 978-3-86617-158-9.
3. Shaffer, D., Waslick, B. D. (Eds.). The Many Faces of Depression in Children and Adolescents. — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002. — 246 p. — ISBN 978-1-58562-071-5.
4. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2023. — 232 с.

Жидко М.Є.

кандидат психологічних наук (PhD), доцент
декан гуманітарно-правового факультету
Національного аерокосмічного університету

«Харківській авіаційний інститут»,
член Національного комітету EuroPsy,
реєстровий психотерапевт ЕАР

m.zhydko@khai.edu

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

АДИКТОЛОГІЧНІ ВЕКТОРИ КОГНІТИВНОЇ ВІЙНИ ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ АКТИВНОЇ ФАЗИ БОЙОВИХ ДІЙ

Анотація. Розглянуто чотири адиктологічні вектори когнітивної війни постактивної фази на основі архетипів «Одіссеї» Гомера (лотофаги, Каліпсо, Кірка, сирени), операціоналізовані через компонентну модель адикції Гріффітса. Запропоновано авторську модель Ностосу з трьома інструментами інтервенції.

Ключові слова: когнітивна війна; інформаційна адикція; модель Гріффітса; посттравматичне зростання; модель Ностосу.

Abstract. Four addictological vectors of post-kinetic cognitive warfare are examined through Homer's Odyssey archetypes (lotus-eaters, Calypso, Circe, Sirens) operationalised via Griffiths' components model of addiction. The author's Nostos model with three intervention tools is proposed.

Keywords: cognitive warfare; information addiction; Griffiths' model; post-traumatic growth; Nostos model

Вступ. Актуальність дослідження зумовлена переходом російсько-української війни в гібридний формат, за якого, згідно зі звітом Office of the Chief

Scientist NATO Science & Technology Organization (2025), вирішальне поле бою переміщується у площину людського мислення, довіри та ухвалення рішень [1, с. 4]. Це означає, що після завершення активної (кінетичної) фази бойових дій війна не припиняється, а змінює домен ведення, стаючи переважно когнітивною.

Клінічне спостереження засвідчує: населення, яке пережило понад чотири роки гарячої війни, замість поступового виходу з режиму виживання демонструє стійку залежність від компульсивного споживання шок-контенту — кадрів руйнувань, смертей, песимістичних пророцтв. Українське дослідження М. Маркової та співавторів (2024, n=186) зафіксувало, що майже 50% цивільного населення України мають ознаки клінічно сформованої залежності від воєнних новин [2, с. 668]. Дослідження Б. МакЛафліна та співавторів у мирний час показало 16,5% патологічного споживання новин, при цьому реплікація дала лише 7,5%, що підтверджує гіпотезу про суттєво вищу й стабільнішу поширеність цього патерну саме у воєнному контексті [3, с. 3].

Окрему увагу привертає штучно підтримуваний, інфраструктурно задокументований характер цієї компульсії. У травні 2024 р. компанія OpenAI оприлюднила звіт про використання власної генеративної технології в кампанії DoppelGänger — мережі впливу, задокументованій Meta та французьким державним агентством VIGINUM [4]. Паралельно VIGINUM задокументував мережу Portal Kombat/Pravda — щонайменше 193 сайти автоматизованої ретрансляції проросійського нарративу мовами Європейського Союзу [5].

Метою роботи є побудова операціоналізованої адиктологічної моделі когнітивної війни постактивної фази на основі архетипової матриці «Одіссеї» Гомера та компонентної моделі адикції М. Гріффітса, а також визначення відповідних інструментів системного психологічного втручання.

Основний виклад матеріалу. Методологічною основою послугувала праця військового психолога Дж. Шея «Одіссей в Америці: бойова травма і випробування поверненням», у якій доведено, що блукання Одіссея є детальним клінічним описом ПТСР і форм психологічного полону, що виникають на шляху

повернення [6]. Авторську модель названо Ностос — від давньогрецького νόστος, «повернення додому» (від якого походить і термін «ностальгія»).

Виокремлено чотири вектори блокування ностосу, кожен з яких відповідає окремому епізоду поеми.

Вектор «лотофаги» відповідає втраті часової перспективи: людина, що скуштувала плід лотоса, живе у вічному «зараз», знятому з гачка відповідальності за майбутнє. У постактивній фазі цьому відповідає «солодка анестезія» — наративи пам'яті, нескінченні суперечки, інформаційний шум, що заглушують нестерпний біль втрат.

Вектор «Каліпсо» (від грецьк. *kalyptein* — ховати, занурювати в темряву) відповідає фіксації на власному стражданні та конкуренції зі стражданнями інших. Суб'єкт оплакує втрати, водночас вибудовуючи навколо травми нову ідентичність, залишаючись об'єктом, а не суб'єктом власного досвіду.

Вектор «Кірка» (або Цирцея) є найпідступнішим: супутники Одиссея отримують «голову, голос, щетину і тіло свині, але розум лишався незмінним, як і раніше» [7, пісня X]. небезпека полягає не в дегуманізуючому контенті, а в добровільній зміні самого етичного модусу існування, за якої мирне, довоєнне стає когнітивно чужим.

Вектор «сирени» відповідає активному потягу до найгіршого — компульсивному пошуку катастрофічних наративів, що обіцяють тотальну визначеність через катастрофу. Алгоритми рекомендацій сучасних платформ функціонують як автоматизований спів сирен, обчислюючи індивідуальний тригер тривоги користувача.

Кожен з чотирьох векторів операціоналізовано через шість критеріїв компонентної моделі адикції М. Гріффітса: *salience, mood modification, tolerance, withdrawal, conflict, relapse* (табл. 1) [8, с. 193]. Ця модель обрана з огляду на її трансдіагностичну застосовність (використовується для гемблінгу, інтернет-залежності, залежності від соціальних мереж) і операційність за відсутності формального діагностичного статусу (DSM-5 наразі визнає лише *Gambling Disorder* як поведінкову залежність).

Операціоналізація чотирьох векторів моделі Ностосу за М. Гріффітсом

Критерій	<i>Лотофаги</i>	<i>Калінсо</i>	<i>Кірка</i>	<i>Сирени</i>
<i>Salience</i>	«зараз» витісняє майбутнє	ідентичність = страждання	мирне стає когнітивно чужим	пошук наступного катастрофічного сигналу
<i>Mood modification</i>	дофамінова мікро-винагорода контролю	ілюзорна стабільність через знайомість болю	спрощена рамка знижує навантаження	зниження тривоги через «повне знання»
<i>Tolerance</i>	яскравіший шок-контент	глибше занурення у травму	жорсткіша дегуманізуюча риторика	радикальніші джерела
<i>Withdrawal</i>	тривога поза стрічкою новин	провина «забуття»	дискомфорт від нюансованої точки зору	тривога без перевірки джерел
<i>Conflict</i>	знецінення мирного дозвілля, конфлікт із родиною	ізоляція від тих, хто «рухається далі»	нездатність комунікувати з довоєнним колом	підозра до інституцій довіри
<i>Relapse</i>	повернення після діджитал-детоксу	повторне занурення у травматичний наратив	рецидив рамки під стресом	новий «злив» переконливіший за попередній

На основі епізодів поеми визначено три інструменти інтервенції, представлені на рис. 1. Перед контактом з Кіркою бог Гермес дає Одиссею рослину моли — захист, наданий до зіткнення з небезпекою; у сучасних дослідженнях цьому відповідає inoculation theory / prebunking [9]. Прив'язування Одиссея до щогли перед островом сирен відповідає структурованій, дозованій експозиції для фахівців, що професійно залишаються в контакті з важким контентом. Заліплення воском вух команди відповідає повному усуненню контакту — системному, платформенному захисту для решти населення.

ДІАГНОСТИЧНА ТЕТРАДА (блокування ностосу)



ІНТЕРВЕНЦІЙНИЙ КОНТУР (відновлення руху до ностосу)



Рис. 1. Модель Ностосу: чотири вектори блокування та три інструменти відновлення руху до повернення

Висновки:

1. Постактивна фаза когнітивної війни характеризується не завершенням, а зміною домену ураження — з фізичного на когнітивний, з кінетичного на адиктологічний.

2. Чотири архетипові вектори «Одіссеї» Гомера (лотофаги, Каліпсо, Кірка, сирени) утворюють валідну евристичну матрицю для діагностики патернів інформаційної компульсії/адикції, операціоналізовану через компонентну модель М. Гріффітса.

3. Три гомерівські інструменти інтервенції (моли, щогла, віск) відповідають трьом рівням системного психологічного втручання — превентивній психоедукації, структурованій експозиції та платформенному захисту відповідно.

4. Перспективним напрямом подальших досліджень є емпірична валідація запропонованої моделі на українській вибірці в постактивній фазі бойових дій.

Заява щодо використання інструментів ШІ

Під час підготовки матеріалів доповіді був залучений Claude (Anthropic) для структурування тексту щодо формальних вимог, перевірки бібліографічних джерел за відкритими науковими базами, стилістичного редагування та

створення графічної схеми моделі Ностосу (рис. 1). Змістовна концепція, теоретична модель та інтерпретація належать автору.

Література

1. NATO Science and Technology Organization, Office of the Chief Scientist. Cognitive Warfare: NATO Chief Scientist Research Report. Brussels: NATO STO, 2025.
2. Markova M., Aliieva T., Abdriakhimova T., Prib H., Markov A. Impact of excessive interest in news related to the war on mental health in conditions of big invasion and information war: experience of Ukraine. *European Psychiatry*. 2024. Vol. 67, Suppl. 1. P. S668. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.1388.
3. McLaughlin B., Gotlieb M. R., Mills D. J. Caught in a Dangerous World: Problematic News Consumption and Its Relationship to Mental and Physical Ill-Being. *Health Communication*. 2023. Vol. 38, No. 12. P. 2687–2697.
4. OpenAI. Influence and cyber operations: an update. OpenAI Global Affairs Report, May 2024. URL: <https://openai.com/global-affairs/influence-and-cyber-operations-an-update/>
5. VIGINUM. Portal Kombat: a case study on a pro-Russian digital ecosystem. Paris: Service de vigilance et de protection contre les ingérences numériques étrangères, 2024.
6. Shay J. *Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming*. New York: Scribner, 2002. 329 p.
7. Homer. *Odyssey* / transl. by E. Vieu. New York: Penguin Classics, 1996. 541 p.
8. Griffiths M. D. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*. 2005. Vol. 10, No. 4. P. 191–197.
9. Roozenbeek J., van der Linden S. *Inoculation theory and misinformation*. Riga: NATO Strategic Communications Centre of Excellence, 2021. ISBN 978-9934-564-49-9.

Кізічак-Борщевська А.В.,

кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії
та дитячої психіатрії, психотерапії та клінічної психології

ФПДО ДНТ Львівського національного
медичного університету ім. Данила Галицького

angela_kb@ukr.net

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

«ІНФОРМАЦІЙНІ КОКОНИ» ЮНИХ: ВІД СХОВАНКИ ДО АДИКТИВНОЇ ПАСТКИ

Технології, насправді, про людей, а не про
апаратне або програмне забезпечення

Роберт Вейд,

*голова департаменту технологічного
розвитку Khemeia Consulting*

Анотація. Щоденна активність підлітків у соціальних мережах відображає їхню постійну потребу в комунікації, розвитку почуття спільноти та творення смислів навколишнього світу. З іншого боку, соціальні медіа є комерційним середовищем, створеним для привернення уваги, продажу продуктів та впливу на поведінку. Сучасні дослідники пропонують континуум поведінки від здорового, безпечного та конструктивного використання Інтернету до максимально вираженої неадаптивної поведінки. Однією з форм проблемного використання соціальних мереж, що зростає в геометричній прогресії, є залежність від коротких відео (SVA). Короткі відео залучають глядачів та інтригують контентом, використовуючи театральні інструменти та різноманітні

цифрові пастки, що стають значними чинниками ризику замикання порочних кіл системи винагороди мозку. Регулярне напрацювання відповідних системних стратегій, може сприяти превенції uzалежнень від е-медіа, зокрема, та покращувати довгострокові траєкторії психічного здоров'я підлітків та молоді.

Ключові слова: континуум використання електронних медіа підлітками та молоддю; коротко-форматна відеозалежність; онлайн пастки uzалежнення підлітків.

Abstract. Adolescents' daily activity on social media reflects their constant need to communicate, develop a sense of community, and make sense of the world around them. On the other hand, social media is a commercial environment designed to attract attention, sell products, and influence behavior. Contemporary researchers propose a behavioral continuum ranging from healthy, safe, and constructive Internet use to the most extreme forms of maladaptive behavior. One form of problematic social media use that is growing exponentially is short-video addiction (SVA). Short videos engage viewers and intrigue them with their content, using theatrical techniques and various digital traps, which become significant risk factors for triggering vicious cycles in the brain's reward system. Regularly developing appropriate systemic strategies can help prevent e-media addiction, in particular, and improve the long-term mental health trajectories of adolescents and young adults.

Keywords: The continuum of electronic media use among adolescents and young adults; short-form video addiction; online traps leading to addiction among adolescents

Вступ./Introductions. Соціальні медіа мають повсюдну присутність у житті підлітків та молодих людей у всьому світі. Демографічні показники соціальних мереж у 2026 році свідчать про рекордні 5,24 мільярда людей, які зараз користуються соціальними платформами, що становить приблизно 63% населення світу [9].

Щоденна активність підлітків у соціальних мережах відображає їхню постійну потребу в комунікації. Приблизно 51% підлітків повідомляють про щоденне використання соціальних мереж, причому 45- 50% вказують, що вони

майже постійно онлайн. Існують помітні вікові відмінності у моделях використання; старші підлітки (віком 15-17 років) в середньому проводять близько 5,8 годин щодня на різних платформах, тоді як молодші підлітки (віком 13- 14) в середньому приблизно 4,1 години.

Однією з форм проблемного використання соціальних мереж, що зростає в геометричній прогресії, є залежність від коротких відео або коротко-форматна відеозалежність (Short-form video addiction, SVA). Згідно з останніми даними Китайського центру інформації про Інтернет (2024), кількість користувачів коротких відео досягла 1,05 млрд, а середній щоденний час використання підлітками зріс до 151 хв.

Все частіше можна побачити, як підлітки переглядають короткі відео в будь-якому місці та в будь-який час. Опитування деяких учнів середньої професійної школи в провінції Guizhou показало, що майже 70% студентів мають екранний час більше 5 годин на день, навіть коли є нагляд за пристроєм. 22,27% цих студентів вважали перегляд коротких відео своїм основним використанням телефонів [8, с.152].

Психічне здоров'я дітей та підлітків формується як онлайн-простором, який вони населяють, так і світом навколо них. Соціальні мережі, ігрові платформи та цифрові класи пропонують зв'язок та навчання, допомагають взаємодіяти один з одним та спілкуватися; розвивати почуття спільноти та створювати смисли навколишнього світу. З іншого боку, соціальні медіа є комерційним середовищем, створеним для привернення уваги, продажу продуктів та впливу на поведінку. Ця цифрова шкода не є випадковою — вона вбудована в системи, розроблені для отримання прибутку [10].

Мета роботи./Aim. Структурувати сучасні чинники ризику зсуву континууму користування цифровими медіа підлітками та молоддю до полюсу узалежнення для напрацювання ефективних превентивних стратегій.

Основний виклад матеріалу./Materials and methods. Щодо здорового користування Інтернетом та соціальними медіа, то, згідно сучасних досліджень, це означає їхнє використання з певною метою та протягом розумного часу, без

когнітивного чи поведінкового дискомфорту. Здорові користувачі вміють відокремлювати інтернет-комунікацію від спілкування в повсякденному житті. Вони використовують Інтернет як корисний інструмент для досягнення цілей, а не як джерело ідентичності [1, с.200].

Неможливо провести чітку межу між здоровим та патологічним використанням нових медіа, оскільки не існує універсального для всіх користувачів мережі порогу адаптивної чи дезадаптивної поведінки та пізнавальної залученості. Натомість саме особа визначає ступінь, в якому вона використовує Інтернет адаптивно або неадаптивно. У зв'язку з цим дослідники пропонують континуум поведінки від здорового, безпечного та конструктивного використання Інтернету до максимально вираженої неадаптивної поведінки. Між ними існують різні ступені поведінки, які виходять за межі полюса здоров'я, але не мають повних ознак залежності. Проте така поведінка підвищує індивідуальний ризик виникнення проблем і, як наслідок, може призвести до втрати контролю та розвитку клінічної форми розладу психічного здоров'я (Рис.1).

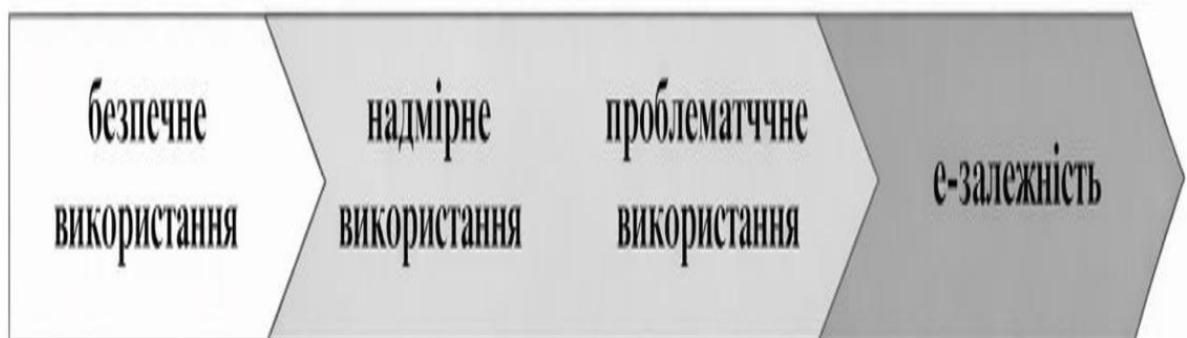


Рис. 1. Континуум використання електронних медіа

Аналіз змін у концепціях інтернет-залежності виявляє кілька основних тенденцій:

1. Перехід від вузького клінічного трактування проблеми в категоріях залежності до ширшого за змістом поняття «проблемне використання Інтернету», що охоплює також здорових людей.

2. Перехід від загального зловживання Інтернетом до зосередження на його різних аспектах, таких як ігри, соціальні мережі чи телефони, а також пошук спільних механізмів, що поєднують різні е-активності.

3. Перехід від зосередження на ознаках проблемної поведінки до розуміння функцій, які вона виконує у складному контексті життя сучасних людей (Рис.2).



Рис.2. Схема розвитку проблемного використання Інтернету за Caplana (2010). [5, с. 46]

Проблемне використання цифрових медіа (PDMU) серед підлітків та молоді набуває все більшого поширення. PDMU визначається як надмірне використання цифрових медіа, Інтернету або електронних засобів комунікації, що призводить до дисфункції користувача та заподіяння шкоди іншим особам. Хоча PDMU насамперед характеризується шкодою для самого користувача, нові дослідження вказують на те, що його наслідки можуть виходити за межі самої людини через порушення стосунків та виконання соціальних ролей, зменшення міжособистісної присутності (наприклад, фоббінг). Загальний термін «PDMU» охоплює кілька концептуальних підходів, таких як розлад, пов'язаний з іграми в Інтернеті (IGD) або проблемне ігрова поведінка, залежність від соціальних мереж (SMA) або проблемне використання соціальних мереж, а також проблемне використання Інтернету (PIU) або інтернет-залежність. Серед підлітків та молоді проблемне використання медіа пов'язане з різними дефіцитами психічного здоров'я, а саме, поведінковими проблемами, в т.ч., зловживання ПАР, порушенням гігієни сну та соціальною дисфункцією. Ці наслідки для здоров'я можуть негативно впливати на розвиток та благополуччя

цієї групи населення, а також на їхній потенціал вести активне та продуктивне доросле життя [6, с.2].

Короткі відео визначаються як відео, які дуже привабливі для користувачів, легко переглядаються, різноманітні за змістом і обмежені кількома хвилинами. Вони є процвітаючою формою розваг, яка надає глядачам зручний доступ до новин та інформації. Короткі відео залучають глядачів та інтригують контентом, використовуючи театральні інструменти, такі як ситуаційна конструкція, культивування саспенсу (англ. *suspense* — тривога, невідомість, це майстерний художній прийом у кіно, іграх та літературі, який утримує глядача в стані напруженого, тривожного очікування) та застосування мімезису (грец. *mimesis* — наслідування, відтворення, це фундаментальне поняття естетики та філософії, яке означає відображення або імітацію дійсності у мистецтві. Це не сліпе копіювання, а творче відтворення світу, створення нового образу реальності). Відповідні функції залучення притаманні дизайну короткого відеоформату, який вперше з'явився в 2013 році з запуском Vine, програми для обміну відео, де користувачі записували короткі відео тривалістю до шести секунд. Це перетворилося на явище, кероване такими платформами, як TikTok, Instagram Reels, Snapchat's Snap Stories та YouTube Shorts. Популярність короткого контенту зростає астрономічно. У 2025 році глобальна база користувачів TikTok, за прогнозами, мала б досягти біля 955,3 мільйона користувачів. Аналогічно, YouTube Shorts також набув широкого охоплення, з більш ніж 2 мільярдами активних користувачів щомісяця та приблизно 70 мільярдами щоденних переглядів. [2, с. 1].

Коротко-форматна відеозалежність (SVA) концептуалізується як модель надмірного, неадаптивного або високозалежного залучення до коротких відеододатків, що характеризується труднощами в регулюванні використання, тенденціями до використання відео для подолання або «втечі» та зниженням ефективності повсякденної діяльності. Це визначення підкреслює поведінкові тенденції, а не залежність клінічного рівня. Короткі відео можуть викликати

звикання через тип контенту, функції платформи, особисті інтереси, звичний перегляд та потребу в соціальній взаємодії та заспокоєнні.

Зростаючі емпіричні докази свідчать про те, що SVA може становити значну загрозу як психологічному, так і фізичному здоров'ю, а також повсякденному функціонуванню. На когнітивному рівні тривале занурення у фрагментовані потоки короткого відеоконтенту підриває обробку інформації, що призводить до порушення контролю уваги, виконавчого функціонування (особливо гальмівного контролю) та робочої пам'яті, до дефіциту уваги.

На рівні ментального здоров'я залежність від коротких відео послідовно пов'язана з депресивними та тривожними проявами, емоційним онімінням та дистресом, страхом щось пропустити чи синдромом втрачених можливостей (FOMO), неадекватною та нестабільною самооцінкою, порушенням сну, самоушкодженою поведінкою, емоційною дисрегуляцією та з іншими довгостроковими наслідками, які можуть змінити нейронне функціонування та погіршити загальне самопочуття. На рівні соціального функціонування ці когнітивні та афективні порушення в кінцевому підсумку проявляються в зниженні академічної успішності та відчутних життєвих труднощах [7, с.2].

Підлітки часто стикаються з такими видами душевного болю, як розгубленість та самозаперечення, або ж вони можуть відчувати брак впевненості в собі. У TikTok чи на інших платформах коротких відео вони отримують це відчуття досягнення, набираючи підписників та отримуючи лайки й коментарі, що набагато простіше, ніж набути впевненості в реальному житті. У випадку коротких відео джерелом залежності може бути незавершеність. Існує психологічний ефект, який називається ефектом Зейгарнік, згідно з яким незавершені завдання запам'ятовуються приблизно вдвічі краще, ніж завершені. У випадку перегляду коротких відеороликів зазвичай демонструють лише найцікавіші моменти історії, а не її повну версію. Так виникає незавершене завдання, яке особливо привертає увагу користувача.

Непередбачуваність – ще одне добре відоме джерело залежності від коротких відео. У відомому експерименті з оперантного обумовлення миша

Скіннера найчастіше натискала на важіль, коли ймовірність отримання харчової винагороди була цілком випадковою. Саме так і працюють додатки з короткими відео. Користувачі ніколи не знають, яке відео буде наступним, тому вони просто безпорадно продовжують прокручувати екран вниз. Це відбувається не через бажання переглянути цікаве відео, а через очікування, що наступне непередбачуване відео може виявитися цікавим [8, с. 153].

Підтримка задоволення є ключовим чинником тривалої залежності, яка також відома як стан «поток». Причина, чому залежність від коротких відео пов'язана з цим станом «поток», полягає в тому, що рівні складності та здібностей знаходяться в рівновазі (Рис.3).

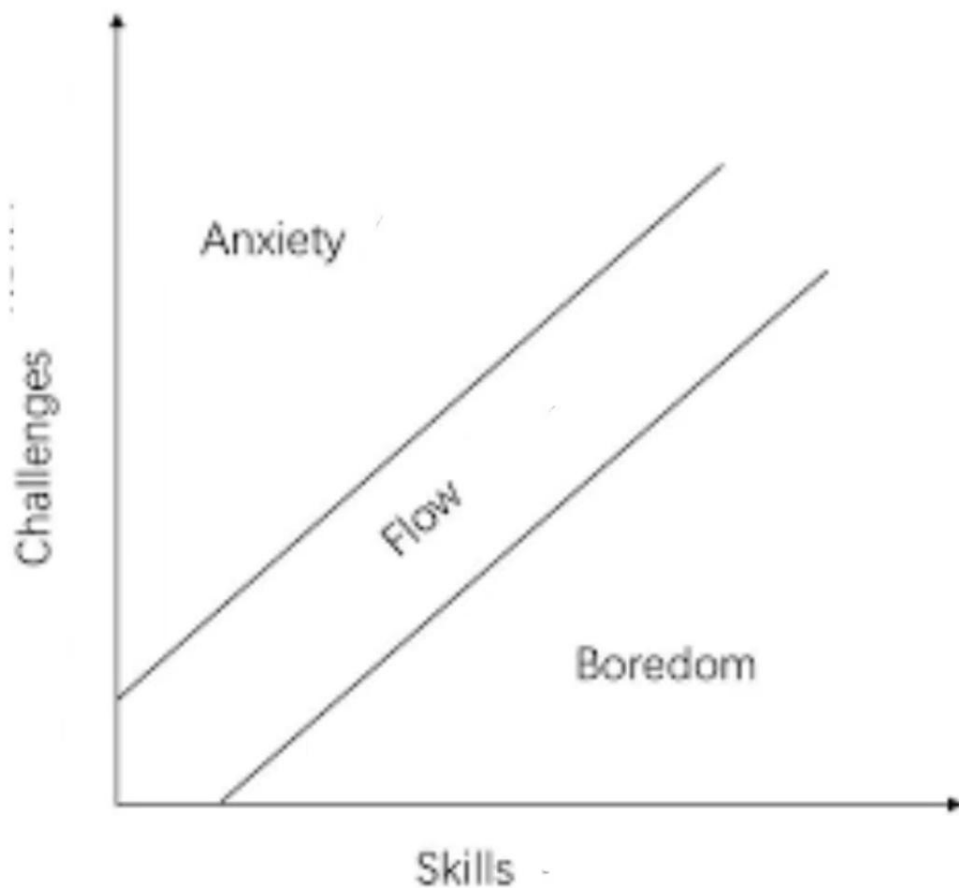


Рис. 3. Триканальна модель

Ця модель показує, що стану потоку можна досягти лише тоді, коли рівень складності приблизно дорівнює рівню навичок. Занадто високий рівень складності призведе до тривоги, а занадто високий рівень навичок — до нудьги.

У випадку з додатками для перегляду коротких відео зазвичай є функція, за допомогою якої користувачі можуть знімати та публікувати подібні відео, використовуючи попередні спецефекти. У цьому процесі часто досягається стан потоку, в якому виклики та навички знаходяться приблизно на одному рівні, оскільки конкретні інструкції та спецефекти ретельно розроблені платформами. Користувачі отримують задоволення щоразу, коли публікують такі відео та отримують вподобайки й коментарі. Тому підлітки мають особливу мотивацію і можуть проводити багато годин, переглядаючи та публікуючи відео [8,с.154].

Крім того, для кожного користувача формується індивідуальний інформаційний потік, заснований на його поведінці та вподобаннях. Платформи використовують такі методи, як колективне фільтрування, децентралізація та об'єднання потоків, щоб забезпечити доставку потрібної серії коротких відео саме тому користувачеві, якому вони призначені.

Що гірше, у цій системі, керованій алгоритмами, підлітки та молодь мають доступ лише до певних улюблених сфер, тому вони поступово занурюються в «інформаційний кокон», і це явище посилюється з часом. Користувачі, у свою чергу, схильні слідкувати за контентом та підписуватися на нього відповідно до того, що вони отримують, ще більше закріплюючи те, що пропонують платформи. У цьому випадку досягається стан позитивного зворотного зв'язку, і за деякий час користувачі все більше прив'язуються до платформи під впливом рекомендацій алгоритму.

Дизайн взаємодії платформ коротких відео також може сприяти узалежненню від них. Наприклад, у додатку Rednote користувачі можуть вибрати перегляд мініатюр 4 або 9 нотаток, що полегшує помітити щось цікаве одразу після відкриття. Іншим прикладом такого дизайну є «прокрутка», яка застосовується на більшості платформ коротких відео. Кнопка «відтворити» відсутня, тому інша відтворюється, щойно користувач прокручує екран вниз. Це ще більше економить зусилля користувача, а безперервне прокручування ускладнює відмову від перегляду коротких відео. Механізм мультимодальної

взаємодії (вподобайки, коментарі, поширення) може підвищити соціальну залученість та почуття приналежності, таке важливе для підлітків та молоді.

Дослідження свідчать, що залежність від коротких відео зумовлена двома процесами: накопиченням доказів та небажанням зазнавати втрат, які реалізуються за допомогою певних нейронних ланцюгів. Накопичення доказів схоже на комітет з голосування в мозку користувача. Під час перегляду коротких відео користувач стикається з двома варіантами вибору: прокрутити вниз або продовжувати перегляд. Однак мозок діє обережно. Він схильний збирати докази на користь обох варіантів. Небажання втрат — це когнітивне упередження, за якого психологічний біль від втрати вдвічі сильніший за задоволення від здобутку. У цьому контексті потенційна втрата гарного відео (прокрутка вбік) сприймається як щось більш неприємне, ніж виграш від переходу до наступного. Це створює сильний потяг продовжувати перегляд, якщо наступне відео є цікавим, що заважає користувачеві зупинитися.

Прилегле ядро (The Nucleus Accumbens) є центром системи винагороди мозку. Воно виділяє дофамін у відповідь на непередбачувані винагороди, наприклад, потенційні смішні відео. Вентральна тегментальна зона (VTA) є джерелом дофамінових нейронів, які сигналізують про прогнозування винагороди. Дорзолатеральна префронтальна кора (dlPFC) зазвичай відіграє вирішальну роль у виконавчому контролі, прийнятті рішень та процесі накопичення доказів. Але коли розвивається uzалежнення, контроль «зверху вниз» порушується, тому стає важче протистояти спонуканню продовжувати прокручувати екран. Водночас вентромедіальна префронтальна кора бере участь у присвоєнні суб'єктивної цінності винагородам. Її функція змінюється під час залежності, що може призвести до переоцінки миттєвих винагород, пов'язаних із тим, «чи буде наступне відео смішним чи ні», на шкоду деяким довгостроковим цілям, таким як здоровий сон. Крім того, острівкова кора бере участь у обробці неприємних емоцій, тому вона може активуватися через побоювання пропустити потенційно смішне відео, якщо припинити прокручувати. Взаємодія цих ділянок створює петлю залежності. Спочатку

нудьга або стрес викликають поведінку, що полягає у відкритті додатка. Завдяки очікуванню, яке стимулюють VTA та смугасте тіло, користувач потім переглядає відео та прокручує екран. Під час прокручування dlPFC швидко накопичує інформацію. Оскільки винагорода є випадковою, сплеск дофаміну у відповідь на це сильно підкріплює таку поведінку. Інсула підсилює страх пропустити наступну потенційну винагороду, перекриваючи сигнали «стоп» від префронтальної кори, спрямовані на досягнення цих довгострокових цілей. Тоді ослаблена dlPFC не може прийняти рішення припинити перегляд. Отже, з кожним повторенням така поведінка стає автоматичною та компульсивною, а зрештою перетворюється на звичку, і саме тому користувачі опиняються в пастці нескінченного циклу прокручування [8, с. 156].

Суб'єктивне благополуччя, як один з основних показників психічного здоров'я, стало центром академічної уваги через його нелінійний зв'язок з використанням коротких відео. Як нова медіаформа, короткі відео демонструють "двосічний ефект меча" на суб'єктивне благополуччя: алгоритмічний механізм рекомендацій, точно зіставляючи переваги користувача, може негайно покращити приємний досвід. Однак, виходячи з теорії соціального порівняння, тривалий вплив ідеалізованого віртуального контенту може викликати соціальні порівняння вгору, що призводить до самознецінення, тим самим формуючи порочне коло виснаження.

Згідно моделі афективно-когнітивної інтеграції суб'єктивне благополуччя складається з двох вимірів: афективної рівноваги та когнітивної оцінки. Дослідження продемонстрували сильний зв'язок між залежною поведінкою та зменшеним почуттям сенсу життя. Згубні наслідки SVA на підлітків є всеосяжними, що робить їх більш схильними до неприємних емоцій. У важких випадках це може призвести до стану, що характеризується розпливчастими життєвими цінностями та відсутністю життєвого смислу, відомого як "синдром пустоти". Життєві сенси, це суб'єктивний психологічний досвід, і емоційні стани відіграють вирішальну роль у формуванні цих сенсів. Приємні емоції

покращують сприйняття людиною сенсу життя. І навпаки, людям, які відчують негативні емоційні стани, важче віднайти смисли [3, с. 2].

Крім того, сенс життя тісно пов'язаний з суб'єктивним благополуччям. SVA може впливати на суб'єктивне благополуччя через вплив на сенс життя. Дослідники висувають гіпотезу, згідно якої емоційний стан та відчуття життєвого смислу відіграють ланцюгову посередницьку роль між залежністю від короткого відео та суб'єктивним благополуччям (Рис. 4).

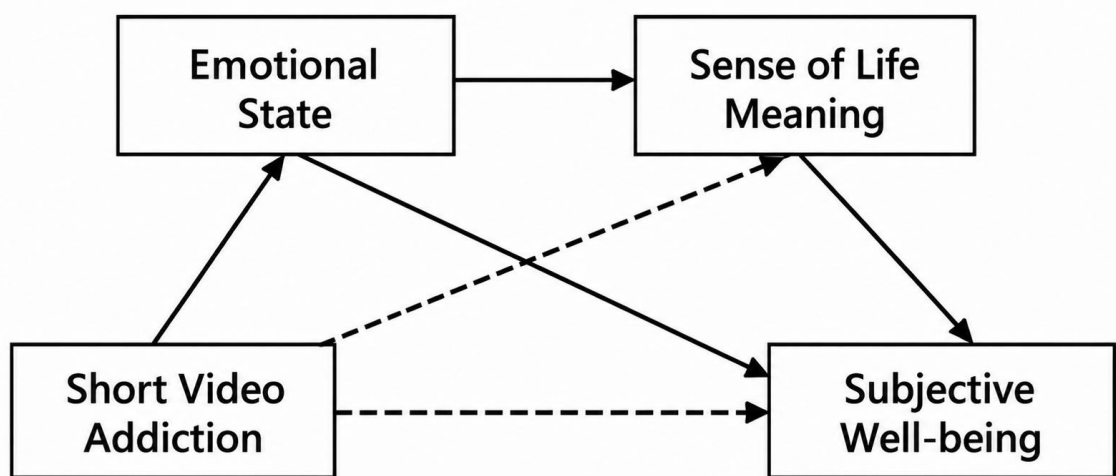


Рис. 4. Модель ланцюгової медіації

Згідно з теорією самовизначення, зростання підлітків вимагає задоволення основних психологічних потреб (потреби в автономії, в компетентності та реляційні потреби). Фізкультура та спорт - це саме ті види діяльності, які вибираються автономно, посилюють позитивні взаємодії з іншими, покращують власну компетентність та генерують почуття досягнення. Вказане сприяє розвитку конструктивних моделей поведінки, що зменшує ймовірність uzалежнення, в т. ч., і SVA [4, с. 9].

Висновки./Conclusions. Суспільство може використовувати короткі відеоплатформи, культивуючи цінність спорту та здорового способу життя, зокрема, для підлітків та молоді. Батьки повинні знати про ефект "емоційної заміни" коротких відео та надавати реальну емоційну підтримку, збільшуючи

взаємодію з дитиною та збагачуючи сімейну діяльність. Тоді в підлітків буде зменшуватися потреба надмірно покладатися на віртуальний контент для зменшення стресу.

Школам важливо інтегрувати освіту з медіаграмотності у свої навчальні програми, щоб допомагати учням визначати потенційні пастки в алгоритмічних рекомендаціях. Крім того, проекти з планування кар'єри могли би посилювати відчуття життєвих смислів, порушуючи порочне коло "узалежнення - емоційне виснаження". Школи можуть також напрацьовувати цікаві та креативні заняття з фізкультури, розвивати спортивну обізнаність, задовольняти почуття особистих досягнень.

На політичному рівні короткі відеоплатформи повинні оптимізувати "молодіжний режим", суворо обмежуючи тривалість використання однієї сесії та зменшуючи контент, який, ймовірно, спонукатиме соціальні порівняння вгору, тим самим знижуючи ризик узалежнення від джерела.

Адиктивна поведінка є сигналом про порушений баланс. Активність у цифровому просторі, як і багато інших видів діяльності, не є апріорі добрими чи поганими, але вони мають потенціал приносити як позитивні, так і негативні наслідки. Соціальна екологія передбачає, що екологічні підсистеми, такі як соціальне середовище, сімейне та шкільне середовище, стосунки з однолітками можуть як підсилювати, так і пом'якшувати ефекти кумулятивного екологічного ризику. Регулярне напрацювання відповідних системних стратегій, може сприяти превенції узалежнень від е-медіа, зокрема, та покращувати довгострокові траєкторії психічного здоров'я підлітків та молоді.

Заява щодо використання інструментів ШІ

Під час підготовки матеріалів доповіді був залучений ChatGPT від OpenAI був залучений для перекладу та редагування окремих малюнків.

Література

1. Кігічак-Борщевська А. Виклики сьогодення та сучасні різновиди адиктивної поведінки у підлітків та молоді. Біологічні, хімічні та екологічні загрози в умовах війни: колективна монографія / за заг. ред. В.В. Поповича, В.О. Сергієнко, Н.О. Іванченко. Львів: ЛДУБЖД, 2026. С. 193–208. URL: <https://doi.org/10.32447/bcet.2026.14>
2. Arthi Efcibha Mona, Veni Roshith, Rupa Peter, Payel Roy, Assif Hassan, M Devika & M Trishala (2026) Short video addiction and its impact on cognitive functioning in adolescents and youth: a systematic review, International Journal of Adolescence and Youth, 31:1, 2623337, DOI: 10.1080/02673843.2026.2623337
3. Huaqiang Liu, Huiting Li, Qing Wang, Zhensong Lan, Wenxue Gou, Short video addiction and subjective well-being in adolescents: A chained mediation model of emotional deterioration and loss of life meaning, Computers in Human Behavior Reports, Volume 20, 2025, 100852, ISSN 2451-9588, <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2025.100852>.
4. Jianfeng, H.; Xian, Z.; Zexiu, A. Effects of physical exercise on adolescent short video addiction: A moderated mediation model. Heliyon 2024, 10, e29466, <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e29466>.
5. Profilaktyka, diagnoza i terapia e-uzależnień wśród dzieci i młodzieży. Praktyczny podręcznik dla specjalistów pracy z dziećmi i ich rodzinami. Anna Wojtkowska, Agata Gąsiorowska (Fundacja Badań Społecznych, 2024). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri, 2024. www.LiberiLibri.pl. ISBN: 978-83-63487-69-0. DOI: 10.47943/lib.9788363487690
6. Rachelle Marie Chanmany Pastor, Fayette Nguyen Truax, Safiye Sahin, Janet Donnelly, Jan M Nick, Shanalee Tamares, Prevalence of Problematic Digital Media Use Among Young Adults: Protocol for a Systematic Review, JMIR Research Protocols, Volume 15, 2026, ISSN 1929-0748, <https://doi.org/10.2196/82245>.
7. Su H, Luo D, Wang H, Li X and He Y (2026) From attachment anxiety to short video addiction: the roles of attentional control and alexithymia. Front. Psychol. 17:1764536. doi: 10.3389/fpsyg.2026.1764536

8. Xiong, Yinze. (2025). The Short Video Addiction among Teenagers. Lecture Notes in Education Psychology and Public Media. 122. 152-157. DOI:[10.54254/2753-7048/2026.HT30270](https://doi.org/10.54254/2753-7048/2026.HT30270)
9. Social media demographics in 2026. <https://piktochart.com/blog/social-media-demographics-2025/>
10. Ads, algorithms, and adolescents. <https://lnk.ua/xkJU5GWV7>

Кучеренко А.П.,

Практичний психолог

Відновлювальний психологічний центр

«Абіліті»

dj.hang84@gmail.com

СТОСУНКОВІ ПОТРЕБИ УЗАЛЕЖНЕНИХ КЛІЄНТІВ

«Рани, завдані стосунками, можна зцілити лише в стосунках»

*Р. Ерскін, живий класик, засновник напрямку
інтегративної психотерапії з фокусом на стосунки.*

Вступ. Людині важливо належати до своєї референтної групи, відчувати безпеку, мати можливість отримати підтримку, бути почутою, зрозумілою та прийнятою. Саме через стосунки ми глибше пізнаємо себе, формуємо ідентичність та отримуємо шанс прожити й переосмислити власні психологічні труднощі. Стосунки стають тим простором, де людина росте, де її «дзеркалять», де виникають напруга, близькість, конфлікт, де активуються вразливі місця і стає видимим внутрішній світ таким, яким він є насправді.

Особливо значущими стосункові потреби є для uzалежнених і співузалежнених клієнтів, адже саме у тверезості та у взаємодії з іншими вони часто вперше стикаються зі своєю автентичністю, з різними частинами себе, які бояться бути відкинутими або, навпаки, надмірно поглинутими у стосунках. Це супроводжується стриманістю та труднощами у вираженні почуттів, невмінням просити про допомогу, а також недостатньою вірою у власну цінність і право бути собою поруч з іншою людиною.

Мета роботи - розглянути сутність міжособистісних стосунків та визначити, які саме реляційні потреби є критично важливими для узалежнених клієнтів на етапах реабілітації та постреабілітаційного відновлення.

У роботі також розглядається вплив ранніх фіксацій розвитку (нестача підтримки, порушена прив'язаність, емоційна ізоляція, порушені межі) на формування емоційного дефіциту та реляційних труднощів, який у дорослому житті проявляється у складнощах побудови стабільних і безпечних взаємин, зниженій самоцінності, труднощах у вираженні себе, невмінні просити про допомогу та схильності до деструктивних компенсаторних стратегій, зокрема адиктивної поведінки, уникання, контролю та імпульсивності.

Дослідимо, як у межах інтегративної психотерапії з фокусом на стосунках використовується модель восьми реляційних потреб Р. Ерскіна для розуміння міжособистісних процесів узалежнених клієнтів, а також визначимо, як ці потреби впливають на формування їхніх способів взаємодії з іншими.

Окремо підкреслюється значення стосунків як терапевтичного простору в межах процесу роботи з узалежненими клієнтами, що в умовах контрольованого реабілітаційного середовища сприяє відновленню їхньої здатності до близькості, формуванню довіри, витримуванию емоційного контакту та інтеграції автентичного досвіду «Я» у взаємодії з терапевтом та іншими людьми.

Так, це дослідження спрямоване на визначення ролі стосункових потреб як базового ресурсу психологічного відновлення та формування більш зрілих і адаптивних моделей взаємин з оточенням.

Основний виклад матеріалу. Розпочинаючи аналіз реляційних потреб узалежнених клієнтів, ми маємо звернутися до фундаментальної константи людської природи. Одним із найбільш постійних і природних проявів психічного розвитку людини є її безперервне прагнення до контакту з іншими. Це прагнення є настільки ж природним, як рух квітки до сонця. Це первинна потреба у стосунках, яка визначає життєдіяльність людського організму від народження і до останнього подиху.

У теорії потягів, запропонованих З. Фрейдом (1905), основна увага зосереджувалась на потребі немовляти в харчуванні як базовій умові виживання. Однак представники постфрейдистського напрямку, зокрема Мелані Кляйн (1932), наголошували, що первинною потребою немовляти є не лише фізичне задоволення, а передусім потреба у «близькості» та емоційному контакті з опікуном, як правило матір'ю. У цьому ж контексті Д. Віннікотт (1953), розвивав ідею «достатньо хорошої матері», підкреслюючи, що недостатня чутливість або нездатність опікуна адаптуватися до потреб дитини, як емоційних, так і фізичних, у подальшому може ускладнювати формування адаптивних механізмів і психологічну інтеграцію особистості.

У дитячому віці цей пошук контакту є вулицею з двостороннім рухом. Немовля реагує на якісний реляційний контакт проявами задоволення та комфорту, тоді як дорослий, своєю чергою, отримує емоційну винагороду у вигляді посмішки або міцного стискання крихітної долоні. Як переконливо доводять класичні дослідження теорії прив'язаності (Bowlby, 1969, 1973, 1980), міжособистісний контакт є базовим мотиваційним фактором людської поведінки. Прагнення до нього є вродженим і, за умови його екологічного задоволення, стає основою формування здорової психіки (Guntrip, 1971; Fairbairn, 1952).

Психоаналітичний та клінічний досвід (Spitz, 1954; Winnicott, 1965) свідчить про руйнівні наслідки дефіциту такого контакту: від фізіологічного згасання (відомого як маразм немовлят або синдром затримки розвитку) до непоправних деформацій самосприйняття. Психіка людини та її Я-концепція є продуктом стосунків, які оточують її з перших днів життя (Fraiberg, 1987; Stern, 1985, 1995). Дитина, яка зростає в умовах дефіцитарних взаємин, позбавлена можливості розвинути автентичне, адекватне відчуття власного "Я". Первинний контакт із тими, хто про нас піклується - це така ж вітальна (життєва) потреба, як їжа, вода чи безпечний дах над головою.

І саме тут, колеги, криється ключ до розуміння адиктології. Коли ця базова, вітальна потреба у безпечному контакті руйнується або залишається

незадоволеною в дитинстві, у психічній структурі особистості утворюється глибока реляційна травма. На етапах реабілітації та постреабілітаційного відновлення залежний клієнт постає перед нами як людина, яка намагалася заповнити цей хронічний дефіцит контакту через хімічну або поведінкову сурогатну взаємодію. Про те, які саме реляційні потреби є критичними для зміцнення цих клієнтів у процесі реабілітації, ми і поговоримо далі.

Засновник транзактного аналізу Ерік Берн (1961, 1964) стверджував, що потреба в організації часу є фундаментальною біологічною та психологічною закономірністю людського існування. Він окреслив її як «структурний голод», який базується на трьох базових мотиваційних драйвах: голоді за стимуляцією, визнанням та структуруванням. Надалі в межах психотерапевтичного дискурсу цей фокус змістився: так, Річард Ерскін (1998), засновник інтегративного підходу в психотерапії та один із провідних теоретиків реляційного транзакційного аналізу, висунув на перший план саме потребу у стосунках як головну детермінанту психічного благополуччя та терапевтичних змін.

У контексті адиктології цей ракурс є принциповим, оскільки саме інтерперсональні стосунки постають головним рушійним чинником, що мотивує та розвиває особистість, а їхній дефіцит закладає підґрунтя для залежної поведінки. Формування адиктивного профілю запускається тоді, коли первинні стосунки «підводять» індивіда: якщо дитина росте в деструктивній чи дефіцитарній атмосфері, де її базові реляційні потреби хронічно ігноруються, її психічний розвиток зазнає викривлень, що згодом маніфестує у формі поведінкових чи хімічних девіацій. Залежність у такому разі виступає як сурогатна спроба компенсувати відсутність безпечного контакту та структурувати час.

Завдяки моделі особистості у стосунках Річарда Ерскіна, ми маємо змогу чітко диференціювати, у яких саме точках клієнт перериває контакт із собою та соціумом задля захисту від травматичного досвіду. У узалежнених осіб таке хронічне переривання блокує доступ до автентичних почуттів та власної тілесності, спричиняючи глибоку емоційно-соматичну дезінтеграцію. За цих

умов предмет адикції (речовина, гра чи гаджет) стає для них «ідеальним об'єктом» передбачуваним псевдопартнером, який тамує біль і створює ілюзію контролю над незадоволеним реляційним голодом. Як наслідок, переносячи цей хронічний дефіцит у реальні інтерперсональні взаємини, узалежнені клієнти хоч і прагнуть близькості, проте через страх вразливості реалізують її не через здоровий контакт, а через дисфункційні стратегії тотального контролю, симбіотичного злиття або захисної втечі.

Прагнення до безпечної зв'язку є базовим для кожного з нас. Зокрема, у своїй праці «Методи інтегративної психотерапії» (1996) Р. Ерскін та Р. Траутманн описали вісім базових потреб у стосунках, які залишаються незмінними впродовж усього життя. Коли ці потреби хронічно не задовольняються, людина починає шукати компенсацію через психологічні ігри, маніпуляції або залежність, і тоді стосунки втрачають свою головну якість - автентичну близькість.

Вісім реляційних потреб включають: потребу у безпеці, визнання (цінність), прийняття значущим іншим, підтвердження досвіду, самовизначення, здійснення впливу, ініціативу від іншого та висловлення любові.

У практичній роботі з хімічно узалежненими клієнтами ми чітко бачимо, як хронічна фрустрація восьми реляційних потреб викривляє всю архітектуру їхньої особистості та міжособистісних взаємин. Хімічна залежність повністю нівелює та розмиває ідентичність, блокуючи базову потребу в афіліації - прагненні до зв'язку, належності до групи та побудові довірливих стосунків з іншими людьми. На основі клінічних спостережень можна описати, як фрустрація базових стосункових потреб узалежнених осіб набуває конкретних психологічних і поведінкових проявів.

Незадоволені стосункові потреби узалежнених клієнтів та їх клінічні прояви:

1. Потреба у захищеності в стосунках

Залежність руйнує відчуття безпеки та базової довіри. У стосунках домінують недовіра, приховування, емоційне відсторонення, постійний стан

тривоги та очікування осуду, відкидання чи агресії. За відсутності достатнього досвіду захищеності у стосунках психоактивна речовина починає виконувати функцію саморегуляції, тимчасово пом'якшуючи внутрішню тривогу та компенсуючи стан внутрішньої порожнечі, набуваючи значення сурогатного джерела безпеки.

2. Потреба у визнанні цінності

Хронічне ігнорування власних почуттів і потреб супроводжується соромом, самознеціненням, глибоким переживанням нікчемності та аутоагресією. Вживання може ставати деструктивною спробою змусити оточуючих помітити себе, а психоактивна речовина - заповнювати внутрішній вакуум, пов'язаний із дефіцитом визнання.

3. Потреба у прийнятті стабільним, надійним іншим

Відсутність досвіду надійної прив'язаності породжує страх покинутості, амбівалентність і нестабільність у стосунках. За браком базової довіри та опори на іншого залежна людина нерідко заміщує нестабільні людські стосунки «стабільними» стосунками з речовиною.

4. Потреба у спільності особистого досвіду

Порушується здатність інтегрувати власний досвід у взаємодії з іншими людьми. Виникає відчуття глибокої екзистенційної самотності, а світ сприймається як чужий і такий, що не здатний зрозуміти внутрішні переживання. Відчуття приналежності та «спільності» часто знаходиться лише серед інших споживачів.

5. Потреба у самовизначенні та самовираженні

Залежність поступово стирає індивідуальність і послаблює контакт із власним Я, думками, почуттями та потребами. Замість автентичності формується надмірна адаптація та підлаштування, необхідні для підтримання вживання. Незгода чи протест нерідко виражаються через зрив або повернення до речовини, а не через конструктивне відстоювання власної позиції.

6. Потреба впливати на іншого

Залежний клієнт часто переживає себе безсилим, неефективним і некомпетентним у стосунках. Вплив на інших здійснюється переважно через маніпуляції, контроль або непрямі способи взаємодії. Водночас психоактивна речовина може створювати ілюзію всемогутності, грандіозності та контролю.

7. Потреба в ініціативі від іншого

Досвід здорової зацікавленості та турботи часто є дефіцитарним. Натомість узалежнений переживає або покинутість, або надмірний контроль і рятівництво в контексті співузалежнених стосунків. Увага нерідко отримується переважно через негативні погляджування, а поряд із цим формується пасивне очікування, що інший сам здогадається про потреби та задовольнить їх.

8. Потреба проявляти любов і вдячність

Психоактивні речовини порушують здатність до емоційного контакту та автентичного вираження почуттів. Через страх відкидання, сором та алекситимію природні імпульси тепла, любові та вдячності блокуються. У результаті близькість стає або мінімальною, або травматизованою, або набуває співзалежного характеру.

Так, узалежнення можна розглядати не лише як порушення контролю над вживанням, а й як глибокий розлад задоволення базових стосункових потреб. У цьому контексті психотерапія часто стає першим місцем, де ці потреби можуть поступово задовольнятися у «тверезому» вигляді через досвід терапевтичного альянсу.

Терапевтичний альянс як простір нового стосункового досвіду

Узалежнення - це значною мірою хвороба ізоляції та порушеної прив'язаності. Клієнт із узалежненням від ПАР є «продуктом» своїх минулих дисфункційних взаємин, а його Життєвий Сценарій - це історія хронічного незадоволення базових потреб. Речовина з'явилася там, де люди не змогли дати безпеку, ставши штучним, ілюзорним заміномником людини. Саме тому руйнація, що відбулася в стосунках, може бути зцілена тільки в стосунках.

Головна ідея інтегративного підходу Річарда Ерскіна полягає в тому, що для зцілення травм клієнту необхідно перебувати в терапевтичному контакті з

іншим тим, хто здатний емоційно відгукнутися на його потреби та дати досвід, якого не було в дитинстві.

Кабінет психотерапевта або реабілітаційний простір стають тим «безпечним середовищем», де клієнт, можливо, вперше в житті отримує досвід того, що людський контакт може бути безпечнішим і більш ресурсним, ніж взаємодія з психоактивною речовиною.

Саме терапевтичні стосунки стають головним інструментом зцілення. У цьому безпечному середовищі узалежнений клієнт зустрічається з простором, вільним від психологічних ігор, маніпуляцій та звичних сценарних патернів. Спираючись на методи інтегративної психотерапії - налаштованість, залученість і дослідження, — терапевт працює в живому, прозорому контакті, не ховаючись за складною психологічною термінологією.

Легалізація вразливості (Задоволення потреби в захищеності): У звичайному житті узалежнений звик приховувати свій сором, провину та слабкість під маскою агресії, маніпуляцій або байдужості. У кабінеті терапевт не карає за правду, не критикує і не відвертається, коли клієнт транслює «непривабливі» почуття. Клієнт дізнається: *«Я можу бути слабким і справжнім, і мене не знищать за це»*.

Стабільність і кордони (Досвід «надійного іншого»): Узалежнені клієнти часто є майстрами перевірки кордонів (запізнення, порушення домовленостей, маніпуляції). Терапевт, який залишається стійким, доброзичливим, але чітким у дотриманні сетінгу (рамок терапії), дає клієнту надважливий досвід: *«Мій терапевт не руйнується від моїх проявів, не мститься мені й не зникає. Він надійний»*. Це альтернатива хаотичному або контролюючому дитинству.

Повернення суб'єктивності (Визнання цінності та впливу): У терапії думка клієнта має значення. Коли терапевт запитує: «Що ти зараз відчуваєш?», «Як тобі те, що я сказав?», клієнт уперше помічає, що його внутрішній світ комусь цікавий. Ба більше, якщо клієнт злиться на терапевта і каже про це, а терапевт приймає цю агресію та обговорює її - клієнт отримує досвід *безпечного*

вираження незгоди. Він розуміє, що може впливати на іншого без руйнування стосунків.

2. Реабілітаційний простір: досвід здорового мікросоціуму

Контрольоване реабілітаційне середовище розширює цей досвід до масштабів групи, долаючи хронічну ізоляцію залежної людини та задовольняючи її потребу в афіліації - прагненні бути прийнятою частиною спільноти. Спираючись на гуманістичні принципи Вірджинії Сатір, реабілітаційний мікросоціум створює умови для формування нових моделей взаємодії, у яких клієнт поступово вчиться довіряти, відкрито висловлювати свої потреби, приймати підтримку та будувати стосунки без маніпуляцій, надмірного контролю чи уникнення близькості.

Руйнування унікальності та ізоляції (Спільність особистого досвіду):

Узалежненому здається, що його біль і сором - ексклюзивні. На реабілітації, під час групової терапії, він чує історії інших: *«Я відчуваю те саме»*. Це моментально знижує рівень токсичного сорому. Виникає відчуття спільності: *«Я більше не один у своєму всесвіті»*.

Прийняття без умов (Ініціатива від іншого):

У спільноті клієнт стикається з тим, що терапевтична команда та група виявляють до нього інтерес, турботу та увагу не тому, що від нього щось потрібно (як це часто буває в кримінальному чи споживацькому середовищі ПАР), а просто через те, що він є частиною спільноти.

Взаємна відповідальність та конструктивний зворотний зв'язок: На реабілітації клієнт вчиться давати та екологічно приймати «віддзеркалення» від групи. Це досвід того, що критика може бути не спробою знищити чи принизити, а проявом турботи та бажанням допомогти змінитися.

Простір для формування нових способів взаємодії: У безпечному середовищі реабілітації клієнти вчаться відкрито висловлювати вдячність, підтримувати інших, приймати підтримку та розвивати довіру в міжособистісних стосунках, поступово замінюючи звичні деструктивні моделі взаємодії більш здоровими.

Постреабілітація, одужання стосунками: Коли після реабілітації узалежнений клієнт не вміє екологічно задовольняти свої реляційні потреби, виникає гострий емоційний дефіцит, який відчувається як постійні сумніви, самотність, тривога чи агресія. Якщо в цей момент співзалежні родичі продовжують діяти за старими паттернами - контролюють кожен крок, фокусуються лише на тривозі за зрив і «рятують» замість того, щоб помічати реальні почуття людини, - виникає ідеальний шторм, який часто штовхає клієнта назад в адиктивну ізоляцію. Натомість у здоровому варіанті, коли вплив співзалежності мінімізовано, одужуючий клієнт бере відповідальність за свій внутрішній стан на себе та інвестує у власну самоцінність. Завдяки цьому він стає здатним відкрито заявляти про свої бажання, витримувати емоційну напругу без втечі в речовину, чути партнера та формувати стабільні й безпечні взаємини, де близькість будується на довірі, а не на контролі чи компенсації дефіцитів.

Висновок. Передусім варто пам'ятати, що одужання від узалежнення - це не лише відмова від психоактивної речовини, а й поступове відновлення здатності бути у стосунках із собою та іншими. Саме незадоволені реляційні потреби нерідко стають тим ґрунтом, на якому формується адиктивна поведінка, а їхнє поступове задоволення, важливим чинником стійкої ремісії. Терапевтичний альянс і реабілітаційне середовище створюють умови для отримання нового досвіду безпеки, довіри, прийняття та взаємної поваги. Завдяки цьому людина поступово відмовляється від сурогатних способів регуляції та набуває здатності будувати зрілі, автентичні й відповідальні стосунки. Саме тому якість людського контакту можна розглядати не лише як ресурс психологічного відновлення, а й як одну з найважливіших умов профілактики рецидиву та повернення до повноцінного життя.

***Заява.** Хочу поділитися сучасним психодіагностичним інструментом - **Шкалою задоволення стосункових потреб (U-RNS Scale)**, яка вже адаптована та валідизована в Україні. Методика дозволяє оцінити рівень задоволення ключових стосункових потреб і може бути корисною як у психотерапевтичній практиці, так і в дослідницькій роботі.*

Ознайомитися з методикою та пройти опитувальник можна за посиланням: <https://tally.so/r/ZjZ2bv>

Список використаних джерел

1. Ерскін Р. Г., Морсунд Д. П., Траутман Р. Л. *Поза межами емпатії: Терапія контакту-в-стосунках*. Київ : Науковий світ, 2019. 340 с. (Оригінал: *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*, 1999).
2. Erskine R. G. *Psychological Function, Relational Needs, and Transferential Resolution: Psychotherapy of an Obsession*. *Transactional Analysis Journal*. 1998. Vol. 28, No. 1. P. 46–52.
3. Теорія мотивації: реляційні потреби (за матеріалами праць Р. Ерскіна). Український інститут інтегративної психотерапії та гуманітарних досліджень (УІПІГД). URL: <https://itaipinstitute.com.ua/teoriya-motivatsii/> (дата звернення: 01.07.2026).
4. Боулбі Дж. *Створення і руйнування емоційних зв'язків*. Магістеріум, 2004. 232 с.
5. OpenAI. *ChatGPT (модель GPT-5.5)* [велика мовна модель]. Використано для редакційного опрацювання окремих фрагментів тексту (стилістичне редагування та мовне оформлення). URL: <https://chatgpt.com> (дата звернення: 02.07.2026).

Максим О. В.

науковий співробітник лабораторії
соціально дезадаптованої особистості

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України,

maksiola@gmail.com

ORCID 0000-0002-9869-1684

ПРОФІЛАКТИКА ЦИФРОВИХ АДИКЦІЙ ПІДЛІТКІВ ЧЕРЕЗ РОЗВИТОК ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ТА СМИСЛІВ

У сучасному суспільстві цифрові технології стали невід'ємною складовою життя підлітків. Соціальні мережі, онлайн-ігри, відеоплатформи та месенджери забезпечують можливості для комунікації, навчання та дозвілля. Водночас неконтрольоване використання цифрових ресурсів може сприяти формуванню цифрових адикцій, які негативно впливають на психічне здоров'я, соціальну адаптацію та особистісний розвиток підлітків. За даними сучасних досліджень, проблемне використання Інтернету (Problematic Internet Use) та цифрові адикції розглядаються як різновид поведінкових залежностей, що характеризуються втратою контролю над використанням цифрових технологій, домінуванням онлайн-активності над іншими сферами життя та негативними соціальними, емоційними й академічними наслідками. Однією з найбільш відомих концепцій є модель інтернет-залежності, запропонована Kimberly Young, яка стала основою подальших досліджень цифрових адикцій серед дітей та підлітків. Проблема цифрової залежності особливо загострилася в умовах війни. Постійний стрес, переживання за власну безпеку та майбутнє, дистанційне навчання, вимушене переселення та обмеження безпосереднього спілкування сприяють збільшенню часу перебування молоді у віртуальному просторі. Для багатьох підлітків цифрове середовище стає способом втечі від складної реальності, що поступово може призводити до розвитку залежної поведінки. У сучасній психології дедалі

більше уваги приділяється не лише поведінковим проявам цифрової залежності, а й особистісним ресурсам її профілактики. Зокрема, дослідження демонструють, що сформованість життєвих перспектив, наявність позитивного образу майбутнього, розвинена смисложиттєва сфера та високий рівень соціальної підтримки виступають захисними чинниками щодо розвитку інтернет-залежності. Підлітки, які мають чіткі життєві цілі та бачення власного майбутнього, значно рідше демонструють симптоми проблемного використання цифрових технологій.

Наукові дослідження свідчать, що цифрові адикції мають спільні психологічні механізми з іншими формами девіантної поведінки. Серед чинників ризику виділяють низький рівень самоконтролю, труднощі самореалізації, недостатню сформованість моральних переконань, емоційну нестійкість, дефіцит позитивних соціальних зв'язків та смисложиттєву дезорієнтацію. Відсутність чітких життєвих орієнтирів нерідко спонукає підлітка шукати швидкі способи отримання позитивних емоцій та психологічного комфорту у віртуальному просторі.

Особливого значення набуває розвиток ціннісних орієнтацій як психологічного механізму профілактики цифрових адикцій. Цінності виступають внутрішніми регуляторами поведінки, визначають спрямованість особистості та впливають на вибір життєвих стратегій. Саме в підлітковому віці відбувається активне формування системи цінностей, світогляду та життєвих смислів, які надалі визначають особливості поведінки людини. Теоретичне підґрунтя такого підходу становить концепція базових людських цінностей Shalom Schwartz, відповідно до якої саме система цінностей визначає мотивацію поведінки, життєві пріоритети та вибір способів задоволення потреб. Дослідження свідчать, що переважання цінностей гедонізму, орієнтації на миттєве задоволення та слабка вираженість цінностей самотрансценденції й відповідальності пов'язані з вищими показниками інтернет-залежності серед підлітків.

У результаті проведеного нами теоретичного аналізу встановлено, що сформованість таких цінностей, як сім'я, здоров'я, саморозвиток, відповідальність, громадянська активність, духовність та соціальна взаємодопомога, сприяє зниженню ризику виникнення цифрових адикцій. Підлітки, які мають усвідомлені життєві цілі та позитивне бачення майбутнього, демонструють вищий рівень психологічної стійкості та меншу схильність до залежної поведінки. Аналогічні результати отримані у низці зарубіжних досліджень, де встановлено, що підлітки з вираженою інтернет-залежністю частіше демонструють домінування гедоністичних цінностей, нижчий рівень смисложиттєвих орієнтацій та менш виражену здатність до довгострокового планування. Водночас розвиток просоціальних цінностей, відповідальності та орієнтації на майбутнє виступає вагомим психологічним ресурсом профілактики цифрових адикцій.

В умовах війни особливої актуальності набуває формування цінностей патріотизму, взаємопідтримки, відповідальності за власне життя та майбутнє країни. Саме такі цінності допомагають підліткам усвідомити власну значущість, знайти конструктивні способи самореалізації та зберігати психологічну стійкість у кризових обставинах.

Важливим напрямом профілактичної роботи є реалізація корекційно-розвивальних програм, спрямованих на розвиток ціннісно-смислової сфери особистості. Ефективними є вправи на самопізнання, визначення життєвих пріоритетів, побудову образу майбутнього, розвиток навичок рефлексії та саморегуляції. Доцільним також є залучення підлітків до волонтерської діяльності, соціальних проєктів, творчої та спортивної активності, що забезпечує можливості для задоволення потреб у спілкуванні, визнанні та самоствердженні поза межами цифрового середовища.

Перспективним напрямом профілактики цифрових адикцій є впровадження програм розвитку ціннісних орієнтацій у закладах освіти. Такі програми можуть бути спрямовані на формування когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів ціннісно-смилових настановлень, що забезпечує

комплексний вплив на особистість підлітка та сприяє попередженню різних форм девіантної поведінки.

Отже, розвиток життєвих цінностей та смислів є важливим психологічним ресурсом профілактики цифрових адикцій серед підлітків. Формування ціннісно-смислової сфери особистості сприяє підвищенню рівня саморегуляції, життєстійкості та соціальної відповідальності, забезпечуючи конструктивну адаптацію молоді до викликів сучасного цифрового суспільства та умов воєнного часу.

Список використаних джерел

1. Бех І. Д. Особистість на шляху до духовних цінностей : монографія. Київ : Чернівці, 2018. 320 с.
2. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ : КММ, 2018. 240 с.
3. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Київ : Основи, 2022. 160 с.
4. Максим О. В. Розвиток ціннісних орієнтацій як психологічний механізм корекції осіб із девіантною поведінкою в умовах війни та післявоєнного відновлення країни . Матеріали науково-практичних конференцій. 2025–2026.
5. Young K. S. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior*. 1998. Vol. 1(3). P. 237–244.
6. Griffiths M. D. Internet Addiction: Fact or Fiction? *The Psychologist*. 1999. Vol. 12(5). P. 246–250.
7. Frankl V. E. *Man's Search for Meaning*. Boston : Beacon Press, 2006.
8. Schwartz S. H. An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*. 2012. Vol. 2(1).
9. Lindenberg K., Kindt S., Szász-Janocha C. *Internet Addiction in Adolescents: The PROTECT Program for Evidence-Based Prevention and Treatment*. Cham : Springer, 2020.
10. Young K. S., de Abreu C. N. (Eds.). *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. Hoboken : Wiley, 2011.

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

АЛГОРИТМ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Анотація. Розглянуто умови соціальної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою. Показано, що умовою соціальної реабілітації є інтеграція медичних та соціальних аспектів, підкреслено значення сімейного середовища та соціальної підтримки. На основі багаторічного досвіду роботи авторів, що була спрямована на ресоціалізацію осіб з адиктивною поведінкою, представлено зміст та алгоритм зазначеної діяльності, зокрема залучення мікросоціального середовища; інформаційна насиченість; робота в парадигмі біхевіорального

підходу; сприяння особистісному зростанню та пошуку шляхів самореалізації; формування сприятливого мікросоціального середовища.

Ключові слова: адиктивна поведінка, ресоціалізація, мікросоціальне середовище, самореалізація.

Вступ. Основною умовою соціальної реабілітації є прагнення самої людини до змін у своєму характері та своєму житті. Складність, а той неможливість направлення адиктів на реабілітацію зумовлена тим, що самі вони не усвідомлюють необхідності змінити своє життя, й взагалі не визнають наявності у себе узалежнення. Це пояснюється феноменом анозогнозії. Іноді, замість терміну анозогнозія часто використовується термін заперечення. Термін «заперечення» не зовсім точний, так як в ньому вже закладені сенси 1) виключно когнітивного компонента; 2) дискретності – заперечення або є, або немає; 3) приписування відповідальності за заперечення свідомості клієнта. В той же час термін анозогнозія є набагато ширшим, що включає когнітивні, афективні і поведінкові компоненти: адиктивна анозогнозія – це спотворення усвідомлення проблем вживання, ціннісно-емоційного ставлення до них, намірів та дій по вирішенню цих проблем.

Отже, ресоціалізація осіб з адиктивною поведінкою здебільшого потребує соціального втручання.

У сучасних дослідженнях українських вчених [1, 2, 3] представлено аналіз психологічних механізмів ресоціалізації наркозалежних осіб, з акцентом на відновленні внутрішніх ресурсів і формуванні позитивної «Я-концепції». Підкреслено значення сімейного середовища та соціальної мережі у стабілізації результатів реабілітації [2]. О. Карпенко розглядає соціальну реабілітацію як процес відновлення соціального статусу, трудової активності та міжособистісних зв'язків. Особливу увагу приділено міждисциплінарній взаємодії — соціальних працівників, психологів, медиків і волонтерських організацій. Запропоновано модель соціальної підтримки, що поєднує індивідуальну та групову роботу, профілактику рецидивів і розвиток життєвих навичок [1].

Міжнародні практики ресоціалізації [4,5,8] також наголошують на інтеграції медичних і соціальних програм. Особливу увагу приділено ролі працевлаштування, соціальної підтримки та міжсекторальної співпраці у формуванні стійкої ремісії. Разом з цим, інші автори [6,7] розглядають адиктивну поведінку як порушення системи прив'язаності. J.P. Ramos з колегами пропонують поєднання психодинамічної терапії з нейрофідбеком (EEG) для відновлення емоційної регуляції та соціальної інтеграції пацієнтів [6].

Проте, в сучасних дослідженнях, що висвітлюють проблему ресоціалізації осіб з адиктивною поведінкою не представлено чіткого алгоритму цієї роботи.

Метою нашої роботи є визначення алгоритму, тобто змісту та послідовності заходів, що спрямовані на ресоціалізацію осіб з адиктивною поведінкою.

Основний виклад матеріалу. Відомо, що адиктивна поведінка включає узалежнення від різних психотропних речовин, а також від азартних ігор, комп'ютера, соціальних мереж тощо. Проте психологічна сутність і соціальні наслідки, зокрема, вплив на життя сім'ї, є однаковими. Крім того, в наших реаліях найпоширенішим є алкоголізм, отже, як приклад, ми розглядатимемо саме таку сім'ю, де є проблема узалежнення від алкоголю.

Усі сім'ї, де є узалежнення від алкоголю чи інші адикції, є дисфункційними. Незважаючи на зовнішні відмінності життя такої сім'ї (матеріальний рівень життя й освітній рівень подружжя, їхній соціальний статус, події та обставини), сутність того, що відбувається, одна й та сама. У цих сім'ях постійно присутні напруженість, тривога, відчуття хаосу і непередбаченості, душевний біль.

Алкоголь по суті стає центром сім'ї, навколо якого зосереджені всі думки, почуття, дії та вчинки решти членів сім'ї. Незважаючи на те, що в сім'ї п'є лише один із батьків, алкоголізм є сімейною хворобою. Це можна пояснити тим, що поведінка алкоголіка настільки деформує стосунки, так впливає на емоційний клімат сім'ї, що хворими стають і всі близькі люди, які живуть із ним під одним дахом, турбуються про нього й люблять його.

Найрозповсюдженішим у нас є такий тип сімей, узалежнених від алкоголю, де зловживає спиртним чоловік, а дружина намагається його врятувати, повернути на правильний шлях. Таку сім'ю варто називати узалежненою від алкоголю, оскільки дружина в такій сім'ї постає співузалежненою від алкоголізму чоловіка, і саме це є причиною її хворобливої прив'язаності до нього, саме це спонукає дружину терпляче ставитись до образ, принижень, побоїв та інших видів насильства з боку чоловіка.

Сучасний рівень знань стосовно методів подолання адикцій зумовлює необхідність усвідомлення різних аспектів проблеми алкоголізму в сім'ї й ролі феномену співузалежнення в існуванні цього явища.

Співузалежнення – це особистісне новоутворення, що розвивається у дружин (матерів або інших близьких людей) адиктів і полягає в ідентифікації з ним своєї особистості, невротичній прихильності та повному зосередженні на вирішенні його проблем. Співузалежнення виникає внаслідок довготривалої ситуації стресу та сконцентрованості на проблемах чоловіка, аж до самозречення. Стосунки ці дисгармонійні, руйнівні для обох, але водночас подружжя не може припинити ці стосунки.

Так, якщо в сім'ї один із подружжя хворіє на алкоголізм, то другий також хворий – на співузалежнення. В іноземній літературі цей термін так і називається – коалкоголізм. Схожість алкоголізму та співузалежнення виявляється в тому, що і те, і інше є хворобливим станом. Співузалежнення, як і узалежнення від алкоголю, призводить до деградації морального обличчя людини, до порушень емоційної, психічної та соматичної сфер. Як при алкоголізмі, так і при співузалежненні відмічається анозогнозія: чоловік не бажає визнавати себе алкоголіком; його дружина нездатна визнати, що її поведінка є співузалежненням і ускладнює дисфункцію сім'ї.

Отже, реалізація першого кроку алгоритму – залучення мікросоціального середовища тут полягає у тому, що психолог починає психокорекційну роботу в алкогольній сім'ї з подолання співузалежнення у дружин та інших близьких людей.

Другий крок – інформаційна насиченість. Процес усвідомлення дружиною свого співузалежнення від алкоголізму чоловіка доцільно розпочати з інформування про ознаки цього явища. Для того, щоб знайти в собі сили відмовитися від звичного стилю поведінки та переживань, по-новому подивитися на ситуацію та свої почуття, жінці потрібна допомога ззовні. Отримати допомогу кваліфікованих психологів у нас можуть поки що дуже небагато людей. Проте зараз існує в Україні така форма самодопомоги, яка є вже в багатьох країнах – рух Ал-Анон. Діяльність Ал-Анон заснована на тих самих принципах (програма 12 кроків), що і АА (спілка Анонімних Алкоголіків). Групи самодопомоги Ал-Анон виникли як природне продовження АА.

Участь в груповій психотерапії допомагає знизити загальний рівень невротизації жінок. В атмосфері довір'я при обговоренні емоційно значущих проблем, в групі дружин досягається емоційне реагування, розуміння схожості ситуацій. Взаємопідтримка і співпереживання знижують афективну напруженість.

Терапія співузалежнення спрямована на підвищення рівня рефлексії, а отже послаблення симбіотичного емоційного зв'язку з алкоголіком. Співузалежнена дружина поступово починає аналізувати свою поведінку, намагаючись бути об'єктивною, ніби дивлячись на себе зі сторони. Замість невизначеності, панічної тривоги та відчуття своєї безпорадної залежності від стану чоловіка (п'яний чи тверезий?) жінка починає думати про те, що вона сама повинна робити, тобто вона сама володіє своєю поведінкою.

Визнавши той факт, що чоловік хворий, жінка здатна розуміти безглуздість своїх спроб контролювати чоловіка. Припинивши контролювати пияцтво чоловіка, дружина знімає з себе і відповідальність за наслідки його поведінки. Сутність цього кроку в тому, щоб припинити ставитися до чоловіка як до дитини, яка не здатна сама відповідати за свої вчинки. Алкоголік залежить від спиртного більше, ніж від самого себе.

Зважаючи на вище зазначене, роботу з алкоголіком слід будувати в парадигмі біхевіорального підходу. Це буде третій крок алгоритму. Не слід

завжди приходити на допомогу алкоголіку. Дозвольте йому самому нести відповідальність за наслідки свого пияцтва. Дайте алкоголіку прокинутися в такому вигляді, в якому він прийшов. Не слід приховувати правду від рідних і близьких. Найкраще все зробити явним, назвати речі своїми іменами.

Звісно, все це болісно і страшно. Чоловіка можуть звільнити з роботи, у нього виникне багато прикростей, ваші стосунки погіршаться – все це призведе до кризового стану. Емоційне навантаження від переживання кризи дуже велике, негативне. Проте, без цього неможливо відродження особистості алкоголіка і його подальший рух на шляху до самореалізації.

У ході розвитку багатьох серйозних хвороб є переломний момент – криза. Коли цей момент настає, людина знаходиться між життям та смертю. Пережити кризу – значить зробити перший крок на шляху до одужання.

Важливим завданням в ресоціалізації осіб з адитивною поведінкою є створення ситуації, що допоможе алкоголіку якомога раніше усвідомити, що він падає до прірви. Це і є справжня допомога, яку можуть надати рідні та друзі алкоголіка. Тому дуже важливо зрозуміти наступне:

- 1) кризу неможна ні стримувати, ані згладжувати;
- 2) кризу можна наблизити, прискорити.

Після того, як співзалежна дружина усвідомить, що її поведінка фактично сприяє продовженню негативної ситуації в сім'ї, фахівець пропонує припинити це шляхом застосування техніки кризової інтервенції – це спеціально підготована серйозна розмова, що має на меті показати алкоголіку всю небезпечність ситуації, яка склалася. У процесі цієї розмови відбувається пред'явлення алкоголіку інформації про наслідки його пияцтва, щоб найгостріше та виразніше зіштовхнути алкоголіка з цією концентрацією фактів.

Результатом кризової інтервенції є усвідомлення алкоголіком того факту, що він хворий. Тут дуже важливо точно вирішити питання про те, де лікуватиметься алкоголік. Виходячи з того, що алкоголізм – це хвороба, яку неможливо вилікувати, треба зробити все, щоб це зупинити. Умовою нормального життя алкоголіка є повна відмова від вживання алкоголю. Є два

варіанта зупинити адикцію: лікування, засноване на остраху, і лікування, в основі якого полягає робота над собою.

Лікування, засноване на остраху, припускає наявність «табу»: ліки (антабус, тетурам тощо), кодування, імплантація під шкіру ампули – всі ці методи виражають стратегію насильства в боротьбі з алкоголем. В цьому випадку людину позбавляють суб'єкності, оскільки абстиненція є заслугою «табу», а не самої людини. Страх і насильство можуть утримати людину перед чимось. Але вони не дають відповіді на питання «для чого?» Якщо сенсом життя була випивка, а тепер її немає, то чим заповнити пустоту, що утворилася? В цьому недосконалість методів, заснованих на остраху. Тому четвертий крок алгоритму, – сприяння реабілітанту в роботі над собою для формування особистісної зрілості та допомога у пошуку шляхів самореалізації.

Методи, в основі яких полягає робота над собою, відображають позитивну стратегію. Позитивна стратегія дає відповідь на запитання «нащо потрібне тверезе життя?» Мета цієї стратегії – допомогти людині знайти сенс свого життя, усвідомити, куди і нащо їй іти далі; навчитися протистояти своїй тривозі, гніву, нудьги; навчитися знімати психічну напруженість без алкоголю та інших психотропних речовин.

Розглянемо завдання п'ятого кроку – формування сприятливого мікросоціального середовища. Слід урахувати, що після того, як чоловік припинить зловживати алкоголем, у сім'ї актуалізуються інші конфлікти (рольові, сексуальні), які посилюються емоційно-афективними порушеннями в чоловіка, що притаманні стану ремісії. Тому слід підготувати дружину й дітей до того, що після лікування голови родини від алкоголізму, їхнє життя тимчасово може стати ще важчим.

Завдання роботи з сім'єю на цьому етапі полягають у:

- 1) навчанні жінок ненав'язливому контролю та підтримуючій терапії чоловіка;
- 2) навчанні жінок розпізнаванню ознак розгальмованості потягу до алкоголю, послабленню установки на тверезість;

- 3) навчанні жінок розпізнаванню афективних порушень, які вимагають негайної медичної допомоги;
- 4) своєчасній допомозі подружжю у вирішенні їхніх поточних конфліктів.

Висновки. Визначено алгоритм, тобто зміст та послідовність заходів, що спрямовані на ресоціалізацію осіб з адиктивною поведінкою.

1. Реалізація першого кроку алгоритму – залучення мікросоціального середовища полягає у тому, що психолог починає психокорекційну роботу в сім'ї з подолання співзуалежнення у дружин та інших близьких людей особи з адиктивною поведінкою.

2. Другий крок – інформаційна насиченість. Процес усвідомлення дружиною свого співзуалежнення від алкоголізму чоловіка доцільно розпочати з інформування про ознаки цього явища.

3. Третій крок – робота в парадигмі біхевіорального підходу. Не слід завжди приходити на допомогу алкоголіку, потрібно дати йому самому нести відповідальність за наслідки свого пияцтва.

4. Четвертий крок - сприяння особистісному зростанню та пошуку шляхів самореалізації полягає в тому, щоб допомогти людині знайти сенс свого життя, усвідомити, куди і нащо їй іти далі; навчитися протистояти своїй тривозі, гніву, нудьги; навчитися знімати психічну напруженість без алкоголю та інших психотропних речовин.

5. Крок п'ятий: формування сприятливого мікросоціального середовища. Слід урахувати, що після того, як чоловік припинить зловживати алкоголем, у сім'ї актуалізуються інші конфлікти (рольові, сексуальні тощо), які посилюються емоційно-афективними порушеннями в чоловіка, що притаманні стану ремісії. Тому слід підготувати дружину й дітей до того, що після лікування голови родини від алкоголізму, їхнє життя тимчасово може стати ще важчим. Представлено завдання роботи з сім'єю на цьому етапі.

Література:

1. Карпенко О. Карпенко О. Соціальна робота з особами, залежними від психоактивних речовин : монографія. Київ : Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2018. 320 с.
2. Кузьменко О. Кузьменко О. Психологічна реабілітація та ресоціалізація наркозалежних. Психологічний журнал. 2021. № 2. С. 45–53.
3. Максимова Н.Ю., Красілова Ю.М. Максимова Н.Ю., Красілова Ю.М. Терапевтичний простір як технологія соціальної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою. Habitus. 2022. № 44. С. 210–217.
4. Best D. Best D. Addiction Recovery: A Movement for Personal Change and Social Growth in the UK. Brighton : Pavilion Publishing, 2012. 210 p.
5. Molina-Fernández A.J. Molina-Fernández A.J. Substance use recovery: Global health perspectives and experiences. Global Health and Education Studies. 2024. Vol. 3(2). DOI: 10.36922/ghes.3243.
6. Ramos J.P., Silva M., Costa R. Ramos J.P., Silva M., Costa R. Socioenvironmental Factors in Recovery of People with Substance Use Disorders: A Comprehensive Scoping Review. Journal of Drug Issues. 2026. Vol. 56(1). P. 45–67. DOI: 10.1177/00914509261416129.
7. Unterrainer H.-F. Unterrainer H.-F. Addiction, attachment, and the brain: a focused review of empirical findings and future directions. Frontiers in Human Neuroscience. 2025. Vol. 19. DOI: 10.3389/fnhum.2025.1625880.
8. van der Eijk Y., Uusitalo S. van der Eijk Y., Uusitalo S. Towards a Sociorelational Approach to Conceptualizing and Managing Addiction. Public Health Ethics. 2016. Vol. 9(3). P. 272–282. DOI: 10.1093/phe/phw013.

Михайлів С.В.,

Доктор філософії з психології (Ph.d.),

керівниця Українського інституту психотерапії uzалеjnenb

svitlo1504@gmail.com

ЕКЗИСТЕНЦІЙНА КРИЗА НА ТРИВАЛИХ ТЕРМІНАХ ТВЕРЕЗОСТІ

Анотація. У доповіді розглянуто екзистенційну кризу, що може виникати на тривалих термінах тверезості. Висвітлено психологічні передумови та прояви цієї кризи, а також визначено завдання психотерапії на відповідному етапі відновлення.

Ключові слова: екзистенційна криза, тривала тверезість, відновлення після залежності, психотерапія.

Existential crisis in long-term sobriety. Abstract. The conference paper examines an existential crisis that may arise during long-term sobriety. It addresses the psychological preconditions and manifestations of this crisis and defines the tasks of psychotherapy at this stage of recovery.

Keywords: existential crisis, long-term sobriety, addiction recovery, psychotherapy.

Вступ. Проблема залежності від психоактивних речовин не вичерпується періодом активного вживання та не завершується після досягнення стійкого утримання. Одужання має тривалий характер і охоплює поступове відновлення психологічного стану, соціального функціонування, міжособистісних зв'язків та здатності людини самостійно організовувати власне життя. У сучасному науковому розумінні тверезість становить необхідну складову цього процесу, проте не може бути його єдиним критерієм. Тривала відсутність уживання засвідчує стабільність поведінкових змін, але не дає вичерпної інформації про внутрішній стан особистості, її задоволеність життям, систему цінностей і

бачення майбутнього. Одужання розглядається як багатовимірний процес, що виходить за межі утримання та передбачає зміни у ставленні до себе, інших людей і власного життєвого досвіду [5, с. 172–173].

На початкових етапах тверезості зусилля людини переважно спрямовані на припинення вживання, стабілізацію стану та відновлення порушених сфер життя. За цих обставин сама тверезість може набувати значення зрозумілої та конкретної мети, яка організовує повсякденну активність і визначає найближчу перспективу. Однак із плином часу змінюються не лише життєві обставини, а й психологічні завдання одужання. Те, що раніше забезпечувало спрямованість і підтримувало внутрішню мобілізацію, поступово стає звичною частиною життя. Перед людиною постає необхідність визначити, чим наповнювати подальше існування, якщо боротьба із залежністю вже не посідає в ньому центрального місця. У цей період можуть актуалізуватися питання, які раніше залишалися відкладеними або перекривалися першочерговими завданнями реабілітації.

Зовнішня стабільність, соціальна адаптованість і багаторічне утримання не завжди супроводжуються відчуттям внутрішньої цілісності та осмисленості життя. Після завершення найбільш інтенсивного етапу відновлення людина може зіткнутися з необхідністю переосмислити власну ідентичність, життєві орієнтири й уявлення про майбутнє. Саме в цьому контексті постає проблема екзистенційної кризи на тривалих термінах тверезості. Її дослідження дає змогу розширити розуміння одужання та звернути увагу на психологічні труднощі, які можуть залишатися непомітними за відсутності повернення до вживання. Це зумовлює потребу в осмисленні можливостей психотерапії на етапі, коли підтримання тверезості вже не вичерпує змісту психологічної допомоги.

Мета роботи – теоретично проаналізувати психологічні передумови та прояви екзистенційної кризи в осіб, які перебувають у тривалій тверезості після залежності від психоактивних речовин, і визначити завдання психотерапевтичної допомоги на цьому етапі одужання.

Основний виклад матеріалу. Початок тверезості зазвичай є результатом поступової зміни ставлення людини до попереднього способу життя.

Накопичення негативних наслідків і загроза втрати значущих стосунків послаблюють переконання, що вживання ще можна контролювати без докорінних змін. Водночас усвідомлення проблеми не завжди приводить до стійкого рішення, оскільки відмова від психоактивної речовини потребує перебудови способів регулювання стану, поведінки та соціальних зв'язків. Мотивація до тверезості зміцнюється, коли переживання руйнівних наслідків поєднується зі здатністю уявити інше майбутнє та побачити доступні можливості допомоги [7, с. 3–5]. На початковому етапі конкретні завдання – зміна повсякденних звичок, дистанціювання від адиктивного середовища, відновлення довіри й повернення до праці – структурують життя та підтримують відчуття просування. Життєві цілі цього періоду мають переважно відновлювальний характер і залишаються пов'язаними з подоланням наслідків минулого.

Проте з часом відновлювальна спрямованість може виявити свою обмеженість. Після стабілізації здоров'я, побуту, праці та стосунків попередні цілі втрачають гостроту або стають звичними складовими повсякдення. Якщо майбутнє уявлялося лише як припинення вживання і повернення втраченого, досягнення цих результатів не визначає наступного напрямку розвитку. Людина вже розуміє, від якого способу життя відмовилася, але може ще не знати, чого прагне поза межами одужання. Тверезість перестає вичерпувати систему життєвих цілей і дедалі більше сприймається як умова подальшого життя, зміст якого потребує самостійного визначення.

Особистісні зміни не відбуваються синхронно із зовнішньою стабілізацією. Однакова тривалість тверезості може поєднуватися з різним ступенем відновлення, оскільки окремі сфери досвіду змінюються нерівномірно. Людина може впевнено підтримувати новий спосіб життя, але продовжувати осмислювати минуле, перебудовувати стосунки або шукати прийнятне уявлення про себе. Дослідження індивідуальних траєкторій засвідчує, що одужання переживається як тривалий процес, у якому зміни ідентичності поєднуються зі звичайними життєвими подіями та переходами [6, с. 857–858]. Тому з часом

межа між одужанням і подальшим життям стає менш визначеною, а нові труднощі вже не завжди можна пояснити минулим уживанням.

Однією із суттєвих внутрішніх змін стає перегляд ідентичності, сформованої в період залежності. Припинення вживання не забезпечує автоматичної відповіді на питання, ким є людина поза колишніми ролями, стосунками та середовищем. G. A. Dingle, T. Cruwys і D. Frings описали дві траєкторії такої перебудови. В одних випадках одужання було пов'язане з прагненням відновити уявлення про себе, яке існувало до проблемного вживання. В інших адиктивне середовище надавало відчуття належності, тому вихід із нього потребував створення нової ідентичності [4, с. 4–7]. Ідентичність людини в одужанні поєднує зміни поведінки з новим самосприйняттям, допомагає осмислити минуле й підтримує належність до іншого соціального середовища.

Стійкому одужанню сприяють прийняття нового способу життя, участь у спільнотах взаємодопомоги, підтримувальні стосунки, професійна зайнятість і допомога іншим людям із залежністю [8, с. 1–2]. Завдяки цьому особистий досвід набуває зрозумілого змісту та суспільної цінності. Проте якщо ідентичність людини в одужанні тривалий час залишається провідною, значна частина повсякденності продовжує будуватися навколо залежності, хоча тепер уже через її подолання. Проблема виникає не через збереження зв'язку зі спільнотою, а тоді, коли поза ним людина не знаходить інших підстав для самовизначення. Це може ускладнювати формування уявлення про себе як про особистість, чие життя має зміст не лише завдяки боротьбі з минулим.

Розбіжність між соціально впорядкованим життям і суб'єктивним відчуттям його наповненості не завжди одразу усвідомлюється як психологічна проблема. Людина може зберігати працездатність, виконувати сімейні та соціальні обов'язки й водночас переживати невизначене незадоволення. Такі переживання нерідко пояснюються втомою, складними обставинами або необхідністю ще більше контролювати себе. Проте посилення контролю не відповідає на питання про те, що має особисту цінність і заради чого

підтримується досягнута стабільність. Поряд із поведінковими завданнями дедалі помітнішими стають труднощі, пов'язані з внутрішнім досвідом, самовизначенням і життєвою перспективою.

Психологічні захисти, задіяні або посилені в період залежності, не зникають одночасно з припиненням уживання. Заперечення, раціоналізація, проєкція та уникнення допомагали зменшувати напруження й не усвідомлювати суперечності, що загрожували усталеному уявленню про себе. Л. М. Литвинчук та І. В. Каськов розглядають особистісно-емоційні зміни в реабілітації як проходження різних способів реагування на обмеження і втрату [2, с. 61–64]. За тривалої тверезості захисти можуть набувати соціально прийнятних форм: заперечення виявлятися в невизнанні власної втоми й незадоволеності, раціоналізація – у поясненні надмірної зайнятості та постійного самоконтролю, а уникнення – поширюватися на близькість і невизначеність. Такі форми поведінки можуть сприйматися як відповідальність і дисциплінованість, хоча вони підтримують дистанцію від внутрішніх суперечностей.

Внутрішня невизначеність може загострюватися під впливом життєвих переходів, змін соціальних ролей, утрат і переоцінювання раніше прийнятих рішень. Коли відновлювальні цілі переважно досягнуті, а звичні захисти вже не забезпечують попередньої психологічної рівноваги, формується підґрунтя для екзистенційної кризи. Н. Ю. Максимова зазначає, що адиктивна поведінка може підпорядковувати собі життєві прагнення людини, через що припинення вживання залишає незаповненим простір, який раніше займала залежність [3, с. 298–301]. Повернення до соціально прийнятного життя розв'язує лише частину цієї проблеми, оскільки виконання нормативних ролей ще не створює особисто пережитого сенсу.

За цих умов постає питання про те, заради чого продовжувати вибудовувати власне життя. Воно стосується вже не відмови від минулого, а вибору майбутнього. Людині необхідно визначити, які цінності залишаються справді її власними, які цілі були зумовлені вимогами реабілітації, а які відповідають теперішнім потребам. Екзистенційна криза виявляє недостатність

попередньої системи орієнтирів, але сама по собі не надає нових. Вона може супроводжуватися невизначеністю, зниженням зацікавленості у звичних справах і відчуттям віддаленості від зовні благополучного життя. Під час психологічної роботи важливо відрізнити таке переосмислення від симптомів депресивного стану, наслідків психічної травматизації та зростання ризику повернення до вживання, оскільки ці явища потребують різного терапевтичного реагування.

На цьому етапі змінюється спрямованість психотерапевтичної допомоги. Якщо раніше вона була зосереджена на усвідомленні залежності, стабілізації стану та профілактиці зриву, то тепер її предметом стає ширша система відносин особистості із собою, іншими людьми та майбутнім. У моделі Л. М. Литвинчук психологічна реабілітація передбачає не лише припинення вживання, а й забезпечення стабільності зміненого способу життя та відновлення системи особистісних відносин [1, с. 86–89]. За тривалої тверезості психотерапія має охоплювати осмислення актуальних потреб, перегляд засвоєних правил, інтеграцію досвіду залежності у життєву історію та формування перспективи, яка не зводиться до уникнення минулого. Психотерапевт не пропонує готового сенсу, а допомагає людині розпізнати власні суперечності, відокремити особистий вибір від звичного самоконтролю та відновити здатність створювати нові цілі.

Психотерапевтичне опрацювання кризи не передбачає відмови від ідентичності людини в одужанні або знецінення досвіду, який дав змогу зберегти тверезість. Цей досвід має бути включений до ширшого уявлення про себе, у якому існують інші ролі, стосунки, інтереси та способи самореалізації. Терапевтична робота спрямовується на відновлення авторства власного життя, здатності обирати, змінювати цілі, витримувати невизначеність і не обмежувати майбутнє минулим. За таких умов тверезість залишається цінною основою життя, але перестає бути єдиним змістом особистої історії.

Висновки. Проведений аналіз дає підстави розглядати екзистенційну кризу на тривалих термінах тверезості не як свідчення невдалого одужання, а як можливу суперечність між досягнутою стабільністю та новими завданнями

особистісного розвитку. Припинення вживання звільняє життя від залежності як провідного способу його організації, проте саме по собі не створює системи цінностей і перспектив, які відповідатимуть подальшим змінам людини. Тому поява внутрішньої невизначеності може вказувати не на знецінення тверезості, а на потребу перейти від збереження відновленого життя до самостійного визначення його подальшого змісту.

Психологічні утворення, які забезпечували стабільність на попередніх етапах, мають переглядатися відповідно до нових життєвих умов. Ідентичність людини в одужанні, належність до підтримувального середовища та посилений самоконтроль спочатку допомагають закріпити зміни, але за надмірної ригідності можуть утримувати особисту історію навколо залежності. Зрілість тривалого одужання тому визначається не лише відсутністю вживання та соціальною адаптованістю, а й здатністю розширювати уявлення про себе, формувати різні способи належності та переглядати життєві цілі без втрати досягнутої стійкості.

Психотерапія на цьому етапі має підтримувати не тільки збереження тверезості, а й відновлення авторства людини щодо власного життя. Її завдання полягає в інтеграції досвіду залежності без перетворення його на єдину основу самовизначення, розвитку здатності витримувати невизначеність і створювати нові життєві орієнтири. Результатом такої роботи є не знаходження одного остаточного сенсу, а формування спроможності самостійно визначати, перевіряти й змінювати смисли відповідно до подальшого особистісного розвитку.

Література

1. Литвинчук Л. М. Модель психологічної реабілітації наркозалежних осіб. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. 2017. Вип. 1 (6). С. 86–90.
2. Литвинчук Л. М., Каськов І. В. Психологічна допомога особам з хімічною залежністю на різних фазах емоційного переживання в процесі реабілітації.

Вісник Національного університету оборони України. 2018. № 1 (49). С. 60–67.
<https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-49-1-60-67>

3. Максимова Н. Ю. Принципи ресоціалізації осіб з адиктивною поведінкою. Актуальні проблеми психології. 2013. Т. 7, вип. 33. С. 297–304.

4. Dingle G. A., Cruwys T., Frings D. Social Identities as Pathways into and out of Addiction. *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. Article 1795.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>

5. Inanlou M., Bahmani B., Farhoudian A., Rafiee F. Addiction Recovery: A Systematized Review. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 15, No. 2. P. 172–181. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i2.2691>

6. Martinelli T. F., Roeg D. P. K., Bellaert L., van de Mheen D., Nagelhout G. E. Understanding the Process of Drug Addiction Recovery Through First-Hand Experiences: A Qualitative Study in the Netherlands Using Lifeline Interviews. *Qualitative Health Research*. 2023. Vol. 33, No. 10. P. 857–870.
<https://doi.org/10.1177/10497323231174161>

7. Pettersen H., Landheim A., Skeie I., Biong S., Brodahl M., Benson V., Davidson L. Why Do Those With Long-Term Substance Use Disorders Stop Abusing Substances? A Qualitative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2018. Vol. 12. Article 1178221817752678. <https://doi.org/10.1177/1178221817752678>

8. Stokes M., Schultz P., Alpaslan A. Narrating the journey of sustained recovery from substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2018. Vol. 13. Article 35. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0167-0>

Олійник В. М.,

психологиня, адиктологиня, травмотерапевтка,

trainee for СТА-P-EATA;

дійсна членкиня НПА – ексмодераторка дивізіону «Адиктологія»,

дійсна членкиня УСТА,

viknikta@gmail.com

ORCID: 0009-0006-2690-1490

ОСОБЛИВОСТІ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ДДА: ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД

«Робота в терапії — це не переродження, і навіть не нове народження,
а радше створення іншого ядра «я» з розсіяних і рідкісних залишків
зруйнованого внутрішнього «я»».

(Едвард Т. Новак, 2025)

Мій батько помер від алкогольної залежності в черговий епілептичний напад, коли мені було 8. Але після цього алкогольне безумство в моїй родині ніяк не закінчилось, та тільки розгорнулося з потужною силою. Я не можу говорити про те, що цей досвід дитинства зруйнував мою особистість. Але безперечно вплинув на її формування. І те що я раніше вважала обмеженнями психологічного розвитку, зараз, завдяки багаторічній терапії, розглядаю як особливості моєї особистості.

Саморозкриття — це завжди вразливо. Та те, що є частиною мого міркування, частиною мого професійного напрямку — це ті речі, які мені знайомі особисто, і вони дають мені більшу глибину для розуміння клієнта. «У

дослідженнях презумпція вразливості, хоча часто й має добрі наміри, ризикує заглушити саме ті голоси, чії історії потрібно розповісти», Рейчел Кетріс (2025).

ДДА та ризик розвитку узалежнення. Ми знаємо, що діти, які зростали в сім'ях, де вживають алкоголь або інші речовини, мають більшу схильність до розвитку залежностей у дорослому віці. І це не просто припущення, а факт, підтверджений роками серйозних наукових досліджень. Статистика Національного інституту США з питань залежностей (NIAAA) показує, що такі діти в середньому в 4 рази частіше мають проблеми з психоактивними речовинами. А якщо залежність була в обох батьків, цей ризик взагалі зростає у 5–7 разів. Науковці пояснюють це подвійним ударом: з одного боку, працює генетична вразливість організму, а з іншого — важкий психологічний пресинг і деструктивні моделі поведінки, які дитина просто переймає з дитинства.

І якщо на генетичну вразливість організму ми майже не маємо впливу, то на роботу власної психіки ми дійсно можемо впливати. Психологічна стресостійкість, переосмислення дитячих паттернів і, головне, розділення свого досвіду з іншими — це те, що має справжній цілющий ефект. Коли людина опиняється в безпечному просторі, де її розуміють без слів, вона перестає бути сам на сам зі своєю травмою, і саме з цього починається шлях до одужання.

Історія виникнення ДДА. Міжнародна спільнота «Дорослі діти алкоголіків та дисфункційних сімей» (ДДА/ВДА або АСА/АСОА) була офіційно заснована у 1978 році в Нью-Йорку, США. Головним ініціатором і першопрохідцем руху став чоловік на ім'я Тоні А. , біржовий брокер із Нью-Йорка та одужуючий алкоголік.

Наприкінці 1976 або на початку 1977 року група молодих людей, які вже «переросли» підлітковий вік Алатіну, прийшли на збори Ал-Анону. Вони помітили, що проблеми дорослих чоловіків і дружин алкоголіків відрізняються від того, що переживають люди, які провели в такій атмосфері все своє дитинство.

«Іноді, щоб залишатись на місці, потрібно дуже швидко бігти». («Аліса в країні чудес», Льюїс Керрол).

Моє особисте знайомство з ДДА почалося з книги американської психологині Джанет Джерінгер Войтіц (Janet Geringer Woititz, 1938–1994), яку я впевнена, ви чудово знате. Саме Войтіц стала першою, хто науково дослідив і вивів тему психологічних травм дітей алкоголіків на загальносвітовий рівень.

Джанет Войтіц вперше чітко описала, що діти, які виросли в сім'ях з алкогольною залежністю, навіть у дорослому віці страждають від прихованих психологічних симптомів. Вона довела, що травма дитинства не зникає сама по собі, а перетворюється на хронічні проблеми у дорослому житті.

Цей тривалий вплив ранньої травматизації на доросле життя яскраво ілюструє метафора Еріка Берна, де кожен прожитий день порівнюється з викарбовуванням монети, з яких поступово вибудовується стопка особистісного досвіду. Хронічний стрес у деструктивній родині призводить до «деформації» перших базових монет — «пенні дитинства». Розташовуючись у самому фундаменті особистості, цей викривлений ранній досвід перекошує всю подальшу життєву конструкцію. Як наслідок, навіть за умови абсолютно правильних і рівних наступних монет — «чвертаків юності» чи «срібних доларів зрілості» — загальна стабільність дорослого Я залишається суттєво порушеною. Але ж стопка продовжує стояти і тримати баланс).

Рішення створити терапевтичну групу. Я вирішила зробити таку групу більш вузького закритого типу для тих, хто хоче конфіденційно, професійно попрацювати з досвідом зростання в сім'ях, де було присутнє вживання.

Обґрунтування формату короткострокової групової терапії для опрацювання специфічного травматичного досвіду. На мій погляд, тему специфічного травматичного досвіду (пов'язаного із залежністю в батьківській родині) не потрібно штучно розтягувати. Цей досвід є вузьким і становить лише частину загального травматичного анамнезу людини, тому робота з ним має відбуватися в короткостроковому форматі.

Це зумовлено тим, що терапія особистості не повинна обмежуватися або завершуватися лише опрацюванням цієї теми. Щонайбільше, мені б не хотілося пов'язувати тривалий психотерапевтичний процес виключно з історією сімейної

алкогольної чи наркотичної залежності. Якщо затягувати цю роботу, фокус уваги клієнта неминуче зміститься з його власної персони в бік фігури залежного родича або самої системи залежності. Клієнт ризикує знову звично зануритися в аналіз чужої хвороби та поведінки, замість того, щоб фокусуватися на собі.

Безумовно, сімейна залежність існує як потужний фактор у процесі формування особистості. Разом з тим, зараз терапію проходить вже доросла людина. Вона володіє власним ресурсом, автономією та має можливість обирати своє теперішнє життя, не залишаючись назавжди заручником минулого.

Після опрацювання родинної історії я пропоную продовження терапії в стосунковому форматі.

Структура проведення групи, теми. Визначена кількість зустрічей. Якщо в групі шестеро учасників — це вісім зустрічей. Кожна зустріч присвячена окремій учасниці(учаснику). Перша зустріч - знайомство, остання - завершення.

Сором. Коли я готувалася до цієї групи, то вивчала тему сорому і надавала велике значення саме тому, що у людини, яка зростала в залежних сім'ях, є багато подавлених почуттів. Зокрема, сором, який не опрацьовується, а захоплює і затоплює, запрошуючи в шизоїдний процес і заважаючи висловлюватись відверто. На мій погляд, Бромберг дуже влучно описав 2 причини виникнення сорому: 1. Втрата своєї ідентичності - коли «я більше не знаю хто я» як раптове переживання оголеності, втрати захистів. 2. За свій афект - втрату контролю над своїми почуттями.

Тому велике значення я надала створенню безпечного простору. Зібралось 5 учасниць. Перша наша зустріч була присвячена знайомству, формуванню довіри, контрактуванню та визначенню правил, які допомагають кожному учаснику почуватися захищено. Також учасницям було запропоновано сформулювати власний запит на терапію. Цікаво, що, не дивлячись на загальну тему, у кожної учасниці запити були різні.

А саме:

1. «Перевірити, чи не тримаю я більше образи на батьків».

2. «Іти за процесом і подивитись, що нового про свій досвід я можу тут дізнатись».

3. «Сепаруватись від батьківського досвіду, який переноситься у особисті стосунки (залежність партнера)».

4. «Дослідити зв'язок між власним вживанням і історією вживання матері».

5. «Зрозуміти для себе, чи варто продовжувати стосунки з батьком, що продовжує пити алкоголь».

Безпека. Коли ми обговорювали контракт на безпеку, учасниці були включені і пропонували власні правила, до базових правил (конфіденційність, повага, звернення (ви|ти, неконфліктність, правило стоп, відсутність оціночних суджень, повчальної манери донесення: тобі треба, ти мушиш і тп) було інтегровано додаткові умови: обов'язкове використання навушників за наявності третіх осіб удома та суворе дотримання приватності у разі перебування, під час групової сесії, поза домом. Також, ми оговорили послідовність презентації власної історії, щоб створити структуру. Я запропонувала слідувати порядку запису на групу - всі погодились.

На початку другої зустрічі я запитала учасників, наскільки безпечно вони почуваються в групі, за шкалою від 1 до 10.

Середній показник був 9 із 10. Для мене це дуже важливий результат. Тому що терапевтична робота, особливо з таким досвідом, неможлива без відчуття достатньої безпеки, довіри та прийняття.

Я запропонувала учасницям постійно перевіряти свій стан: чи достатньо їм безпеки, чи достатньо їм простору, чи готові вони продовжувати розмову. Та фіксувати міжособистісні реакції та за потреби перепитувати одна в одної істинний зміст висловлювань.

Ми домовилися, що якщо слова або досвід іншої учасниці викликають тривогу, сором, страх чи гнів — важливо не залишатися з цим наодинці. Можна перепитати, можна прояснити, можна сказати про свою реакцію.

Для мене було важливо — створити простір, у якому учасницям і мені не потрібно здогадуватися про іншу людину, а можна прямо запитати й отримати більше ясності.

Історії і опрацювання досвіду. У нас відбувалося сім зустрічей. Я вирішила, що це будуть зустрічі, де кожна учасниця на кожній окремій груповій сесії зможе презентувати свою історію, почути відгук, отримати підтримку.

На початку кожної нової зустрічі я озвучувала: це твоя історія і ти найкраще знаєш, що саме для тебе важливо тут проговорити і розділити, тому слухай себе.

Коли історія закінчувалась, я задавала наступне питання: що ти хотіла би почути від нас: відзеркалення, підтримку, чи щось інше?

І тоді інші учасниці могли висловитись і розділити цей досвід.

Завдяки презентації історій учасниць було опрацьовано такі питання:

- Дихотомія образу батьківської фігури: дослідження внутрішнього конфлікту подвійності (на прикладі історії про батька-вчителя, який був інтелектуальним, але ставав агресивним під впливом алкоголю). Ця когнітивна амбівалентність є типовою для ДДА і потребує інтеграції розщеплених частин досвіду.

- Дестигматизація та легалізація насильства: у процесі роботи актуалізувався пригнічений досвід фізичного та сексуального насильства в батьківській родині. Виявилося, що 4 з 5 учасниць мали цей травматичний досвід. Відкрите проговорювання та відсутність осуду в колі групи виявили потужний цілющий та дестигматизуючий ефект.

- Парентифікація (зворотний симбіоз): аналіз феномену «дорослої дитини», яка в дитинстві вимушено брала на себе роль дорослого через недієздатність батьків. Досліджено, як цей досвід блокує розвиток автентичного «Я» у дорослому віці.

- Батьківський симбіоз та «втрата значущості»: дослідження деструктивної динаміки стосунків між залежним батьком та співзалежною матір'ю. Будучи поглинутими цією взаємодією, батьки нівелювали потреби

дитини. Учасниці досліджували, як цей досвід емоційного ігнорування сформував деструктивні патерни «невидимості» та заслуження любові у дорослому житті.

- Патологічна гіпервідповідальність та фінал рятівництва: аналіз історій, пов'язаних із гіперболізованим почуттям обов'язку щодо батьків. Учасниці розділили важкий досвід тривалого догляду та поховання батьків, які свідомо руйнували своє життя алкоголем. Цей етап дозволив відреагувати накопичений гнів, провину та безсилля перед вибором іншої людини.

Завершення. На завершальному етапі роботи терапевтичної групи було проведено підсумкову інтеграційну зустріч. Її метою став рефлексивний аналіз досягнутих результатів та оцінка реалізації початкових запитів учасниць. Під час підбиття підсумків учасниці змогли вербалізувати та зафіксувати здобуті усвідомлення («інсайти») щодо власного психічного функціонування. Ключовим фокусом цієї зустрічі стало спільне структурування та психологічне опрацювання конкретного травматичного досвіду дитинства, що дозволило учасницям переосмислити його вплив на теперішнє життя і закріпити отримані терапевтичні зміни.

Важливим чинником стабілізації отриманих результатів стало те, що чотири з п'яти учасниць групи мають паралельний досвід індивідуальної психотерапії, яка продовжуватиметься і після завершення групової роботи. У контексті опрацювання глибоких травм ДДА такий формат виступає потужною додатковою опорою. Це не лише забезпечує безперервність психотерапевтичного процесу, а й дозволяє учасницям безпечно інтегрувати піднятий у групі матеріал в особисту довгострокову роботу.

Література:

1. Bromberg, P. M. (2011). The Shadow of the Tsunami: And the Growth of the Relational Mind. Routledge.

2. Curtis, R. (2026). Losing Women's and Diverse Voices in the Name of Safety: Reframing Client Vulnerability in Psychotherapy Research. *Transactional Analysis Journal*, 56(3), 208–222. doi.org
3. Hall, C. W., & Webster, R. E. (2008). Risk factors among adult children of alcoholics. *Journal of Instructional Psychology*, 35(4), 312–321.
4. Novak, E. T. (2025). A Therapeutic Memorial Service for Dead Ego States: Examining a New Dimension of Berne's Secret Garden. *Transactional Analysis Journal*, 55(1), 17–30. doi.org
5. Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics: A critical review of theory and research*. University of Chicago Press.
6. Simonič, B., & Ošewska, E. (2023). Emotional Experience and Consequences of Growing Up in a Family with Alcoholism in Adult Children of Alcoholics. The Person and the Challenges. *The Journal of Theology, Education, Canon Law and Social Studies*, 13(1), 63–81.
7. Williams, L. H., & Richardson, R. A. (2013). Effects of parental alcoholism, sense of belonging, and resilience on depressive symptoms: A path model. *Substance Use & Misuse*, 48(3), 265–273.
8. Woititz, J. G. (1983). *Adult Children of Alcoholics*. Health Communications, Inc.

Охрій О.О.

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

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

profitestxxx@gmail.com

ФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МОТИВАЦІЇ ДО ЛІКУВАННЯ У НАРКОУЗАЛЕЖНЕНОГО

Анотація. Первинна мотивація до лікування є одним із ключових факторів успішного подолання наркотичної залежності. На початковому етапі більшість залежних не усвідомлюють повною мірою тяжкість свого стану, заперечують проблему або перекладають відповідальність на зовнішні обставини. Тому формування мотивації спрямоване на розвиток усвідомлення наслідків вживання, підвищення особистої відповідальності та створення внутрішнього бажання змінити своє життя. У процесі мотиваційної роботи важливу роль відіграють психологічне консультування, мотиваційне інтерв'ю, підтримка родини та демонстрація реальних перспектив тверезого життя. Основним завданням спеціаліста є не примус до лікування, а допомога людині побачити зв'язок між вживанням наркотиків і втратою здоров'я, стосунків, соціального статусу та життєвих можливостей. Ефективно сформована первинна мотивація стає відправною точкою для початку лікування та подальшої реабілітації, значно підвищуючи шанси на стійке одужання та повернення до повноцінного життя в суспільстві.

Ключові слова: наркозалежність, мотивація до лікування, первинна мотивація, лікування залежності, адиктивна поведінка, відмова від наркотиків, усвідомлення проблеми, заперечення залежності, стадії змін поведінки, готовність до лікування.

Вступ. Проблема наркотичної залежності залишається однією з найактуальніших медико-психологічних та соціальних проблем сучасності. Незважаючи на розвиток методів лікування та реабілітації, значна частина наркозалежних не звертається по допомогу добровільно або припиняє лікування на ранніх етапах. Однією з основних причин цього є відсутність або недостатній рівень мотивації до змін.

Формування первинної мотивації до лікування є важливим етапом роботи з наркозалежними, оскільки саме воно створює передумови для усвідомлення проблеми, прийняття необхідності професійної допомоги та готовності до тривалого процесу одужання. На цьому етапі особливого значення набувають психологічні інтервенції, мотиваційне консультування, робота із запереченням хвороби та залучення найближчого соціального оточення пацієнта.

У доповіді розглядаються основні механізми формування первинної мотивації до лікування, фактори, що впливають на готовність наркозалежного до змін, а також практичні підходи, які довели свою ефективність у клінічній та реабілітаційній практиці.

Опис методу непрямого парадоксального переконання наркомана.

Розглянемо найважчий етап роботи з наркозалежним, про формування первинної мотивації, метод парадоксального переконання наркомана розпочати лікування. На жаль, цей метод часто використовується у спрощеному розумінні і тому його результати можуть розчаровувати багатьох.

Для активної участі у вирішенні проблеми наркоманії як у масштабах однієї сім'ї, так і в масштабах усієї країни потрібні спеціальні знання. Без таких знань робота будь-якого фахівця на будь-якому етапі втрачає основну умову результативності – системність.

Метод парадоксального переконання, розроблений мною на базі стаціонарного лікування в ГО «НАРКОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР «ХЕЛП»), побудований на обговоренні об'єктивних проявів наркозалежності та поетапному прийнятті хворим на особистісно орієнтовані рішення. Метод дозволяє посилювати мотивацію наркоманів до подальшого лікування.

Мета методу – зруйнувати психологічні захисти, показати парадоксальний характер «пасток свідомості» при виникненні наркозалежності, а також проаналізувати конкретні факти та їх наслідки, які вже виявилися в особистості наркозалежного.

Як зацікавити людину лікуватися, якщо вона не визнає своєї хвороби? Психологічна інтервенція з елементами сугестивних прийомів дозволяє на короткий час переконати хворого в тому, що він потребує лікування. Як правило, на першому етапі лікування хворому необхідна клінічна допомога, після чого відразу ж повинна йти «терапія переконанням», яка є усвідомленням протиріч і «парадоксальних установок», що виникають при формуванні наркозалежності.

Світогляд тверезого життя вимагає тривалого та сумлінного вирощування. Програма «12 кроків» – одна з ефективних програм, що дозволяють досягати позитивного результату. Але найважче для лікарів, психологів, співробітників правоохоронних органів – це мотивувати наркозалежну людину на участь у тій чи іншій програмі.

Структура методу є покрокову процесуальну модель. Логіка особистісно орієнтованих рішень допоможе зрозуміти модель та ефективно застосовувати її на практиці.

Метод парадоксального переконання зовсім не схожий на метод умовляння чи наказу наркоману розпочати лікування. Фактично, метод орієнтований свідомість наркозалежного, а чи не з його придушення. Головна ідея – розкриття протиріч, що у основі наркозалежності. Метод парадоксального переконання здійснюється через обговорення взаємовиключних мотивів у поведінці наркомана, що допомагає здоровій частині його особи приймати правильні рішення. "Накопичення" особистих рішень зміцнює мотивацію на звільнення від наркозалежності. Свідомість наркозалежного є збоченою, тому його неможливо «обхитрити», «обіграти» або задавити приписами, проте опора на особисті рішення дозволяє йому відновити здатність вибирати не тільки наркотики.

Дотримуючись технології, всі, хто захоче застосувати цей метод, зможе досягти успіху. Метод не вимагає спеціальних медичних знань та володіння психологічними техніками навчання. Залежно від ситуації його можуть використати всі фахівці соціальних служб, лікарі, психологи, інспектори у справах неповнолітніх та інші.

Розмову з наркозалежним можна розпочати з обговорення причин його занепокоєння та прагнень до відстрочення прийняття будь-яких відповідальних рішень. У цьому питанні допомагає згода хворого на те, що наркозалежність не зникає мимовільно, не минає як нежить. Перше рішення стосується того, що втручання та відповідальні рішення необхідні! Згода на втручання та допомогу – друге самостійно обране рішення хворого.

Після цих рішень найкраще розпочати обговорювати симптоматику хвороби. Варто якомога докладніше зупинитися на головному симптомі – потязі до наркотиків, недоречності та непередбачуваності цієї тяги, її надмірності та сталості. Завершенням обговорення має стати рішення про визнання безсилля перед вільним вибором щодо вживання чи невживання наркотиків, усвідомлення, що всі «вільні рішення» зводяться до одного – вживати. Причина хвороби – залежність, а чи не навпаки. Залежність призводить до загострення наявних захворювань та виникнення нових, блокує саме лікування та бажання лікуватися.

Після цього варто обговорити зміни, що сталися у житті хворого. Вони можуть змінюватись від легких відхилень до порушень у характері та фізичному стані. Як і наскільки змінюється спосіб життя? Яких поглядів ти дотримувався раніше, а яких зараз? Яких поглядів ти хотів би дотримуватись насправді?

Лікування починається із визнання хвороби. Обговорювані факти є формою парадоксального опору «невизнання хвороби – визнання навмисної шкоди». Тут має відбутися самостійний вибір позиції наркозалежної. Особиста позиція-основа подальшої взаємодії. На ній вибудовуються дії у напрямку усвідомлення того, що відбувається з душею, тілом та соціальним оточенням хворого.

Наступне особистісно орієнтоване рішення – хворобу можна зупинити. Чи можна вилікуватись остаточно від наркоманії чи ні, це питання дискусійне. Його можна обговорювати нескінченно. Обговорення не приносить змін, але заважає одужувати. Остаточне вирішення цього питання (якщо воно існує) можна залишити фахівцям, але не хворим. Головне на цьому етапі - прийняття наркозалежним рішення про можливість зупинки хвороби. Лікарі вважають наркоманію невиліковною. Якщо людина не вживає наркотики, то, на їхню думку, вона перебуває у тимчасовій ремісії. Нехай буде в ремісії... Нам відомо багато випадків, коли тривалість ремісії відповідала всьому подальшому життю «хворого». Життя людини теж своєрідна ремісія між народженням та смертю. Безглузда демагогічна суперечка, придумана наркоманами, які не бажають лікуватися, і наркологами, які заробляють на їх хворобах. Однак, головне, що необхідно зрозуміти - це те, що ніяке лікування не дасть результату, поки людина не припинить вживати наркотики.

Обговорення прогресуючого характеру хвороби дозволяє хворому прийняти наступне рішення щодо необхідності прогресуючого втручання у лікування та надання йому відповідної допомоги. До ознак прогресуючої хвороби можна віднести прагнення розумно пояснювати свою залежність. Пошук пояснень стає невід'ємною частиною життя з розвитком залежності. Пояснення починають випереджати події життя, захищаючи хворого від моральних страждань, які завдають своєї особистості. Необхідно ухвалити рішення про довіру - не довіру своїм «розумним» поясненням про необхідність приймати чи не вживати наркотики. Допомагає пошук відповіді на запитання: «Чому ти маєш вживати наркотики?»

Досвід показує безрезультативність закликів, вимог та прохань, звернених до наркозалежного з боку оточуючих з приводу припинення вживання наркотиків. Також безрезультатними виявляються клятви та обіцянки хворого «встати на шлях одужання». Набагато ефективніше на заключному етапі бесіди щодо формування мотивації до лікування у наркозалежних провести

обговорення двох парадоксальних за змістом суджень для прийняття особистих рішень щодо кожного з них.

Судження перше. Будь-якій людині важко повірити, що «об'єкт її кохання» є її вбивцею. Наркотики завжди ведуть у напрямку приємних відчуттів, але якщо вживання алкоголю чи наркотичних речовин призводить до стійких порушень в особистому, суспільному, духовному та матеріальному (економічному) житті людини, а вона не припиняє їх вживати, то він наркозалежний!

Рішення: ТАК або НІ.

Судження друге. Думки про припинення вживання наркотиків завжди належать до майбутнього, а не до сьогодення. Чому навіювання не допомагають? Тому що впровадження у свідомість думок про тверезе життя не схвалюється самопочуттям, витісняється свідомістю, переживається як «шкідливе».

Рішення: ТАК або НІ.

Після поетапно прийнятих рішень наркозалежному можна запропонувати зробити висновок та визначити перспективу подальших дій.

Методи вторинної профілактики «метод переконання»

Аналіз літератури, психологічних та медичних досліджень, корекційних програм та експериментальних даних з профілактики негативних залежностей показав високу ефективність методу переконання, описаного детальніше В. Джонсоном («Як змусити наркомана чи алкоголіка лікуватися?»)

Опис методу переконання

Переконання є методом, за допомогою якого можна перервати згубний, прогресуючий та руйнівний вплив наркозалежності, і який допомагає наркозалежній людині відмовитися від вживання препаратів-модифікаторів настрою та виробити у себе нові, здоровіші форми поведінки для приборкання своїх потреб та вирішення проблем. Людині зовсім не обов'язково ставати моральною або фізичною руїною («доходити до межі») для того, щоб їй, нарешті, можна було б надати таку допомогу.

П'ять Принципів Переконання:

1. До команди залучені авторитетні люди, чия думка наркозалежній людині небайдужа.

2. Кожен із цих авторитетних людей записує конкретні відомості про події та вчинки жертви залежності, які вказують на зловживання нею наркотичними препаратами та є законною підставою для підозр.

3. Всі авторитетні люди по черзі розповідають наркозалежній людині про те, як вони ставляться до того, що (з його вини) відбувалося в їхньому житті, вони роблять це без засудження.

4. Споживачеві наркотиків пропонуються конкретні варіанти лікування на вибір - лікувальний центр або стаціонар,

5. Наркотизуючий суб'єкт погоджується прийняти допомогу, її необхідно надати негайно.

Етапи підготовки до переконання

1. Збір групи учасників переконання.

Переконання слід проводити групою, що складається з двох або більше осіб, які близькі до наркозалежного і не раз ставали свідками його (або її) поведінки під впливом наркотиків. Захисні реакції наркотизуючого суб'єкта розвинені дуже добре, щоб у них могла «пробити пролом» людина, що діє сама.

Переваги переконання групою:

1. Якщо до наркотизуючого суб'єкта звертається кілька чоловік, і всі вони говорять по суті про те саме, він (або вона) відразу розуміє, що справа серйозна. Заяви однієї людини можна легко проігнорувати або витлумачити неправильно. Група має певний авторитет, необхідний, щоб пробитися до реальності.

2. Під час цієї потенційно неприємної події, яка підтримує вас група, надасть вам впевненість, силу та підтримку. У відповідь на ваші заяви наркозалежна людина змушена пустити в хід весь свій арсенал різноманітних негативних реакцій, тому буде набагато краще, якщо вам не доведеться нести цей вантаж поодиночі.

3. Що більше людей, то більше свідчень, що підтверджують існування проблеми.

Так, процес втручання починається зі збору команди з тих, хто, як і ви, щиро бажає допомогти.

1.1. Складіть список авторитетних людей, крім вас самих, серед наркозалежної людини.

Ключове слово тут – авторитетних. Це мають бути люди, з ким у нього склалися дуже тісні взаємини, чи то за потребою, чи то за вибором. Вони повинні надавати на наркозалежного сильний вплив, оскільки він (вона) своїм запереченням відбиватиме спроби інших.

Вони самі не повинні бути наркозалежними. Люди, які не розібралися зі своєю власною хворобою, навряд чи захочуть розпізнати її симптоми в будь-кому іншому, навіть якщо здатні на це

Якщо людина одружена, то першою у ваш список слід включити її дружину (або чоловіка). Він (або вона) допоможуть вам вибрати інших потенційних членів групи з наступної категорії:

- начальник (роботодавець, безпосередній керівник) наркозалежної людини.

Наркозалежні люди часто тримаються за свій «вид добросовісного працівника» як за останню оплот респектабельності, тоді як у них на очах хвороба руйнує все інше. Вони використовують це як «доказ» того, що вони не можуть мати проблем: «Я жодного разу в житті жодного робочого дня не пропустив через пияцтво». (Безпристрасний погляд на їх характеристику зазвичай руйнує цей міф!) Іноді втручання начальника виявляється результативнішим, ніж члена сім'ї чи друга, хоча б тому, що він має перед ними таку важливу перевагу.

- Батьки наркозалежної людини.

Найзручніший варіант, якщо вони мешкають десь поблизу. Але навіть якщо ні, все-таки варто подумати, чи не підключити їх до переконання.

Непогано було б включити до команди його братів чи сестер (знову ж таки, залежно від їхнього місця проживання).

- Діти наркозалежної людини.

Діти можуть виявитися неоціненними учасниками групи переконання; здебільшого їм добре відомо про існування проблеми. Дітям, які залучаються до участі у групі переконання, має бути не менше восьми років. Від них вимагається вміння висловити свої почуття словами та описати поведінку наркозалежної людини, яку вони спостерігали (і розчарування, яке їм довелося випробувати).

Дорослих часто хвилює, чи не налякає, чи не засмутить дитину таке втручання. Напевно, на них вже й так відбилися наслідки хвороби одного з батьків. У ході переконання вони нарешті матимуть можливість висловитися, до того ж — за підтримки інших дорослих. Ймовірно, це принесе їм велике полегшення, особливо якщо їм доводилося довго приховувати почуття страху, здивування, неприйняття та образи.

- Близькі друзі та сусіди наркозалежної людини.

Незважаючи на те, що наркозалежна людина, очевидно, спілкується переважно з компанією приятелів-наркоманів, можливо, у неї все ж таки є старі друзі, які «залишилися» від колишніх днів, або нові, не з числа затятих «кайфоловів».

Два критерії допоможуть вам вирішити, кого запрошувати до групи:

1) чи прислухається хворий до цих людей, чи поважає їхню думку та погляди?

2) чи траплялося їм перебувати поруч із наркозалежною людиною під час її випивок чи «лову кайфу», чи були вони коли-небудь свідками випадків його дивної та незвичайної поведінки?

Іншими словами, чи відомо їм з особистого досвіду, як позначається хвороба на наркозалежній людині?

Проникнути крізь стіну самообману споживача наркотиків зазвичай вдається лише тим, чия сприятлива думка чи оцінка (схвалення) такі необхідні йому підтримки нормального уявлення себе як особистості. На емоційному рівні під цими людьми найчастіше мають на увазі члени сім'ї та начальник. Тим не менш, часто виявляється, що саме друзі, допомагаючи людині тверезо поглянути на свою поведінку, досягають найкращого результату. Можливо, наркозалежній

людині вдалося переконати себе в тому, що її сп'яніння — лише симптом сімейного розладу. Можливо, саме думка стороннього спостерігача, який не належить до кола його сім'ї, і допоможе зруйнувати це переконання.

- Колеги. Вони повинні бути серед тих, з ким суб'єкт, що наркотизує, постійно працює разом; можливо, вони сидять в одному офісі чи співпрацюють, виконуючи довгостроковий проект. Знову ж таки, наркозалежний повинен поважати їх, а вони знати ситуацію з власного досвіду.

- Представник духовенства. Якщо наркозалежний постійно відвідує церкву, священник може виявитися незамінним учасником команди, оскільки він особисто має у своєму розпорядженні корисну інформацію про хворобу та методи її лікування. Можливо, він також знає про поведінку людини не з чуток або має великий досвід роботи з іншими наркозалежними людьми.

1. Сформууйте групу переконання.

Вам необхідно зустрітися з людьми, включеними до вашого списку, і попросити їх взяти участь у переконанні. Якщо список виявився занадто довгим, його краще вкоротити, оскільки досвід показує, що група з 3-5 осіб діє найбільш продуктивно.

Найкращі члени команди — ті, хто щонайменше має деяке уявлення про наркоманію, готові ризикнути своєю дружбою з наркозалежним, а також відповідають вимогам до учасника переконання в емоційному плані.

Від друга чи колеги, який наполегливо стверджує, ніби пристрасть до наркотиків — ознака «моральної нестійкості», під час переконання буде мало толку.

Кожен учасник групи повинен мати достатнє знання та розуміння суті наркозалежності, щоб

а) сприймати згубну звичку як хворобу, за якої «нормальної» сили волі недостатньо для того, щоб контролювати вживання наркотичних препаратів;

б) засвоїти, що сама дія наркотику надалі послаблює фортецю навіть «нормальної» сили волі;

в) усвідомити, що через необхідність шукати пояснення своїй поведінці споживач наркотиків виробив у себе настільки ефективну систему захисту, яка, своєю чергою, призвела до високого ступеня самообману — зокрема, до нездатності визнати справжню природу хвороби;

г) зрозуміти, що з причини самообману наркотизуючий суб'єкт абсолютно нездатний тверезо поглянути на свою поведінку, ось чому допомога повинна прийти з боку; а також

д) перейнятися думкою: наркозалежність - не просто погана звичка - і від того, що відбудеться в ході втручання і після нього, залежить - жити наркозалежному або померти.

Можливо, ви самі вирішите взятися за справу просвітництва. Поділіться своїми знаннями із майбутніми учасниками команди.

Приготуйтеся до можливого опору з боку, особливо коли справа дійде до виконання активної ролі під час переконання. Люди охоче розкажуть вам про те, як людина зловживає наркотиками, і як вони до цього ставляться (особливо якщо це їх особисто зачіпає чи ображає), проте зовсім інша справа — поставити під загрозу свою дружбу з нею. Можливо, саме це їх і лякає.

Останній критерій вибору учасника групи - його емоційна адекватність (тобто придатність в емоційному плані). Не слід намагатися брати участь у переконанні тим людям, які настільки виснажені морально, що можуть нашкодити собі або зірвати процес. Так само не варто намагатися і тим, хто скований страхом або настільки сердить на хворого, що злість застигне очі.

Що, якщо переконання не допомагає?

Що якщо наркозалежний так чи інакше не погоджується прийняти допомогу? Продовжуйте намагатись. Не здайтеся! Пам'ятайте, що його життя залежить від вашої постійної участі у його долі.

Було виявлено, що переконання, ймовірно, має деяку підсумовуючу дію. Якщо перша зустріч із командою не спонукає людину на лікування, то, можливо, розпочату справу довершить друга — або третя. Іноді потрібно навіть більше зусиль з боку учасників команди, щоб зруйнувати захисну систему

наркозалежного. Пошук раціонального пояснення вчинків, проектування, заперечення, придушення та самообман у сукупності своїй створюють бар'єр для самопізнання особистості, що змагається з Великою китайською стіною.

При використанні методу переконання:

- Учасники команди незворотно змінюються самі. Тепер вони розуміють, що не самотні. Вони знають, що завжди можуть розраховувати на допомогу та підтримку. З цього моменту їхнє життя докорінно змінюється.

- Змінюється сім'я наркозалежної людини (від скованої та інертної, неспокійної почуттям сорому групки до оновленого, активного та енергійного єдиного цілого). Близькі починають розуміти: вони не винні в тому, що наркозалежна людина хвора. Яке моральне полегшення — усвідомлювати, що це справді так!

- Змінюється ставлення споживача наркотиків до вживаного препарату. Пролом у захисній стіні пропускає знання, яке жертва вже більше ніколи не зможе повністю заперечувати. Як зауважила дружина одного алкоголіка: "Принаймні, ми йому назавжди п'янку зіпсували!"

Загалом переконання ніколи не проходить безслідно, і наслідки його незмінно позитивні. Воно жодним чином не зашкодить. Щонайменше, що воно дає — так це шанс до одужання навіть у самих, здавалося б, безнадійних випадках; і найбільше - знову повертає всю сім'ю до повноцінного життя.

Сподіватимемося, що ці зауваження переконують вас зробити ще одну спробу — якщо перше переконання не приведе до згоди наркозалежного прийняти лікування.

Заключення. Наркобізнес – надто вигідна справа, щоб вона припинилася внаслідок усвідомлення людьми його огидності та згубності. Ситуація показує, що сподіватися лише на правоохоронні органи в тому, що вони зможуть найближчим часом порозумітися з усіма злочинцями у сфері незаконного обігу наркотиків – наївно та неправильно. Залишається один, але найнадійніший спосіб захиститися від наркотичної залежності – особистий вибір людини. Тому, хоч би як був організований наркобізнес, він завжди обмежений індивідуальною

згодою або відмовою кожної конкретної людини. Але такі рішення можуть прийматися підлітком лише особисто, суб'єктно, лише на основі довіри до себе та динамічно стійкої «Я-концепції».

Посередництво, чужий досвід, розпорядження та поради навіть найближчих людей, як правило, не є визначальними у цьому рішенні. Вибір підлітка у ситуації невизначеності та ризику спрямовує не лише його свідомість, а й чуттєво-тілесні «тут-і-зараз» переживання того, що відбувається. Дорослі, що виховують, найчастіше забувають саме про це, обурюючись на протилежний своїм виховним впливам результат. Чуттєво-тілесні (організмичні) переживання підлітка можуть бути локалізовані тільки в його автономному тілі і ніде більше, незалежно від того, чи враховує це вихователь, чи ні. Методичні рекомендації, подані вище, спрямовані на підготовку дорослих людей – педагогів, психологів, працівників силових структур тощо. - До профілактики наркоманії, до роботи з підлітками та старшокласниками, їх дорослим оточенням.

Висновки:

1. Первинна мотивація до лікування при Наркотична залежність є критичним етапом, що визначає подальшу готовність особи до терапії та довготривалої реабілітації. Без формування базового усвідомлення проблеми ефективність будь-яких лікувальних заходів суттєво знижується.

2. Основою формування мотивації виступає процес поступового зниження психологічного заперечення, розвиток усвідомлення наслідків вживання та підсилення особистісної відповідальності за власне життя і поведінку.

3. Ефективними підходами до мотиваційної роботи є психологічне консультування, Мотиваційне інтерв'ю, сімейне залучення та структуровані інтервенційні моделі, спрямовані на актуалізацію внутрішніх конфліктів і ціннісних орієнтацій пацієнта.

4. Описані інтервенційні та переконувальні підходи можуть сприяти формуванню первинної готовності до лікування, однак їх ефективність значною мірою залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, рівня соціальної підтримки та професійної компетентності спеціалістів.

5. Комплексний підхід, що поєднує медичні, психологічні та соціальні методи впливу, є найбільш результативним у подоланні заперечення та формуванні стійкої мотивації до одужання.

6. Подальші дослідження доцільно спрямувати на вдосконалення етичних і доказових підходів до мотиваційної роботи з залежними особами, а також на підвищення ефективності сімейно-орієнтованих програм реабілітації.

Література:

1. Miller W. R., Rollnick S. Мотиваційне інтерв'ювання: як допомогти людям змінитися. — Нью-Йорк: Guilford Press, 2013.

2. Prochaska J. O., Norcross J. C., DiClemente C. C. Зміни на краще: революційна шестистадійна програма подолання шкідливих звичок і позитивної трансформації життя. — Нью-Йорк: William Morrow, 1994.

3. Beck A. T., Wright F. D., Newman C. F., Liese B. S. Когнітивна терапія залежностей від психоактивних речовин. — Нью-Йорк: Guilford Press, 1993.

4. Marlatt G. A., Donovan D. M. (ред.). Профілактика рецидивів: стратегії підтримки в лікуванні адиктивної поведінки. — Нью-Йорк: Guilford Press, 2005.

5. Yalom I. D. Теорія і практика групової психотерапії. — Нью-Йорк: Basic Books, 2005.

6. Leshner A. I. Залежність — це хвороба мозку, і це має значення. — журнал Science, 1997.

7. Johnson V. Інтервенція: як допомогти людині, яка не хоче допомоги. — Hazelden, 1986.

8. Національний інститут з питань зловживання наркотиками (NIDA). Принципи лікування наркозалежності: доказово-орієнтований посібник. — 2018.

9. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Керівництво з психосоціально супроводжуваного лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. — Женева, 2009.

Пономарьов А.О.

магістр психології, практичний психолог,

Член НПА, УСП, Асоційоване студентське членство EAGT

психолог ГО «Еней» та БФ «Ветеран Хаб ++»

ponomerevandrey1987@gmail.com

ПОЛЬОВА ПАРАДИГМА В ПИТАННІ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВУ

Анотація. У роботі розглянуто можливості застосування польової парадигми до профілактики рецидиву в адиктології. Рецидив концептуалізовано як результат взаємодії особистісних, емоційних, когнітивних і ситуаційних чинників. Запропоновано підхід до вибору терапевтичних мішеней.

Abstract. The paper explores the application of the field paradigm to relapse prevention in addiction treatment. Relapse is conceptualised as the result of the interaction between personal, emotional, cognitive and situational factors. An approach to selecting therapeutic targets is proposed.

Ключові слова: польова парадигма; профілактика рецидиву; адиктологія; теорія поля.

Keywords: field paradigm; relapse prevention; addiction treatment; field theory.

Вступ. Профілактика рецидиву є одним із центральних завдань сучасної адиктології. Це пов'язано з тим, що припинення неконтрольованого контакту з об'єктом залежності саме по собі ще не означає стабільного відновлення. Рецидив може виникати після періоду утримання і залежати від взаємодії ситуаційних, когнітивних, емоційних та поведінкових факторів. Саме тому результат втручання не може оцінюватися виключно за ситуативним фактом

припинення вживання ПАР або інших видів адиктивної поведінки. Важливим завданням стає формування здатності людини підтримувати продуктивні зміни у житті, переносити фрустрацію, адаптивно реагувати в тригерних ситуаціях, тощо [1].

Мета роботи. Висвітлити погляд автора щодо можливості застосування польової парадигми до профілактики рецидиву в адиктології на основі інтеграції сучасних моделей relapse prevention, теорії поля К. Левіна та гештальт-підходу. Проаналізувати рецидив як подію, що виникає у взаємодії особистісних, емоційних, когнітивних, поведінкових і ситуаційних чинників конкретного психологічного поля.

Основний виклад матеріалу. Однією з найбільш впливових концепцій стала модель профілактики рецидиву Марлатт і Гордон. У ній центральним поняттям є ситуація високого ризику (ситуація, в якій ймовірність повернення до адиктивної поведінки підвищується). До важливих безпосередніх детермінантів належать характеристики ситуації, копінг-можливості, очікування щодо результату поведінки та реакція людини на можливий зрив. Окремо розглядаються фонові фактори, зокрема стиль життя, потяг і craving. При цьому автори принципово розмежовують “lapse”, як окремий епізод повернення до адиктивної поведінки і “relapse”, тобто більш стійке повернення до деструктивного патерну [1; 6]. Такий підхід символізує відмову від логіки фаталізму ситуативної помилки і дозволяє розглядати зрив як подію, після якої можливе швидке відновлення. У поведінковій та когнітивно-поведінковій традиції основна увага приділяється тому, що відбувається безпосередньо перед адиктивною поведінкою: які стимули її запускають, які думки виникають, які емоційні та фізіологічні стани передують поведінці і якими альтернативними способами людина може відповісти. Таким чином, профілактика рецидиву передбачає навчання копіngu, роботу з потягом, ідентифікацію тригерів, формування альтернативної поведінки та підвищення самоефективності.

Подальший розвиток цієї концепції призвів до створення моделі Марлатта і Віткевича. В цій моделі рецидив розглядається як нелінійний динамічний

процес, у якому взаємодіють віддалені фактори ризику, поточні когнітивні процеси, афективні стани та копінг-стратегії. Отже, не існує обов'язково однієї схеми механізму рецидиву, натомість ризик формується у взаємодії кількох факторів [6].

У межах психодинамічних моделей адиктивна поведінка може бути пояснена як спосіб регуляції афектів при слабкому Его, при стриманні інтрапсихічних конфліктів, пошуку ідеального об'єкта або порушень функціонування лібідо. Дослідження результативності використання психодинамічних методів свідчить, що вони можуть бути ефективними при профілактиці рецидиву на великих термінах ремісії, в той же час наявні дані не дозволяють стверджувати її універсальну перевагу над іншими психотерапевтичними підходами [7].

Гуманістичні та мотиваційні підходи роблять акцент на суб'єктивному досвіді людини, автономії, цінностях та внутрішній мотивації до змін. Мотиваційне інтерв'ю, наприклад, має значну дослідницьку базу як метод сприяння поведінковим змінам, хоча його ефекти залежать від конкретного контексту [4].

Таким чином, різні підходи відрізняються не стільки відповіддю на питання причини виникнення рецидиву, скільки тим, де вони локалізують терапевтичну мішень: у внутрішньому конфлікті, когнітивних процесах, навичках, мотивації, стосунках або контексті. На думку автора, польова парадигма може інтегрувати ці рівні. Вона пропонує зробити предметом аналізу не адикта і не окремий тригер, а ситуацію як цілісне поле взаємодії людини та її середовища. У такому разі питання профілактики звучить не лише у формуванні змін в особистості адикта, але і дослідженні поля цієї людини в момент, коли ризик адиктивної поведінки зростає.

У традиційному описі рецидиву легко потрапити в індивідуалістичну пастку: людина має залежність, потім виникає тригер, після чого вона вживає речовину. Така схема зручна, але надмірно спрощує реальний процес. Сучасні моделі профілактики рецидиву демонструють, що повернення до адиктивної

поведінки формується під впливом взаємодії стресу, зовнішніх стимулів, когнітивних очікувань, емоційного стану, самоефективності та доступних способів копіngu. Тому рецидив доцільно розглядати як подію в ситуації.

Ситуація ризику складається щонайменше з кількох взаємопов'язаних компонентів [1; 6]:

1) Зовнішній контекст: місце, люди, предмети, час доби, доступність речовини, соціальні контакти, конфліктна або підтримувальна атмосфера.

2) Внутрішній стан людини: втома, тривога, депресивний настрій, напруження, нудьга, самотність, фізичний дискомфорт або інтенсивний потяг.

3) Когнітивний компонент: оцінка ситуації, очікування наслідків вживання, інтерпретація власних можливостей і переконання щодо здатності впоратися.

4) Поведінковий: доступні способи реагування та попередній досвід того, що саме в минулому допомагало швидко змінити небажаний стан.

Важливо, що одна й та сама об'єктивна ситуація може мати різне психологічне значення для різних людей. Для людини з тривалою ремісією зустріч із колишніми партнерами по вживанню може бути нейтральною, тоді як для людини на ранньому етапі відновлення вона може стати ситуацією високого ризику. Отже, ризик не міститься виключно в стимулі. Він виникає у взаємодії стимулу з актуальним станом людини та її здатністю його усвідомити й регулювати.

Саме ця ідея узгоджується з динамічною моделлю рецидиву. Марлатт і Віткевич описують взаємний вплив когнітивних процесів, афекту, копіngu та поведінки. Наприклад, стрес може зменшити рівень самоефективності, а зниження самоефективності може посилити очікування позитивного ефекту від речовини. Ці очікування збільшують потяг який, в свою чергу, звужує доступний репертуар поведінки і, як наслідок, підвищує ймовірність вживання.

У польовій парадигмі такий процес можна описати як зміну конфігурації поля. У певний момент деякі елементи ситуації набувають більшої психологічної значущості, а інші відходять на периферію. Наприклад, після конфлікту в соціумі

на передній план може вийти не сам конфлікт, а переживання приниження, самотності, безсилля, тощо. Водночас підтримувальні контакти, довгострокові цілі та наслідки вживання можуть втратити суб'єктивну вагу. Це обумовлено в тому числі тим, що в кожній ситуації існує ситуаційна, а не індивідуально-особистісна потреба, яка керує ситуацією і організовує її в тандем фігури і фону [5]. У момент зростання ризику речовина або адиктивна дія може опинитись в фокусі уваги, тобто стати фігурою, тоді як альтернативні можливості реагування перестають сприйматися як реальні варіанти. Зовні людина може мати десятки альтернатив, але суб'єктивно переживати лише одну. Саме тому профілактика рецидиву повинна працювати не тільки з тригерами, а з усією конфігурацією ситуації: що зараз відбувається, що людина переживає, що вона бачить як можливі дії, що перестало бути доступним у її сприйнятті, які сили штовхають її до адиктивної поведінки та які сили можуть підтримати інший вибір.

Отже, рецидив - це не просто подія, не просто результат дій, або їх відсутності і не автоматична реакція на тригер. Це результат динамічної взаємодії людини та ситуації в конкретний момент часу.

Теоретичною основою польового підходу може бути теорія поля Курта Левіна. У своїх роботах Левін запропонував розглядати поведінку не ізольовано від контексту, а через взаємозв'язок людини та її психологічного середовища [2; 3]. Одним із центральних положень його теорії є формула:

$$B = f(P, E)$$

де B - поведінка, P - особистість, E - оточуюче середовище. Відповідно до якої поведінка є функцією людини та її середовища.

Принципово важливо, що під середовищем у Левіна мається на увазі не просто фізичний простір. Психологічно значущим є те середовище, яким людина його переживає. Тому одна й та сама об'єктивна подія може мати різні поведінкові наслідки залежно від того, яке місце вона займає в життєвому просторі конкретної людини. Левін використовував поняття життєвого простору - системи психологічно значущих факторів, актуальних для людини в певний момент. Його теорія також використовує топологічну та векторну мову:

психологічне поле складається з регіонів, кордонів, напрямків і сил, які впливають на можливість руху людини до певної мети [2].

Розглянемо умовну ситуацію: людина перебуває у ремісії, після конфлікту на роботі повертається додому і відчуває сильне напруження. У телефоні зберігається контакт колишнього партнера по вживанню. У квартирі немає близьких. Наступного дня немає важливих справ. Раніше речовина швидко знижувала напруження. У традиційному описі можна сказати: «робочий стрес став тригером». Польовий аналіз буде значно детальнішим.

У життєвому просторі одночасно присутні кілька регіонів: стресова робота, конфлікт, самотність, фізичне напруження, пам'ять про ефект речовини, доступний контакт, відсутність негайних соціальних обмежень, а також ціль збереження ремісії. Між цими елементами виникають різноспрямовані сили. Одні сили спрямовують людину до вживання як до швидкого способу зміни стану, інші - до збереження тверезості, контакту з близькими, професійних і життєвих цілей. У такій моделі поведінка залежить не від одного сильного тригера, а від конфігурації сил у конкретному полі. Особливо важливим є поняття психологічного бар'єру. Якщо людина бачить лише два варіанти: терпіти нестерпне напруження або вжити, то альтернативна поведінка фактично стає психологічно недоступною, навіть якщо формально вона існує. Завдання терапії тоді полягає не тільки в тому, щоб переконати клієнта не вживати, а в тому, щоб розширити поле доступних дій.

Важливо наголосити: Левін не створював теорію спеціально для адиктології, тому застосування його моделі до рецидиву є теоретичною екстраполяцією, на основі практичного досвіду автора, а не окремо доведеною моделлю втручання. Водночас вона добре узгоджується із сучасним розумінням рецидиву як динамічного процесу, в якому взаємодіють індивідуальні та контекстуальні фактори. Отже, польова концептуалізація змінює акценти. Замість питання, чому відбулось вживання ПАР (епізод гри, тощо), досліджується, яка конфігурація життєвого простору зробила саме цю поведінку найбільш доступною в конкретний момент.

Одним із ключових положень запропонованої польової парадигми є припущення, що ризик рецидиву залежить не тільки від кількості зовнішніх факторів ризику і нових, опанованих індивідом паттернів реагування, але й від того, наскільки людина здатна помічати та диференціювати елементи власної ситуації. Дослідження профілактики рецидиву підкреслюють роль самоефективності та копінг-навичок. У динамічній моделі рецидиву вони не існують окремо від ситуації: здатність людини ефективно впоратися зі стресом впливає на її оцінку власних можливостей, а ця оцінка, своєю чергою, пов'язана з подальшою поведінкою.

У польовій термінології можна описати кілька рівнів. На першому рівні людина усвідомлює переважно сам факт поведінки: «Я знову вживаю». Причини та передумови залишаються недиференційованими. На наступному рівні вона може помічати безпосередні тригери: «Я вживаю, коли сварюся з партнером». Більш високий рівень передбачає розпізнавання ланцюга ситуаційних змін: «Після конфлікту я відчуваю сором, потім ізолююсь, перестаю відповідати близьким, починаю думати, що ніхто мене не розуміє, згадую попередній досвід вживання, і саме тоді потяг різко посилюється». Нарешті, найбільш функціональним є здатність бачити всю конфігурацію поля: зовнішні події, тілесний стан, емоції, думки, міжособистісні процеси, доступні ресурси та альтернативні дії.

Так, усвідомлення в польовій парадигмі це не просто знання про тригери. Це здатність бачити взаємозв'язок між собою, середовищем і власною поведінкою в актуальній ситуації. Саме розширення цього поля усвідомлення потенційно збільшує кількість доступних способів реагування. Людина переходить від переживання «зі мною це просто трапляється» до «я можу помітити, як змінюється моя ситуація, і втрутитися до того, як адиктивна поведінка стане домінуючим варіантом».

У польовому підході психолог не виступає лише як експерт, який повідомляє клієнту список небезпечних тригерів. Його завдання полягає у

спільному дослідженні конфігурації поля та допомозі клієнтові помітити ті елементи ситуації, які безпосередньо впливають на його стан і поведінку.

На ранньому етапі ремісії терапевтичними мішенями доцільно робити насамперед стабілізацію, розпізнавання безпосередніх факторів ризику, формування конкретного плану реагування та розвиток доступних альтернатив адиктивній поведінці. Тут польовий аналіз повинен бути максимально конкретним, оскільки надмірно складний аналіз внутрішніх конфліктів може поступатися за пріоритетністю навичкам саморегуляції та управління ситуаціями високого ризику. Це відповідає логіці когнітивно-поведінкової профілактики рецидиву, де особливе значення мають копінг-навички, самоефективність та робота з ситуаціями високого ризику.

На більш тривалому етапі ремісії, за умови достатньої стабільності, терапевтична робота може ставати більш різноманітною. У центрі уваги можуть опинитися питання формування стосунків, способи регуляції афекту, хронічні джерела стресу, труднощі ідентифікації потреб, соціальне середовище та життєві цілі.

Висновки. Польова парадигма може слугувати способом інтеграції різних підходів. Когнітивні процеси, афекти, копінг, стосунки, середовище та поведінка розглядаються не як ізольовані причини, а як взаємопов'язані елементи актуальної ситуації. У такому розумінні профілактика рецидиву - це не боротьба людини із самою собою. Це робота зі зміною конфігурації поля таким чином, щоб у критичній ситуації неадиктивні способи контакту, регуляції та дії залишалися психологічно доступними.

Література:

1) Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151–160.

- 2) Lewin K. Field theory in social science: Selected theoretical papers / ed. by D. Cartwright. New York : Harper & Row, 1951. URL: <https://archive.org/details/fieldtheoryinsoc0000lewi>
- 3) Lewin K. Principles of topological psychology. New York : McGraw-Hill Book Company, 1936. 231 p. URL: <https://archive.org/details/principlesoftopo0000kurt>
- 4) Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- 5) Wollants G. Self of the situation // Self: A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists / ed. by J.-M. Robine. St. Romain la Virvée : L'Exprimerie, 2016. c. [160].
- 6) Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224–235.
- 7) Zuccon, M., Topino, E., Musetti, A., & Gori, A. (2023). Psychodynamic therapies for the treatment of substance addictions: A PRISMA meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 13(10), 1469.

Проценко Б.О.,

Практичний психолог в психіатричному відділенні
КНП КМКЛ № 10 м. Києва.;
практичний психолог ГО «Повернись до мирного життя»;
ветеран війни, учасник бойових дій;
дійсний член НПА дивізіон «Адиктологія»,
здобувач ступеня PhD Інституту психології
імені Г.С. Костюка НАПН України,
bod80@ukr.net
ORCID 0009-0004-4887-2673

Олішевський О.В.,

Практичний психолог, керівник
програми психо-соціальної реабілітації.
Психіатричне відділення КНП КМКЛ № 10 м. Києва.

ВІД НОРТФІЛДА ДО «МАРІЇНОЇ ШКОЛИ» ТА КРИЗОВОГО ЦЕНТРУ: ЕВОЛЮЦІЯ МОДЕЛІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СПІЛЬНОТИ

Актуальність. Розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, посттравматичний стресовий розлад та інші наслідки психічної травматизації внаслідок повномасштабної війни в Україні вимагають переосмислення моделей психіатричної та психосоціальної допомоги. Одним із найстійкіших підходів, який довів свою ефективність упродовж понад восьми десятиліть у різних історичних і клінічних контекстах, є модель терапевтичної спільноти. Дослідження її історичної еволюції — від військової психіатрії до сучасної

кризової допомоги постраждалим від війни — має суттєве практичне значення для розбудови вітчизняної системи психіатричної реабілітації.

Мета доповіді — простежити історичну й теоретичну еволюцію моделі терапевтичної спільноти від її витоків у Нортфілдських експериментах (1943–1946) через теоретичну систематизацію Максвелла Джонса та Джорджа Де Леона до сучасної української практики — терапевтичної спільноти «Маріїна школа» та Кризового центру «Соціотерапія», а також обґрунтувати принципи інтегративної моделі терапевтичної спільноти в умовах психіатричного відділення.

Матеріали та методи. Використано історико-теоретичний аналіз первинних і вторинних джерел з історії Нортфілдських експериментів (праці В. Біона, Дж. Рікмана, С. Г. Фоулкса, Т. Мейна), теоретичних робіт М. Джонса та Дж. Де Леона щодо моделі «community as method», а також відкритих інформаційних джерел щодо діяльності терапевтичної спільноти «Маріїна школа» та Кризового центру «Соціотерапія» (м. Київ). Застосовано порівняльний аналіз організаційних принципів на різних історичних етапах розвитку моделі.

Результати. Встановлено, що модель терапевтичної спільноти пройшла п'ять послідовних етапів трансформації. На першому етапі (Нортфілд, 1943–1946) відбулося практичне відкриття терапевтичного потенціалу групи та інституції у військовій психіатрії. На другому етапі (М. Джонс, 1950-і рр.) модель була теоретично формалізована через чотири культурні принципи — демократизацію, дозволеність, комунальність та конфронтацію з реальністю. На третьому етапі (США, 1958–1960-і рр.) модель трансформувалася в самостійний напрям реабілітації залежностей (Synanon, Daytop Village, Phoenix House), а на четвертому — Дж. Де Леон здійснив наукову систематизацію моделі, сформулювавши принцип «community as method» (2000).

П'ятий етап представлений українською практикою: терапевтична спільнота «Маріїна школа» (з 1998 р.) реалізує класичну модель ТС для реабілітації залежностей, тоді як заснований у червні 2022 р. на базі того самого закладу Кризовий центр «Соціотерапія» демонструє адаптацію тієї самої

традиції до нової категорії постраждалих — цивільних і військових із гострими стресовими станами та ПТСР, спричиненими війною.

Обґрунтовано п'ять принципів інтегративної моделі терапевтичної спільноти для психіатричного відділення:

1. демократичний стиль взаємодії;
2. увага до групової динаміки відділення;
3. розуміння середовища як чинника одужання або перешкоди;
4. мультимодальність опрацювання досвіду;
5. гнучкість тривалості програми.

Висновки. Модель терапевтичної спільноти є не історичним артефактом, а гнучкою й адаптивною концепцією, здатною еволюціонувати від умов військового психіатричного шпиталю до сучасної кризової допомоги постраждалим від війни. Центральний принцип, сформульований інтуїтивно в Нортфілді та теоретично оформлений Дж. Де Леоном як «community as method», зберігає актуальність для розбудови сучасних вітчизняних моделей психіатричної та психосоціальної реабілітації осіб із залежностями, ПТСР та іншими розладами.

Література:

1. De Leon G. The therapeutic community: theory, model, and method. New York : Springer Publishing Company, 2000. 430 p.
2. Main T. The concept of the therapeutic community: Variations and vicissitudes. *Group Analysis*. 1977. Vol. 10, no. 2_suppl. P. C1–C16. DOI: 10.1177/053331647701000201S.
3. Kooyman M. The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement and treatment outcome. Amsterdam : Swets & Zeitlinger, 1993. 222 p.
4. Jansen E. (Ed.). The therapeutic community: Outside the hospital. London: Croom Helm, 1980. 280 p.

5. Levy E. S., Faltico G. J., Bratter T. E. The development and structure of the drug free therapeutic community. *The Addiction Therapist*. 1977. Vol. 2, no. 2. P. 40–52.
6. Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective / W. Vanderplasschen et al. *The Scientific World Journal*. 2013. Vol. 2013. Art. ID 427817. DOI: 10.1155/2013/427817.
7. Harrison T. Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield experiments: Advancing on a different front. London : Jessica Kingsley Publishers, 2000. 319 p. (Therapeutic Communities, vol. 5).
8. Старков Д. Ю., Ярий В. В., Олішевський О. В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом. Київ, 2023.

Пюрковска Іванна

здобувачка другого магістерського ступеня вищої освіти

спеціальність С4 «Психологія»

УДУ ім. М. Драгоманова

Психологиня, тренерка центру Відновлювальної терапії

«New Life», Київська область

iwanapiorkowska@gmail.com

РОЛЬ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ У СТАНОВЛЕННІ ВНУТРІШНЬОЇ МОТИВАЦІЇ ДО ТВЕРЕЗОСТІ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

Анотація. Досліджується формування мотивації до тверезості при хімічній залежності. Проаналізовано роль інтернального локусу контролю та самоефективності. Обґрунтовано необхідність андрагогічного і салютогенного середовища для ресоціалізації.

Abstract. The paper explores the formation of motivation for sobriety in chemical addiction. The role of internal locus of control and self-efficacy is analyzed. The need for an andragogical and salutogenic environment for resocialization is substantiated.

Ключові слова: внутрішня мотивація, локус контролю, самоефективність, хімічна залежність, салютогенез.

Keywords: internal motivation, locus of control, self-efficacy, chemical addiction, salutogenesis.

Мета роботи: Теоретичне обґрунтування ролі інтернального локусу контролю та самоефективності у формуванні внутрішньої мотивації до тверезості в осіб із хімічною залежністю, а також визначення умов підтримувального терапевтичного середовища для їхнього розвитку.

Aim: Theoretical substantiation of the role of internal locus of control and self-efficacy in forming internal motivation for sobriety in individuals with chemical addiction, and determining the supportive therapeutic environment conditions for their development.

Вступ. У структурі реабілітації осіб із хімічною залежністю мотивація є фундаментальним фактором ініціації лікування, прихильності до терапії та збереження довгострокової ремісії. Брак внутрішніх мотиваційних спонук виступає предиктором рецидиву [10]. Для забезпечення стійких поведінкових змін критично важливим є перехід пацієнта від екстернальної регуляції (детермінації поведінки виключно зовнішніми стимулами чи санкціями) до автономного функціонування, що передбачає орієнтацію на внутрішні ціннісні орієнтири [9], відновлення самостійності та прийняття власної відповідальності за процес одужання.

Виклад основного матеріалу. Інтегральним когнітивним механізмом, що опосередковує процес трансформації зовнішніх норм і цілей реабілітації у внутрішні переконання особистості (інтеріоризація), виступає концепт локусу контролю, запропонований Дж. Роттером [8]. Він являє собою генералізоване очікування індивіда щодо міри власного впливу на результати своєї діяльності. Дослідження вказують, що екстернальний локус (приписування відповідальності обставинам) корелює з пасивністю, феноменом вивченої безпорадності (сформованим переконанням у неможливості вплинути на аверсивне середовище) та ризиком депресивних станів [4]. Натомість інтернальний локус детермінує здатність протистояти стресогенам і виступає основою становлення відповідальності за результати свого благополуччя [4, 8].

Питання самодетермінації поведінки набуває цілісного онтологічного вираження в концепції вчинку В. А. Роменця. Він описує цей процес через вчинок — як акт вільного самовизначення [1]. Вчинок розгортається через ситуативний (вихідні суперечності), мотиваційний (ціннісний вибір), дійовий (реалізація вибору) компоненти та післядію (рефлексивну інтеграцію досвіду), що сукупно забезпечують безперервне формування життєвих смислів [1].

Набуття цих смислів створює необхідне підґрунтя для подальших поведінкових змін. У межах розробленої Е. Десі та Р. Раяном теорії самодетермінації (SDT) детально операціоналізується процес формування внутрішньої мотивації [9]. Трансформація мотиваційної сфери залежної особистості відбувається через послідовний перехід від амотивації (відсутності наміру) до інтегрованої регуляції, за якої цінності тверезості повністю узгоджуються з ідентичністю. Ця еволюція потребує задоволення базових психологічних потреб: в автономії (бути автором дій), компетентності (відчувати власну спроможність) та зв'язності й приналежності до інших [9].

Сформована мотивація потребує поведінкового підкріплення через розвиток самоефективності, яку А. Бандура визначає як предметно-специфічне переконання індивіда у власній здатності реалізувати конкретну поведінку [3]. Важливо зазначити, що локус контролю та самоефективність є незалежними конструктами [3, 4]. Стабільна адаптація вимагає їхнього поєднання, оскільки високий інтернальний локус за низької самоефективності корелює з відчуттям сумнівів у власних діях та самозвинуваченням.

Розвиток самоефективності у процесі реабілітації дидактично забезпечується через досвід власних досягнень, соціальне моделювання (спостереження за успіхами інших), вербальне схвалення, когнітивне перекодування фізіологічних станів та імагінальний досвід, який Дж. Мадукс розглядає як уявне моделювання успішних сценаріїв виходу з кризових ситуацій [7].

Можна дійти висновку, що формування зазначених конструктів вимагає організації специфічного терапевтичного середовища, альтернативного директивній медичній моделі [9]. Ефективним може бути впровадження принципів педагогіки та андрагогіки, що концептуалізовані в працях М. Ноулза [6]. Цей підхід базується на суб'єкт-суб'єктній взаємодії та врахуванні наявного життєвого досвіду дорослої особи, об'єктивуючи її відповідальність та здатність до самостійності. Доповнення такого середовища салютогенним підходом А. Антоновскі зміщує фокус із патогенезу (фіксації на хворобі) на активацію

ресурсів здоров'я через зміцнення «відчуття зв'язності» (Sense of Coherence) [2], яке відображає здатність суб'єкта сприймати світ як зрозумілий, керований та сенсовний, що є визначальним для ресоціалізації особистості [5].

Висновки. Формування стійкої мотивації до тверезості є нелінійним процесом особистісної трансформації. Аналіз емпіричних даних щодо взаємозв'язку локусу контролю та внутрішньої мотивації до тверезості дає розуміння, що цей процес вимагає обов'язкового переходу від зовнішнього регулювання поведінки до глибокої інтернальності та самостійності.

Своєю чергою, комплексний аналіз ключових теоретичних підходів — теорії локусу контролю (Дж. Роттер), теорії самодетермінації (Е. Десі, Р. Раян), психології вчинку (В. Роменець) та концепції самоефективності (А. Бандура) — дозволяє розглядати подолання залежності не як суто біохімічну стабілізацію, а як акт усвідомленого самовизначення, в якому індивід бере відповідальність за своє життя.

Водночас інтеграція педагогічних, андрагогічних та салютогенних умов, які сприяють залученості автономії клієнта та керуванню ним процесом реабілітації, робить реабілітаційний простір підтримувальним середовищем, що зміцнює орієнтацію на розвиток стійких внутрішніх мотивів.

Література:

1. Роменець, В. Вчинок і проблема детермінізму у вітчизнянній психології [Текст] / Володимир Роменець // Психологія і суспільство. - 2011. - № 2. - С. 15-21.
2. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
3. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
4. Bavojdan, Mozghan & Towhidi, Afsaneh & Rahmati, Abbas. (2011). The Relationship between Mental Health and General Self-Efficacy Beliefs, Coping Strategies and Locus of Control in Male Drug Abusers. *Addiction & health*. 3. 111-8.

5. Curyło, M., Rynkiewicz-Andryśkiewicz, M., Andryśkiewicz, P., Mikos, M., Lusina, D., Raczkowski, J. W., Juszczak, G., Kotwas, A., Sygit, K., Kmiec, K., Cipora, E., Kaczmarek, M., Banaś, T., Strzpek, Ł., Śliwczyński, A., Krakowiak, J., Świtalski, J., Partyka, O., & Czerw, A. (2022). The Sense of Coherence and Health Behavior of Men with Alcohol Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8650. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148650>

6. Knowles M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy* / Malcolm Shepherd Knowles. — Chicago: Associated Press Follett Publishing Company. — 400 p.

7. Maddux, J. E. (2009). Self-Efficacy: The Power of Believing You Can. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 277-287). Oxford: Oxford University Press.

8. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28.

9. Ryan, R. M., Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness* / ed. by R. M. Ryan, E. L. Deci. Guilford Press.

10. Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive behaviors*, 28(7), 1219–1241.

GeminiPro від Google був залучений для перекладу окремих сегментів тексту англійською мовою.

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

ХАРЧОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК СПОСІБ ПСИХОЛОГІЧНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ: АДΙΚТОЛОГІЧНИЙ ПОГЛЯД

Традиційне твердження: «людина має зайву вагу через неправильне харчування», в цілому, правильне. Саме нездорове харчування є базовою причиною зайвої ваги, але ключові механізми цієї проблеми криються в індивідуальних біологічних та психологічних нюансах. Психологічний аспект проблеми: людина переїдає, бо не може та не вміє витримувати напругу, усвідомлювати власні потреби, отримувати задоволення без їжі і, взагалі, не має достатньо психічного ресурсу, щоб контролювати даний процес. Дефіцит ресурсу виникає, коли людина не співчуває сама собі адже має хронічне почуття провини та сорому, низьку самооцінність, які виникають в результаті особливостей прив'язаності, раннього травматичного досвіду, чи сімейної традиції виражати любов через пригощання – тоді їжа стає доступним способом самозаспокоєння.

Аналіз теоретичних досліджень проблеми порушень харчової поведінки показує нам межу між харчовою залежністю та компульсивним переїданням. У літературі ці поняття часто використовують як синоніми, хоча це не зовсім коректно. Доцільно зазначити, що компульсивне переїдання є клінічно визнаним розладом харчової поведінки, тоді як концепція «харчової залежності»

залишається предметом наукових дискусій. Водночас обидва феномени мають спільні у психологічних механізмах ознаки: непереборне бажання, брак контролю та довільності, автоматичну поведінку, негативне підкріплення, які виникають, як реакція на внутрішню тривогу чи напругу та проявляються через використання їжі для регуляції емоцій.

Таким чином, харчова залежність виникає в результаті недорозвитку саморегуляції, а переїдання нерідко є адаптивною відповіддю психіки на емоційний дистрес, яка з часом перетворюється на стійкий адиктивний спосіб регуляції внутрішнього стану. У випадку «заїдання» емоцій у психіці виникає такий цикл: емоційний біль або стрес викликає внутрішню напругу; в той же час дефіцит навичок емоційної саморегуляції спонукає людину використовувати їжу, як швидкий та легкодоступний спосіб полегшення, в результаті цього відчувається короткочасне зниження напруги, однак за ним з'являється почуття провини та сорому, що призводить до зниження самоцінності (я слабкий, я не можу тримати себе в руках), що в свою чергу спричиняє повторне переїдання як спосіб уникнення неприємних переживань, стрес посилюється і коло замикається, цикл повторюється. В результаті такого способу з'являється зайва вага. І хоч саме вона є тим критерієм, який вказує на наявність харчової залежності чи компульсивного переїдання, зайва вага тут – один із можливих клінічних проявів, «результат роботи» психологічного механізму.

Тоді, на відміну від поширеної нині думки: стрес → харчова залежність → зайва вага, ми можемо запропонувати визначення харчової залежності саме як психологічного феномена, не замість клінічних чи психіатричних визначень, а як доповнення до них. Харчова залежність – це стійкий спосіб психологічної саморегуляції, за якого вживання їжі або окремих її видів набуває функції домінуючого механізму зниження емоційного дистресу, компенсації фрустрованих психологічних потреб і підтримання суб'єктивної внутрішньої рівноваги, незважаючи на усвідомлення негативних наслідків такої поведінки. Таким чином, об'єктом психологічної залежності стає не їжа як така, а той емоційний ефект, який вона забезпечує.

Отже психотерапевтичне втручання має бути спрямоване не тільки на зміну харчової поведінки, а й на розуміння психологічної функції, яку ця поведінка виконує для конкретної людини. А це можуть бути функції: емоційного регулювання, компенсації, захисту, комунікації, уникання чи швидкого відновлення суб'єктивного відчуття безпеки. Усвідомлення це тільки частина вирішення проблеми, тому психотерапевтична допомога має бути спрямована не лише на зміну харчової поведінки, а насамперед на розвиток здатності людини: розпізнавати власні емоції; витримувати напругу без імпульсивних дій; формувати безпечні способи само підтримки та нові способи отримання задоволення; відновлювати контакт із тілесними сигналами голоду та насичення; усвідомлювати самоцінність та вибудовувати доброзичливіше ставлення до себе.

Свіргун М.В.,

психолог, сертифікований психотерапевт

Модератор «Дивізіону Адиктологія» НПА

+380 97 413 99 91

м. Вінниця, Україна

maranasvirgun@gmail.com

РАННІ ОБ'ЄКТНІ СТОСУНКИ ЯК ПСИХОДИНАМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Вступ. Адиктивна поведінка є складним біопсихосоціальним феноменом, формування якого відбувається під впливом сукупності біологічних, психологічних, міжособистісних та соціокультуральних чинників. Сучасне розуміння залежності передбачає відмову від спрощених моделей, у межах яких її виникнення пояснюється одним фактором. Водночас залишається важливим питання, чому за однакової доступності психоактивних речовин або інших адиктивних об'єктів у одних людей формується стійкий патерн залежності, тоді як в інших він не виникає.

Психодинамічний підхід дозволяє розглядати це питання через призму функції адиктивної поведінки у психічному житті конкретної людини. У такій перспективі важливим стає не лише факт вживання психоактивної речовини або реалізації іншої адиктивної поведінки, а й те, який внутрішній стан передуює адиктивній дії, що саме змінюється після неї та яку психологічну функцію виконує адиктивний об'єкт.

Сучасні психодинамічні моделі залежності пов'язують адиктивну поведінку, зокрема, з труднощами регуляції афекту, порушеннями саморегуляції та особливостями ранніх реляційних патернів. Водночас ці моделі розглядаються

у взаємодії з нейробіологічними, середовищними та соціальними чинниками. Одним із рівнів такого аналізу є дослідження ранніх об'єктних стосунків.

Метою роботи є теоретико-психодинамічний аналіз ролі ранніх об'єктних стосунків у формуванні психологічних передумов адиктивної поведінки, зокрема дослідження взаємозв'язку між характером ранньої взаємодії з первинним об'єктом, формуванням внутрішніх об'єктних репрезентацій, здатністю до афективної саморегуляції та подальшим використанням адиктивного об'єкта як способу модифікації психічного стану.

Основний зміст. У психоаналітичній теорії об'єктних стосунків рання взаємодія дитини з первинним об'єктом розглядається як один із фундаментальних чинників формування внутрішньої психічної організації. У процесі повторюваної взаємодії дитина поступово формує репрезентації себе, значущого іншого та характеру взаємин між ними. Ці репрезентації надалі впливають на здатність людини переживати близькість, залежність, втрату, фрустрацію та самотність.

У роботах М. Кляйн, Р. Фейрбарна, Д. Віннікотта та О. Кернберга ранні об'єктні стосунки розглядаються як важливий чинник формування внутрішніх об'єктів, структури особистості та здатності інтегрувати суперечливі афективні й міжособистісні переживання.

На ранніх етапах розвитку дитина не має достатньо сформованих внутрішніх ресурсів для самостійної регуляції інтенсивних афективних станів. Значна частина цієї функції реалізується у взаємодії з первинним об'єктом. Дорослий допомагає дитині витримувати страх, фрустрацію, тривогу, гнів та інші сильні переживання, надає їм значення та сприяє їх поступовій психічній інтеграції.

У процесі достатньо стабільної взаємодії зовнішня регуляція поступово інтеріоризується. Те, що спочатку відбувається за участю значущого іншого, згодом стає частиною власної здатності людини регулювати психічний стан. Таким чином, раннє співрегулювання створює передумови для розвитку здатності витримувати психічну напругу без необхідності негайно її усувати.

Водночас за умов недостатньо стабільної, непослідовної або емоційно недоступної взаємодії формування внутрішніх способів регуляції може ускладнюватися. Йдеться не лише про наявність чи відсутність турботи, а про здатність первинного об'єкта розпізнавати афективний стан дитини, витримувати його інтенсивність і відповідати на нього достатньо передбачуваним способом.

За таких обставин дитині може бути складніше формувати внутрішнє відчуття безпеки, інтегрувати афективний досвід і поступово переходити від зовнішньої до внутрішньої регуляції. Дослідники, які інтегрують психодинамічну та теорію прив'язаності, розглядають ранній реляційний досвід як один із факторів, що може створювати подальшу вразливість до труднощів саморегуляції та адиктивної поведінки.

Особливого значення набуває здатність залишатися у контакті з власним афектом, не переходячи негайно до дії. Якщо психічне напруження переживається як надмірне, нестерпне або таке, що не має достатнього символічного представлення, його регуляція може здійснюватися переважно через поведінкові способи.

Саме тут може виникати один із психодинамічних механізмів, релевантних для розуміння адиктивної поведінки.

Адиктивний об'єкт може виконувати функцію своєрідного зовнішнього регулятора психічного стану. Психоактивна речовина, їжа, азартна гра, сексуальна активність, цифрове середовище або інша форма компульсивної поведінки можуть тимчасово змінювати внутрішній стан і знижувати рівень психічної напруги. У такому випадку адиктивна дія може бути спрямована не стільки на отримання задоволення, скільки на припинення або модифікацію нестерпного переживання.

Сучасні психодинамічні підходи до залежності підкреслюють саме цю регуляторну функцію: адиктивний об'єкт може використовуватися для регуляції афекту, самооцінки, міжособистісної напруги та переживання психологічного дискомфорту.

У цьому контексті важливим є розмежування пошуку задоволення та пошуку регуляції. Для частини пацієнтів адиктивний об'єкт поступово набуває функції, яку в ранньому розвитку виконував значущий інший: заспокоювати, знижувати тривогу, допомагати переносити самотність, заповнювати переживання порожнечі або тимчасово створювати відчуття психічної цілісності.

Водночас це не означає буквального перенесення образу первинного об'єкта на психоактивну речовину чи інший адиктивний об'єкт. Йдеться про можливе повторення певної функції регуляції, яка недостатньо інтегрувалася у внутрішню психічну структуру.

Іншим важливим аспектом є формування здатності переживати відсутність об'єкта. У процесі розвитку дитина поступово набуває можливості залишатися у зв'язку з внутрішньою репрезентацією значущого іншого навіть за його фізичної відсутності. Це створює основу для толерантності до самотності, очікування, фрустрації та відкладеного задоволення. Якщо переживання відсутності іншого пов'язується з надмірною тривогою, покинутістю або внутрішньою порожнечею, доросла людина може мати підвищену потребу швидко відновлювати психічну рівновагу через зовнішній об'єкт. У такому випадку адиктивний об'єкт може набувати особливої регуляторної цінності саме завдяки своїй доступності та здатності швидко змінювати суб'єктивний стан.

Психодинамічне розуміння залежності також передбачає увагу до характеру внутрішніх об'єктних репрезентацій. За недостатньої інтеграції позитивних і негативних аспектів себе та іншого можуть виникати труднощі з утриманням амбівалентності. Людині стає складніше одночасно переживати любов і агресію, залежність і автономію, потребу в близькості та страх перед нею. Такі суперечливі стани можуть переживатися як надмірно напружені та вимагати швидкого психічного розрядження. У цьому контексті адиктивна дія може виконувати функцію своєрідного скорочення складного психічного процесу: замість того щоб залишатися у контакті з конфліктом, афектом або

суперечливим переживанням, людина переходить до дії, яка швидко змінює її психічний стан.

Саме тому в психодинамічній роботі з адиктивним пацієнтом важливо досліджувати не лише що він робить, а й що відбувається з ним безпосередньо перед адиктивною дією: який афект виникає, яка внутрішня ситуація переживається як нестерпна, чого людина очікує від адиктивного об'єкта та який стан отримує після дії.

Так, психодинамічна концептуалізація дозволяє побачити адиктивну поведінку не лише як патологічний симптом, а і як спосіб, за допомогою якого психічна система намагається впоратися з переживанням, для якого поки недостатньо інших засобів регуляції. Подібна перспектива представлена і в сучасних інтегративних моделях, які поєднують ранній розвиток, прив'язаність, афективну регуляцію та нейробіологічні механізми залежності.

Наукова новизна роботи полягає у систематизації психодинамічного розуміння адиктивної поведінки через взаємозв'язок трьох рівнів: ранніх об'єктних стосунків, формування внутрішніх механізмів афективної регуляції та функції адиктивного об'єкта у дорослому психічному житті. Уточнено положення про те, що адиктивна поведінка може виконувати не лише гедонічну, а й регуляторну функцію, забезпечуючи тимчасове зниження психічної напруги та модифікацію складних афективних станів. Запропоновано розглядати ранні об'єктні стосунки не як пряму етіологічну причину залежності, а як один із психодинамічних рівнів формування вразливості, пов'язаний із розвитком здатності до саморегуляції, толерантності до фрустрації, переживання самотності та інтеграції суперечливого емоційного досвіду.

Практичне значення психодинамічного підходу полягає у можливості зміщення фокусу терапевтичної роботи від виключно контролю адиктивної поведінки до дослідження її психологічної функції.

У психотерапевтичному процесі доцільним є дослідження послідовності: афективний стан → внутрішній конфлікт або переживання → адиктивний імпульс → адиктивна дія → зміна психічного стану.

Це дозволяє визначити, яку саме функцію виконує адиктивний об'єкт для конкретного пацієнта: зниження тривоги, регуляцію гніву, уникнення переживання втрати, подолання самотності, компенсацію внутрішньої порожнечі, регуляцію самооцінки або тимчасове відновлення суб'єктивного відчуття контролю.

Відповідно, терапевтична робота може бути спрямована не лише на припинення адиктивної дії, а й на поступове формування більш зрілих способів афективної саморегуляції, здатності витримувати фрустрацію та переживати складні психічні стани без негайного переходу до дії.

Висновки. Ранні об'єктні стосунки є одним із важливих психодинамічних рівнів розуміння вразливості до адиктивної поведінки. У ранній взаємодії з первинним об'єктом поступово формуються способи переживання себе, іншого та взаємин між ними, а також здатність до регуляції афективних станів.

Характер раннього співрегулювання може впливати на подальше формування внутрішніх способів регуляції, толерантність до фрустрації, здатність переживати самотність і відсутність об'єкта та можливість інтегрувати суперечливі афективні переживання. За недостатньої сформованості цих внутрішніх ресурсів адиктивний об'єкт може набувати функції зовнішнього регулятора психічного стану. У такому випадку адиктивна поведінка може виступати способом тимчасового зниження психічної напруги, модифікації афекту або уникнення переживань, які суб'єктивно сприймаються як нестерпні.

Водночас ранні об'єктні стосунки не можуть розглядатися як самодостатня причина формування залежності. Адиктивна поведінка є результатом взаємодії біологічних, психологічних, реляційних та соціокультуральних чинників. Саме тому психодинамічний підхід до ранніх об'єктних стосунків доцільно розглядати як один із рівнів комплексної біопсихосоціальної моделі адикції.

Так, розуміння функції адиктивного об'єкта та її зв'язку з ранніми способами регуляції дозволяє перейти від питання «чому людина залежна?» до більш клінічно продуктивного питання: «що саме регулює для неї адиктивна поведінка і яку психічну функцію вона виконує?». Саме це питання може стати

важливою основою для диференційованої психотерапевтичної роботи з адиктивним пацієнтом.

Література:

Альварес-Монхарас М., Мейес Л. К., Потенца М. Н. Розвиткова модель залежностей: інтеграція нейробіологічних і психодинамічних теорій крізь призму прив'язаності. *Attachment & Human Development*. 2019. Т. 21, № 6. С. 616–637.

1. Фейрберн В. Р. Д. Психоаналітичні дослідження особистості. Лондон: Routledge & Kegan Paul, 1952.

2. Кернберг О. Ф. Межові стани та патологічний нарцисизм. Нью-Йорк: Jason Aronson, 1975.

3. Кляйн М. Нотатки про деякі шизоїдні механізми. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1946. Т. 27. С. 99–110.

4. Ханціан Е. Дж. Психодинамічна психотерапія для лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. У: Підручник з лікування залежностей: міжнародні перспективи. Springer, 2014. С. 811–819.

5. Потік Д., Адельсон М., Шрайбер С. Наркоманія з психодинамічної перспективи: замісна підтримувальна терапія метадоном як перехідний феномен. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2007. Т. 80, № 2. С. 311–325.

6. Тайпале Й. Контролюючи неконтрольоване: саморегуляція та динаміка залежності. *Scandinavian Psychoanalytic Review*. 2017. Т. 40, № 1.

7. Віннікотт Д. В. Перехідні об'єкти та перехідні феномени. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1953. Т. 34. С. 89–97.

8. Унтеррайнер Г. Ф. Залежність, прив'язаність і мозок: цілеспрямований огляд емпіричних досліджень та перспектив подальшого розвитку. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2025. Т. 19. Стаття 1625880.

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

ORCID ID: orcid.org/0000-0001-9220-8703

РЕ-СИНТЕЗ МЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ДОСВІДУ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ ГЕМБЛІНГУ

Анотація. Патологічний гемблінг розглянуто в аспекті порушення інтеграції трьох рівнів інтерпретації досвіду: тілесного сенсу, соціального значення та екзистенційного смислу. Запропоновано відповідну методику ре-синтезу трьох рівнів інтерпретації досвіду.

Ключові слова: патологічний гемблінг, ментальна модель, ре-синтез, реконструктивна психотерапія, суб'єкт-орієнтована психотерапія.

Abstract. Pathological gambling is considered in terms of impaired integration of three levels of experience interpretation: bodily sense, social meaning, and existential meaning. A corresponding method for the re-synthesis of the three levels of experience interpretation is proposed.

Keywords: pathological gambling, mental model, re-synthesis, reconstructive psychotherapy, subject-oriented psychotherapy.

Вступ. Психотерапія розладу азартних ігор представлена різними підходами, кожен із яких пояснює походження та підтримання гемблінгу через

власну систему психологічних механізмів. Поведінкові моделі акцентують увагу на процесах підкріплення, механізмах потягу та навичках самоконтролю; когнітивна психотерапія — на дисфункціональних когнітивних викривленнях; психодинамічні, гуманістичні та екзистенційні підходи — на особистісному смислі азартної гри, її зв'язку з життєвою історією, міжособистісними конфліктами та незадоволеними психологічними потребами [2].

Водночас патологічний гемблінг важко достатньо пояснити лише на одному рівні психологічного функціонування. Зміна когнітивних переконань не завжди супроводжується зміною тілесного переживання азарту, а після роботи з емоційною регуляцією можуть зберігатися соціальні уявлення про успіх, статус або гроші. Аналогічно, опрацювання особистісних та міжособистісних конфліктів не обов'язково приводить до перебудови автоматичних способів інтерпретації «ігрової ситуації».

У запропонованому підході психологічною мішенню терапії виступають не окремі поведінкові реакції, когнітивні викривлення чи міжособистісні конфлікти самі по собі, а спосіб їх інтеграції у єдину ментальну модель інтерпретації досвіду. Теоретичною основою такого підходу є суб'єкт-орієнтована модель психотерапії, у межах якої особистість розглядається як цілісна система конструювання та реконструкції власного досвіду [3].

Мета роботи. Теоретично обґрунтувати метод ре-синтезу інтерпретативної ментальної моделі при патологічному гемблінгу та визначити основні напрями психотерапевтичної реконструкції тілесного сенсу, соціального значення й екзистенційного смислу азартної гри.

Основний виклад матеріалу. У запропонованому підході патологічний гемблінг розглядається як порушення зв'язку між трьома рівнями єдиної ментальної моделі інтерпретації/менталізації досвіду: тілесним сенсом, соціальним значенням та екзистенційним смислом. Кожен із цих рівнів може бути частково збереженим і навіть досить добре описуваним клієнтом, однак вони функціонують роз'єднано, ніби не належать до єдиного досвіду.

Перший рівень — *тілесний сенс* (felt sense). Це поняття ширше за тілесні симптоми чи емоційні реакції: воно позначає переживання, яке вже має смисловий характер, хоча ще не завжди достатньо символізоване. Під час гри клієнт може відчувати силу, збудження, легкість, напругу, живість або полегшення. Проте ці переживання часто залишаються тілесно присутніми, але символічно неосмисленими: людина відчуває їх, але не розуміє, що саме вони означають у її житті.

Другий рівень — *соціальне значення*. На цьому рівні значення гри опосередковується соціальними шаблонами: успіх, перемога, статус, гроші, дорослість, мужність, сила, повага, незалежність, поразка або ганьба. Виграш перестає бути просто отриманням грошей і починає означати підтвердження успішності, цінності, дорослості або соціальної спроможності.

Третій рівень — *екзистенційний смисл*. Він пов'язаний із тим, як людина розуміє власне життя, власну історію, стосунки зі значущими людьми та питання особистої цінності. На цьому рівні азартна гра може виявлятися спробою довести щось важливій людині, отримати визнання, пережити гордість, відновити порушену самооцінку, компенсувати досвід приниження або символічно завершити давній міжособистісний конфлікт.

Хоча всі три рівні виконують функцію осмислення досвіду, вони відрізняються за способом його конституювання: тілесний сенс виникає на рівні безпосереднього переживання, соціальне значення — через культурні схеми та соціальні шаблони, а екзистенційний смисл — через цілісне розуміння власного життя та стосунків зі значущими іншими.

Патологічний гемблінг у запропонованій моделі зумовлений не так окремими порушеннями на кожному з трьох рівнів, як їх дисоціацією між собою. У патологічних гемблерів у нормативній життєвій діяльності тілесний сенс, соціальне значення та екзистенційний смисл можуть залишатися роз'єднаними й не утворювати єдиної ментальної моделі інтерпретації/менталізації в якійсь області життєвого досвіду. Натомість азартна гра може починати виконувати функцію їхнього тимчасового патологічного синтезу.

Так, у патологічного гемблера саме у грі тілесний досвід набуває соціального значення, а соціальне значення — екзистенційного смислу. Наприклад, тілесне переживання сили, піднесення або живості інтерпретується/менталізується через соціальну схему перемоги, успіху чи високого статусу, а ця схема, своєю чергою, набуває екзистенційного смислу — довести власну цінність, заслужити визнання, відновити почуття гідності або символічно завершити незавершений міжособистісний конфлікт.

Азартна гра, отже, може переживатися як місце психологічної цілісності. Однак такий синтез є патологічним, оскільки можливий лише в межах адиктивної поведінки. Завдання реконструктивної психотерапії полягає не в руйнуванні цього синтезу, а в його ре-синтезі в межах нормативної життєвої діяльності, де ці рівні інтерпретації/менталізації досвіду поєднуються без участі азартної гри. Подібний принцип реконструкції інтегрованого адиктивного досвіду раніше було застосовано при психотерапевтичній роботі з ейфорійною пам'яттю при хімічних адикціях [1].

Під ре-синтезом тут розуміється реконструкція єдиної ментальної моделі інтерпретації досвіду, компоненти якої інтегруються в межах нормативної життєвої діяльності — поза азартною грою. Психотерапевтична робота передбачає три взаємопов'язані етапи: реконструктивне дослідження трьох рівнів осмислення азартної гри, реконструкцію кожного з них та їх подальший ре-синтез.

На першому етапі терапевт досліджує, що саме клієнт тілесно переживає у грі, якими соціальними значеннями вона кодується та з якими життєвими, біографічними й міжособистісними смислами пов'язана азартна поведінка. Один і той самий досвід послідовно розглядається на тілесному, соціальному та екзистенційному рівнях, після чого встановлюються зв'язки між ними. У результаті реконструюється індивідуальна ментальна модель азартної гри.

Другий етап полягає в реконструктивній роботі з трьома компонентами цієї моделі. Робота з тілесним сенсом включає символізацію тілесного досвіду та розвиток здатності розпізнавати й регулювати тілесні стани. Робота із

соціальним значенням спрямована на реконструкцію соціальних шаблонів, що визначають уявлення про успіх, гроші, перемогу, поразку, статус, незалежність та силу. Робота з екзистенційним смислом зосереджена на дослідженні місця азартної поведінки в особистій історії клієнта та життєвих і міжособистісних завдань, які за допомогою гри клієнт намагається символічно розв'язати.

Третім етапом є *ре-синтез ментальної моделі*. На цьому етапі увага зміщується від зміни окремих компонентів до відновлення їхнього функціонування як єдиного цілого. Після реконструкції кожного з трьох рівнів вони знову розглядаються як єдина система. Терапевт повертається до центральної теми, виявленої на попередніх етапах, і співвідносить між собою тілесний сенс, соціальне значення та екзистенційний смисл.

Наприклад, клієнт переживає під час гри відчуття внутрішньої сили. На соціальному рівні ця сила інтерпретується як успішність, перемога та статус. На екзистенційному рівні вона може означати можливість заслужити гордість значущої людини або довести власну цінність. Після реконструкції кожного із цих компонентів терапевтичне питання змінюється: яким чином ця сама цілісна модель може реалізовуватися у звичайному житті?

Поступово формується новий спосіб інтеграції трьох рівнів. Переживання внутрішньої сили більше не пов'язується виключно з перемогою над іншими, а стає переживанням власної суб'єктності, яке може зберігатися незалежно від успіхів або невдач. Соціальне значення успішності реконструюється від постійної перемоги до здатності витримувати труднощі, приймати власні помилки та продовжувати діяти. Екзистенційний смисл переноситься із символічного доведення власної цінності через гру до реальних стосунків, професійної діяльності та особистісного розвитку.

Клінічна віньєтка. Наведений приклад є узагальненою клінічною віньєткою, побудованою на основі декількох психотерапевтичних випадків, і не відтворює історію конкретного клієнта.

Клієнт — чоловік середнього віку, військовий, учасник бойових дій, переведений за станом здоров'я через поранення на тилову роботу. На момент

звернення мав значні борги, пов'язані з азартною грою, перебував у тяжкому емоційному стані. Після кризової стабілізації та відновлення базового контролю над азартною поведінкою було проведено реконструктивне дослідження трьох рівнів інтерпретації досвіду.

На тілесному рівні центральним переживанням виявилось відчуття сили, енергії та гордості після виграшу. Найближчим життєвим аналогом клієнт визначив власні спортивні виступи в дитинстві, коли після перемоги зал аплодував йому і він переживав сильне почуття гордості та визнання.

На рівні соціального значення центральною виявилася не стільки цінність грошей, скільки переживання себе як успішної, морально гідної та соціально значущої людини. У фантазіях про великі виграші гроші виступали засобом забезпечити родину, а надалі — допомагати ветеранам. Тож гроші набували значення успішності, моральної спроможності та суспільного визнання.

Екзистенційний рівень був пов'язаний із потребою у визнанні з боку значущих інших. У стосунках із дружиною клієнт переживав себе недостатньо успішним і не отримував бажаного визнання. Дослідження життєвої історії виявило зв'язок цього переживання з дитячим досвідом, у якому мати активно підтримувала його, захоплювалася його успіхами та відкрито ним пишалася. У дорослому житті клієнт намагався отримати від дружини подібну форму безумовного захоплення й прийняття.

Під час ре-синтезу центральним завданням стало не усунення переживання гордості або сили — натомість змінювався спосіб їх інтеграції. Клієнт поступово навчався розрізняти гордість, залежну від зовнішнього визнання, та почуття власної гідності, яке не потребує постійного підтвердження іншими. Одночасно реконструювалася соціальна модель успішності: від необхідності постійно перемагати — до здатності діяти відповідно до власних цінностей і зберігати власну гідність незалежно від зовнішнього схвалення. Нова інтегрована модель опрацьовувалася в конкретних ситуаціях взаємодії з дружиною, керівниками та іншими значущими фігурами.

Висновки. Запропонований підхід виходить за межі розуміння патологічного гемблінгу як поведінкової залежності, сукупності когнітивних викривлень або прояву невирішених особистісних конфліктів. Центральним об'єктом психотерапії тут постає цілісна інтерпретативна ментальна модель, за допомогою якої людина осмислює власний досвід азартної гри та пов'язані з нею переживання.

У межах запропонованої моделі патологічний гемблінг підтримується головно дисоціацією тілесного сенсу, соціального значення та екзистенційного смислу в нормативній життєвій діяльності, а не порушеннями кожного з цих рівнів окремо. Азартна гра тимчасово виконує функцію їхнього патологічного синтезу, забезпечуючи переживання психологічної цілісності. Виходячи з цього, психотерапевтична робота включає реконструктивне дослідження трьох рівнів інтерпретації досвіду, реконструкцію ментальних моделей на кожному з них та їх подальший ре-синтез.

Принцип ре-синтезу розвиває ідею нормативного відтворення в повсякденному житті психологічного досвіду, який раніше був доступний адикту переважно в межах адиктивної поведінки. Так, раніше автором було запропоновано концепцію, відповідно до якої адиктивний «кайф» розглядався як симуляція того життєвого досвіду, який був найбільш дефіцитарним у повсякденному житті, а завданням терапії було «повернення» цього переживання із симуляційного режиму в нормативний [4]. Однак ре-синтез не обмежується перенесенням окремих переживань або пошуком їх нормативних аналогів. Його предметом є сам спосіб організації досвіду: відновлення зв'язку між тілесним сенсом, соціальним значенням та екзистенційним смислом і формування їх цілісної інтеграції поза азартною грою. Якщо концепт адиктивної симуляції концентрується насамперед на «справжності» психологічного досвіду, то концепт ре-синтезу — на його цілісності.

Література

1. Старков, Д. (2026). Робота з ейфорійною пам'яттю у адиктів. *Психологічне консультування і психотерапія*, 25. <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy/article/view/29520>
2. Старков, Д. Ю. (2023). Особливості uzалежнення від азартних ігор та його терапії. У Д. Ю. Старков & Н. Ю. Максимова (ред.), *Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб: Науково-методичний посібник* (с. 190–220). 7БЦ.
3. Старков, Д. Ю. (2023). Перспективи суб'єктної моделі психічної травми та посттравматичного стресового розладу. *Technologies of Intellect Development*, 7(34). <https://doi.org/10.31108/3.2023.7.2.6>
4. Старков, Д. Ю. (2025). Адиктивний симулякр як модель пояснення наркотичного «кайфу». *Technologies of Intellect Development*, 9(38). <https://doi.org/10.31108/3.2025.9.2.14>

Терещук А.Д.,

кандидат психологічних наук,

старший науковий співробітник,

провідний науковий співробітник,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН

ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0767-5890

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОЯВУ АДИКЦІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ БОЙОВИМ ДОСВІДОМ

Сучасні умови тривалого збройного протистояння супроводжуються значним психоемоційним і психофізіологічним навантаженням на військовослужбовців. Тривале та інтенсивне стресове навантаження в зоні бойових дій може призводити до виснаження адаптаційних ресурсів, порушення емоційної регуляції та створювати передумови для формування й актуалізації адикцій як одного з дезадаптивних способів подолання емоційного напруження. У військовослужбовців прояви адикцій можуть набувати різних форм і бути пов'язаними як із вживанням психоактивних речовин, зокрема алкоголю, нікотину, наркотичних засобів та окремих лікарських препаратів, так і з нехімічними формами адикцій.

У різних країнах вживання психоактивних речовин зумовлене соціокультурними, економічними та медико-психологічними чинниками. Для країн Східної Європи, зокрема України, значущою проблемою залишається вживання алкоголю, тоді як поширеність і структура інших форм розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, мають специфічні регіональні характеристики. Згідно з результатами дослідження «Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: Findings from the World Mental Health Survey» (ChWebb et

al., 2005), високий рівень вживання алкоголю мав виражені гендерні та соціально-демографічні особливості:

- 12-місячні показники вживання великих доз алкоголю:
 - 38,7 % у чоловіків,
 - 8,5% у жінок.
- Серед людей із високим рівнем споживання:
 - 92% чоловіків та 52% жінок вживання щонайменше 80 г етанолу у

типовий день, алкоголь щонайменше раз на місяць за рік до інтерв'ю.

- Найсуттєвіші чинники ризику:
 - вік 26-54 років для чоловіків; 18-25 років для жінок,
 - проживання на південному сході України,
 - зайнятість (праця або безробіття),
 - для чоловіків – низький рівень освіти,
 - наявність малих дітей (для чоловіків - бути батьком маленької

дитини) [1].

Водночас війна супроводжується додатковим комплексом психотравмувальних і психофізіологічних чинників, які можуть впливати на актуалізацію адиктивних проявів.

У Збройних силах України вживання алкоголю та інших психоактивних речовин під час проходження служби заборонене та передбачає відповідальність за порушення встановлених вимог. Вживання наркотичних речовин може знижувати увагу та швидкість реакції військовослужбовця, наражаючи його самого та своїх побратимів на небезпеку. Але, як показують численні дослідження, існують певні причини вживання наркотичних речовин військовослужбовцями, а відтак – різні підходи, спрямовані на підтримку як сил безпеки та оборони, так і окремої людини.

У звіті Global Initiative «Collateral damage: Assessing substance use in Ukraine's military» (березень 2025 р.) представлено основні результати щодо вживання психоактивних речовин у військовому середовищі в Україні. Вони ґрунтуються на результатах інтерв'ю з військовослужбовцями, журналістами,

волонтерами та представниками неурядових організацій, проведених у вересні 2024 року в Одесі, Дніпрі, Києві, а також на результатах попередніх досліджень GI-TOC, здійснених на основі масштабної польової роботи в Україні [2]:

1. Військовослужбовці вживають наркотичні речовини з різних причин, зокрема для розслаблення, зниження емоційного напруження, психологічного дистанціювання від пережитого досвіду війни, а також для продовження замісної підтримувальної терапії опіоїдами.

2. Канабіс і легальні знеболювальні препарати вживаються найчастіше; серед інших речовин - амфетаміни та синтетичні наркотики, відомі як «солі». Імовірно є поширення полінаркотичного вживання. Водночас алкоголь залишається найбільш поширеною психоактивною речовиною порівняно з іншими речовинами.

3. Частина військовослужбовців у ЗСУ мала досвід вживання психоактивних речовин ще до початку служби, тоді як деякі почали їх вживати вже під час військової служби.

4. У військовослужбовців, які отримували опіоїдні анальгетики для знеболення тяжких поранень, може підвищуватись ризик формування адикцій, пов'язаних із вживанням цих препаратів.

5. У Збройних силах України діють суворі обмеження щодо вживання наркотичних речовин. Побоювання можливих негативних наслідків виявлення вживання, зокрема втрати соціальних виплат і гарантій для членів сім'ї, змушують військовослужбовців ретельно приховувати факти вживання, що створює деструктивні бар'єри для своєчасного звернення по медико-психологічну допомогу та унеможливорює раннє превентивне втручання.

6. Серед можливих напрямів удосконалення системи допомоги військовослужбовцям є формування диференційованого підходу до проблеми вживання психоактивних речовин. Зокрема, йдеться про забезпечення доступу військовослужбовців до замісної підтримувальної терапії та можливості отримувати необхідну допомогу без ризику втрати соціальних гарантій. Важливим є також упровадження процедур, спрямованих не лише на виявлення

та припинення вживання, а й на своєчасне надання відповідної допомоги. Такий підхід сприятиме збереженню функціональної спроможності військовослужбовців під час служби та профілактиці проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, після її завершення.

Отже, вживання психоактивних речовин може набувати характеру дезадаптивного способу регуляції психоемоційного стану в умовах тривалого стресового навантаження. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до профілактики та корекції адиктивних проявів у військовослужбовців із бойовим досвідом, а також своєчасного надання їм психологічної й медичної допомоги.

Література:

1. Charles P. M. Webb, Evelyn J. Bromet, Semyon Gluzman, Nathan L. Tintle, Joseph E. Schwartz (2005). Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: Findings from the World Mental Health Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 40 (4), 327–335 <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh152>
2. Collateral damage: Assessing substance use in Ukraine's military, March 2025 <https://globalinitiative.net/wp-content/uploads/2025/03/GI-TOC-Collateral-damage-Assessing-substance-use-in-Ukraines-military-March-2025.pdf>

Томова К.О.,

клінічний психолог, психотерапевт УСП
з індивідуальної психології за Альфредом Адлером
співзасновниця центру ментального здоров'я «Choice»

psy.tomova@icloud.com

ВІДЧУТТЯ ЗНАЧУЩОСТІ У ПРОЦЕСІ ОДУЖАННЯ ВІД ЗАЛЕЖНОСТІ. АДЛЕРІАНСЬКИЙ ПОГЛЯД НА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ, БАЗОВІ ПОТРЕБИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

Анотація. У доповіді розглянуто відчуття значущості як важливу складову одужання від залежності. На основі адлеріанського підходу, теорії базових потреб і власного дослідження проаналізовано роль приналежності, компетентності, автономії та внеску.

Ключові слова: значущість, залежність, одужання, приналежність, адлеріанство.

Abstract. The paper examines the sense of significance as an important component of addiction recovery. Drawing on Adlerian psychology, basic psychological needs theory and original research, it explores belonging, competence, autonomy and contribution.

Keywords: significance, addiction, recovery, belonging, Adlerian psychology.

Вступ. Залежність традиційно описують через втрату контролю над уживанням, патологічний потяг, нейробіологічні механізми та ризик рецидиву. Однак одужання людини значно ширше за припинення вживання. Воно включає відновлення здатності будувати стосунки, приймати рішення, переживати себе компетентною, бачити сенс власного життя, належати до спільноти та відчувати, що її життя має вагу.

У попередньому дослідженні відчуття власної значущості було визначено як складне інтегративне утворення, пов'язане зі сприйняттям власної гідності, цінності та важливості для себе й інших. Воно формується у взаємодії самооцінки, смисложиттєвих орієнтацій, базових психологічних потреб і соціальних зв'язків [1, с.3892-3897]. Для поглиблення цієї теми важливо запитати не лише, наскільки людина високо чи низько оцінює себе, а й яким способом вона переживає себе значущою і звідки отримує це відчуття.

Не слід ділити людей на умовно «здорових», у яких значущість стабільна, і «залежних», у яких вона відсутня. Втрата роботи, відкидання, самотність, життєві невдачі, травматичний досвід або руйнування важливих стосунків можуть знижувати відчуття власної цінності у будь-якої людини. Специфіка залежності може полягати в тому, що психоактивна речовина стає швидким і повторюваним засобом зміни небажаного внутрішнього стану.

Мета роботи: Розкрити роль відчуття власної значущості у процесі одужання від залежності та, спираючись на адлеріанську психологію, теорію базових психологічних потреб і результати власного емпіричного дослідження, окреслити можливі психологічні механізми переходу від залежного способу регуляції до більш автономного, компетентного, пов'язаного з приналежністю та соціальним внеском способу життя.

Основний виклад матеріалу. Індивідуальна психологія Альфреда Адлера дає продуктивну рамку для осмислення значущості. У ній поведінка людини розглядається не лише через минулі причини, але й через спрямованість до певної мети. Переживання неповноцінності є частиною людського досвіду і може стимулювати розвиток. Проблема виникає тоді, коли рух до подолання переживаної недостатності відбувається способами, що віддаляють людину від співпраці, приналежності та соціального інтересу. Соціальний інтерес передбачає здатність відчувати себе частиною людської спільноти, співпрацювати та робити внесок [4, с.136]. Тому зріле почуття значущості не обов'язково означає «я кращий» або «я незамінний». Воно може звучати як «я маю місце серед інших, я належу і можу бути учасником спільного життя».

У цій логіці важливим є адлеріанський рух від суб'єктивного «felt minus» до «felt plus». Для конкретної людини бажаним «плюсом» може бути не перевага над іншими, а спокій, прийняття, сміливість, контакт, відсутність болю, відчуття компетентності або можливість належати до групи. Джеймс Холдер і Турман Вільямс у Perceptual Adjustment Therapy пропонують розглядати залежну поведінку через індивідуальне сприйняття, внутрішню логіку та позитивні наміри поведінки [2, с.1-12]. У такому разі терапевтичне питання звучить не тільки «чому людина вживає?», а й «що саме вживання робить для цієї людини?». Це не виправдовує залежність, але дозволяє побачити її психологічну функцію.

Для однієї людини алкоголь може знижувати соціальну тривогу і полегшувати контакт, для іншої речовина може тимчасово приглушувати страх, сором або внутрішню напругу. Середовище вживання інколи дає роль, статус, відчуття «своїх», а стан сп'яніння може дозволяти проявляти почуття, які у тверезості переживаються як неприйнятні. Холдер наголошує на пошуку позитивного результату, до якого суб'єктивно прагне людина, і подальшому формуванні здоровіших способів його досягнення [2, с.59-68]. У праці Soar Like an Eagle ця логіка поєднана з індивідуальною психологією, ранніми спогадами, позитивними намірами та переорієнтацією в одужанні [3].

Звідси виникає важливий парадокс. Те, що спочатку суб'єктивно допомагало перейти від «мінуса» до «плюса», з розвитком залежності може руйнувати саме ті сфери, які намагалося компенсувати. Якщо речовина давала приналежність, залежність поступово руйнує стосунки; якщо створювала відчуття сили, людина втрачає компетентність у роботі, сім'ї та щоденному житті; якщо переживалася як свобода, компульсивність вживання зменшує автономію; якщо давала полегшення від болю, наслідки залежності створюють нові джерела болю. Таким чином, залежна поведінка може тимчасово змінювати небажаний стан, але надалі поглиблювати причини почуватися безсилим, самотнім, винним або недостатнім.

Це не означає, що залежність можна пояснити лише психологічним дефіцитом. Її сучасне розуміння є багатофакторним і включає біологічні,

психологічні, соціальні та середовищні чинники. Водночас психологічна функція вживання залишається важливою для розуміння конкретної людини. Габор Мате звертає увагу на роль болю, відкидання та порушень прив'язаності у частини людей із тяжкими залежностями [6, с.34-36]. Цю позицію важливо не перетворювати на універсальне пояснення всіх залежностей, але вона підсилює необхідність бачити за діагнозом індивідуальну історію.

Сучасним містком до теми значущості є теорія самодетермінації Р. Раяна та Е. Десі. Вона виділяє три базові психологічні потреби: автономію, компетентність і пов'язаність [5, с.10]. У контексті залежності автономія пов'язана з переживанням «я можу обирати», компетентність - із досвідом «я можу впоратися», а пов'язаність - із досвідом реального контакту та прийняття. Залежність може фруструвати всі три сфери, тоді як одужання створює можливість поступово їх відновлювати.

У нашому емпіричному дослідженні 42 осіб віком 25-45 років, які перебували у процесі одужання, середні показники автономії становили $M=5,30$, компетентності $M=5,86$, пов'язаності $M=5,66$. Компетентність була найбільш вираженою з трьох потреб [1, с.3898-3899]. Цей результат можна розглядати як можливий прояв повернення переживання власної спроможності: людина починає бачити себе не лише через наслідки залежності, а й через новий досвід «я здатний дотримуватися рішення», «я можу витримувати труднощі», «я можу відповідати за частину свого життя». Значущість у цьому сенсі формується не стільки через переконування людини, що вона цінна, скільки через реальний досвід автономії, компетентності та пов'язаності.

Особливе місце займає приналежність. Людина може мати приналежність і в середовищі активного вживання: там є ролі, ритуали, мова, статус і відчуття «своїх». Тому припинення вживання іноді означає не лише втрату речовини, а й втрату цілої системи зв'язків. Раннє одужання може бути парадоксальним: життя стає безпечнішим, але старий світ уже неприйнятний, а новий ще не став своїм. Реабілітаційні програми, терапевтичні групи та спільноти одужання можуть створювати простір, у якому приналежність перестає залежати від вживання.

У нашому дослідженні загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки був високим: $M=5,29$; $SD=1,38$. Особливо вагомою була підтримка «значущих інших», а її кореляція із загальним показником підтримки становила $r=0,91$ [1, с.3899]. Це дозволяє припустити, що в одужанні людина може вибудовувати нову соціальну тканину життя. Важливим терапевтичним питанням стає не лише «від чого людина відмовляється?», а й «до чого і до кого вона буде належати натомість?». Ця постановка безпосередньо поєднує залежність із адлеріанською темою приналежності.

Почуття значущості також не тотожне самооцінці. Самооцінка переважно відповідає на питання «як я оцінюю себе?», тоді як значущість ширше стосується того, чи переживає людина, що її присутність, вибір і участь у житті мають вагу. У нашому дослідженні загальний рівень самооцінки був помірним, а окремі зв'язки із соціальною підтримкою та смисложиттєвими орієнтаціями виявилися неочевидними [1, с.3900]. Це підкреслює, що одужання не є прямою лінією від «поганої» до «хорошої» самооцінки. Зростання усвідомленості може одночасно означати зустріч із відповідальністю, наслідками залежної поведінки та необхідністю перебудовувати уявлення про себе.

Окремо варто розрізняти «бути потрібним» і «мати значення». Людина може будувати самоцінність через рятування, контроль, надвідповідальність і необхідність бути незамінною. Тоді її значущість залежить від чужої безпорадності. Зріліша позиція полягає в тому, що я можу допомагати, але не мушу бути незамінним; можу робити внесок, не контролюючи інших; моя цінність не зникає, якщо хтось здатний впоратися без мене. Адлеріанський соціальний інтерес у цьому сенсі є не самопожертвою, а взаємністю та співпрацею.

У процесі одужання може змінюватися саме джерело значущості. Зовнішньо залежна конструкція «я сміливий, коли вжив», «я свій тільки в цій компанії», «я можу говорити про почуття лише у сп'янінні», «я потрібний, коли рятую» може поступово замінюватися на «я можу діяти попри страх», «я можу бути у стосунках тверезим», «я можу говорити про власні почуття», «я маю місце

без постійного доведення своєї цінності». Тому одужання можна розглядати не лише як підвищення рівня значущості, а як перебудову способу її переживання.

Значущість також пов'язана зі смыслом і відповідальністю. В. Франкл розглядав пошук смыслу як фундаментальну мотивацію людини та наголошував на відповідальності за власне життя [9, с.109]. На початку одужання відповідь на питання «навіщо мені бути тверезим?» може бути зовнішньою: родина, робота, юридичні наслідки. Згодом важливо, щоб з'явилося власне «для чого я хочу жити саме так?». Тут адлеріанська телеологія, логотерапія та самодетермінація сходяться в тому, що людина не лише реагує на минуле, а й рухається до певного майбутнього.

Відповідальність у цьому процесі не повинна ототожнюватися з приниженням. Людина може відповідати за шкоду, визнавати наслідки та змінювати поведінку, але її людська цінність не анулюється. Доцільно розрізняти: відповідальність стосується поведінки, а людська значущість - особи. Це особливо важливо у контексті сорому, коли «я зробив погане» може перетворюватися на «я є поганим». Адлеріанське заохочення не заперечує реальність, а підтримує можливість діяти інакше.

Подібна логіка важлива і для рецидиву. Моделі профілактики рецидиву описують його як процес, пов'язаний із ситуаціями високого ризику, копінгом, самоефективністю та реакцією людини на власний зрив [7, с.1-44]. Якщо нова ідентичність побудована лише на формулі «я хороший, тому що тверезий», рецидив може переживатися як повне руйнування образу себе. Більш стійкою є позиція, за якої людина визнає наслідки зриву, але не прирівнює його до втрати всієї людської цінності. Холдер і Вільямс також розглядають рецидив у ширшому контексті психологічної переорієнтації, підкреслюючи, що сама абстиненція не гарантує глибокої зміни способу життя [2, с.117-124].

З адлеріанської позиції одужання можна описати як переорієнтацію. Якщо речовина давала контакт, потрібно навчатися контакту без неї; якщо сміливість - розвивати здатність діяти у реальності; якщо полегшення - формувати інші способи регуляції; якщо середовище вживання давало приналежність -

знаходити простір здорової приналежності; якщо залежна поведінка давала статус чи компетентність - накопичувати реальний досвід «я можу» в роботі, навчанні, стосунках, творчості та щоденній відповідальності. Тому завдання реабілітації полягає не тільки в тому, щоб забрати деструктивний спосіб, а й у тому, щоб допомогти людині створити функціональну альтернативу.

Найглибшим рівнем значущості в адлеріанській перспективі може бути внесок. Питання «чи потрібен я?» поступово може змінюватися на «чи можу я?», «хто я без залежності?» і зрештою - «що я можу привнести у життя, до якого належу?». Внесок не означає героїзм. Це може бути батьківство, дружба, робота, творчість, підтримка іншої людини або відповідальність за невелику частину спільної справи. У цій точці значущість перестає бути боротьбою за доказ власної вартості й набуває форми «я теж маю місце».

Висновки. Відчуття значущості доцільно розглядати як складний психологічний феномен, що формується у взаємодії ставлення до себе, автономії, компетентності, смислу, соціальної пов'язаності та приналежності. Залежність не можна зводити до дефіциту значущості, але для конкретної людини залежна поведінка може виконувати функцію тимчасового переходу від переживаного «мінуса» до бажаного стану - полегшення, контакту, сміливості, контролю, прийняття або належності.

Парадокс залежності полягає в тому, що засіб, який міг тимчасово компенсувати внутрішній дефіцит, з часом починає посилювати його, руйнуючи автономію, компетентність, стосунки, соціальні ролі та смислові орієнтири. Тому одужання варто розуміти не лише як припинення вживання, а як переорієнтацію способів задоволення психологічних потреб і відновлення власного місця у світі.

Перспективним напрямом подальших досліджень є порівняння не тільки рівня, а й джерел значущості в осіб у процесі одужання та осіб, які перебувають в активному вживанні. Це дозволить з'ясувати, чи змінюється в процесі одужання сама психологічна організація значущості - від більш нестійкої та залежної від зовнішнього регулятора до більш автономної, реляційної,

пов'язаної з компетентністю, приналежністю та соціальним внеском. Одужання набуває нової якості тоді, коли речовина більше не потрібна людині для того, щоб відчувати: «я можу, я належу, я маю значення».

Література

1. Мащак С. О., Томова К. О. До питання прояву почуття значущості в реабілітації залежних осіб. Перспективи та інновації науки. 2025. № 12(58). С. 3890–3901. DOI: 10.52058/2786-4952-2025-12(58)-3890-3901.

2. Holder J., Williams T. Perceptual Adjustment Therapy: A Positive Approach to Addictions Treatment. New York: Taylor & Francis, 1995. DOI: 10.4324/9780203767993.

3. Holder J. A. III. Soar Like an Eagle: Individual Psychology for Substance Use Disorders. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2017. 106 p.

4. Adler A. The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from His Writings / H. L. Ansbacher, R. R. Ansbacher (Eds.). New York: Basic Books, 1956. 503 p.

5. Ryan R. M., Deci E. L. Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness. New York: Guilford Press, 2017.

6. Maté G. In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction. Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2010. 536 p.

7. Marlatt G. A., Donovan D. M. (Eds.). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2005. 416 p.

8. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навчальний посібник. Київ: ВПЦ «Київський університет», 2002. 308 с.

9. Frankl V. E. Man's Search for Meaning. Boston: Beacon Press, 2006.

Використання штучного інтелекту.

ChatGPT від OpenAI використано для мовно-стилістичного редагування та структурування тексту.

Фімісов А.А.,

магістр соціальної роботи,
керівник ГО «Берег Життя»

МІННЕСОТСЬКА МОДЕЛЬ У ТЕРАПІЇ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ
(Вплив Анонімних Алкоголіків, ефективність, методи та проблеми
застосування в українських реабілітаційних центрах)

Анотація. У роботі розглянуто Міннесотську модель лікування залежностей як комплексний підхід до реабілітації осіб із розладами, пов'язаними з уживанням алкоголю та інших психоактивних речовин. Особливу увагу приділено історичному впливу руху Анонімних Алкоголіків (АА) та програми «12 кроків» на формування принципів Міннесотської моделі. Проаналізовано основні методи моделі: роботу мультидисциплінарної команди, групову та індивідуальну психотерапевтичну роботу, психоосвіту, залучення до груп взаємодопомоги, профілактику рецидиву та формування довготривалої підтримки після завершення основного етапу лікування. Окремо розглянуто наукові дані щодо ефективності Міннесотської моделі та 12-крокових підходів. Сучасні систематичні огляди свідчать, що структуровані програми Twelve-Step Facilitation та залучення до АА можуть бути щонайменше співставними з іншими психосоціальними методами лікування алкогольного розладу, а за показником тривалої абстиненції в окремих порівняннях демонструвати перевагу. Також проаналізовано можливі причини недостатньої ефективності моделі в окремих українських реабілітаційних центрах: механічне перенесення «12 кроків», недостатню участь медичних фахівців, відсутність повноцінної діагностики коморбідних психічних розладів, недостатню індивідуалізацію терапії, слабку

систему післяреабілітаційного супроводу та використання лише окремих елементів моделі.

Ключові слова Міннесотська модель, залежність, алкогольна залежність, розлад вживання алкоголю, Анонімні Алкоголіки, 12 кроків, реабілітація, психотерапія, адиктологія, рецидив.

Вступ та актуальність. Розлади, пов'язані з уживанням алкоголю та інших психоактивних речовин, є складними станами з біологічними, психологічними та соціальними компонентами. Тому лікування залежності не повинно обмежуватися лише детоксикацією або припиненням уживання речовини. Необхідна довготривала робота з поведінкою пацієнта, мотивацією, психічним станом, соціальним функціонуванням та ризиком рецидиву.

Однією з моделей, що історично об'єднала професійну допомогу та систему взаємопідтримки людей із залежністю, стала Міннесотська модель. Вона сформувалася у США в середині ХХ століття та значною мірою розвивалася під впливом філософії Анонімних Алкоголіків і програми «12 кроків». Водночас Міннесотську модель не слід ототожнювати виключно з АА: класична модель передбачає професійне лікувальне середовище, командну роботу та інтеграцію медичних, психологічних і соціальних компонентів.

Актуальність теми для України пов'язана з поширенням реабілітаційних програм, які декларують використання «12 кроків» або Міннесотської моделі. Практична реалізація таких програм може суттєво відрізнятись, тому важливо розмежовувати власне Міннесотську модель, програму АА та спрощені реабілітаційні програми, що використовують лише окремі її елементи.

Мета роботи - проаналізувати принципи Міннесотської моделі лікування залежностей, визначити роль Анонімних Алкоголіків у її формуванні, оцінити наукові дані щодо ефективності та проаналізувати можливі причини недостатньої ефективності її застосування в окремих українських реабілітаційних центрах. Основні завдання: охарактеризувати історію виникнення Міннесотської моделі; визначити вплив АА на її становлення; описати основні методи; проаналізувати дані щодо ефективності; визначити

фактори, що можуть знижувати ефективність реалізації моделі; сформулювати можливі напрямки вдосконалення реабілітаційних програм.

Методи та організація процесу. Робота має характер теоретичного аналітичного огляду літератури. Використано наукові публікації, систематичні огляди, дослідження результатів лікування за Міннесотською моделлю, матеріали щодо Анонімних Алкоголіків і Twelve-Step Facilitation, а також міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Основними критеріями аналізу є досягнення та тривалість абстиненції, частота рецидивів, утримання пацієнтів у програмі, зміни психосоціального функціонування, роль груп взаємодопомоги, організація післяреабілітаційного супроводу та відповідність лікування принципам доказової медицини.

1. Міннесотська модель. Міннесотська модель - система комплексної реабілітації людей із залежністю, що сформувалася у штаті Міннесота у США в середині XX століття. Її доцільно розглядати не як окремих психотерапевтичний метод, а як організаційну модель лікування та реабілітації. В основі традиційного підходу лежить уявлення про залежність як стан, який потребує тривалої зміни способу життя, поведінки та соціального оточення. Класичний підхід передбачає активну участь самого пацієнта в одужанні. Людина має не лише припинити вживання психоактивної речовини, а й навчитися розпізнавати фактори ризику, змінювати поведінкові стереотипи, формувати нові соціальні зв'язки та підтримувати відновлення після завершення стаціонарного етапу. Важливою особливістю моделі стало поєднання професійного персоналу з підготовленими консультантами, які мають власний досвід відновлення. Історичні описи моделі також підкреслюють індивідуальний план лікування, участь сім'ї, психоосвіту та залучення до АА під час і після лікування.

2. Вплив Анонімних Алкоголіків на формування терапії залежності. Рух Alcoholics Anonymous виник у США у 1935 році. Його принциповою особливістю стала взаємодопомога: людина із залежністю отримує підтримку від інших людей з аналогічним досвідом. Основою АА є система 12 кроків, яка

включає визнання проблеми, самоаналіз, відповідальність за власні дії, виправлення завданої шкоди, постійну роботу над собою та допомогу іншим. Цей підхід суттєво вплинув на Міннесотську модель. До професійної терапії були інтегровані принципи взаємодопомоги, ідентифікації з іншими людьми у відновленні, довготривалої підтримки, формування тверезого соціального оточення та активної особистої відповідальності. Водночас АА і професійне лікування не є тотожними. АА є спільнотою взаємодопомоги, тоді як Twelve-Step Facilitation (TSF) - структуроване клінічне втручання, спрямоване на залучення пацієнта до 12-крокового процесу та підтримання участі в групах.

3. Методи Міннесотської моделі. Міннесотська модель використовує комплекс взаємопов'язаних методів. Мультидисциплінарний підхід передбачає участь лікарів, фахівців із психічного здоров'я, психологів, соціальних працівників та консультантів із залежностей. Групова робота є одним із центральних компонентів: пацієнти аналізують поведінку, обговорюють наслідки залежності, отримують зворотний зв'язок і навчаються взаємодіяти без психоактивних речовин. Індивідуальна робота дозволяє оцінити особисті тригери вживання, мотивацію, психічний стан, сімейні проблеми та ризики рецидиву. Психоосвіта включає пояснення механізмів залежності, формування потягу, ризиків рецидиву та способів реагування на ситуації високого ризику. 12-кроковий компонент знайомить пацієнта з принципами АА та заохочує до участі в групах взаємодопомоги. Важливими складовими є робота з родиною, профілактика рецидиву та післяреабілітаційна підтримка. Після завершення основної програми рекомендоване продовження участі у групах взаємодопомоги та, за показаннями, професійне медичне й психотерапевтичне лікування.

4. Ефективність Міннесотської моделі. Ефективність Міннесотської моделі необхідно оцінювати окремо від ефективності АА та TSF, оскільки це не тотожні втручання. У дослідженні Stinchfield і Owen було проаналізовано 1083 пацієнти Hazelden. Через один рік 53% опитаних повідомили про абстиненцію протягом року після лікування, а ще 35% - про зменшення вживання алкоголю та наркотиків. Водночас дослідження мало одногруповий дизайн без

контрольної групи, тому не дозволяє однозначно приписувати результат саме Міннесотській моделі. Більш сучасна доказова база стосується AA/TSF. Кокранівський систематичний огляд Kelly, Humphreys і Ferri включив 27 досліджень із 10 565 учасниками. Структуровані AA/TSFвтручання в частині порівнянь демонстрували вищі показники безперервної абстиненції, ніж деякі інші психосоціальні втручання; за багатьма іншими алкогольними результатами ефекти були співставними. Отже, не можна вважати ефективною будь-яку програму лише тому, що вона називає себе «Міннесотською» або «12-кроковою». Найбільш переконливі дані стосуються структурованих програм, належної організації лікування та систематичного залучення пацієнта до підтримки після основного курсу.

5. Причини можливої неефективності в українських реабілітаційних центрах. Однією з проблем може бути спрощення Міннесотської моделі до виконання «12 кроків». Групи взаємодопомоги не замінюють медичної, психіатричної та психотерапевтичної допомоги. Іншим фактором є недостатня діагностика та лікування коморбідних психічних розладів. Якщо одночасний депресивний, тривожний, біполярний чи інший розлад залишається без лікування, ризик повернення до вживання може залишатися високим. Недостатня індивідуалізація також здатна знижувати результативність: однакова програма не підходить усім пацієнтам. Сучасне лікування може потребувати інтеграції мотиваційного інтерв'ювання, когнітивно-поведінкових методів, сімейних втручань, фармакотерапії та лікування супутніх соматичних і психічних станів. Критичним фактором є післяреабілітаційний супровід. Повернення людини після кількох місяців у те саме середовище без професійної підтримки, груп взаємодопомоги та соціальної адаптації може підвищувати ризик рецидиву. До організаційних факторів також належать недостатня кваліфікація персоналу, відсутність чітких клінічних протоколів, слабка оцінка результатів та застосування однакового підходу до різних видів залежності. Тому проблема часто полягає не в самій моделі, а в неповному або некоректному її відтворенні.

Висновок. Міннесотська модель відіграла значну роль в історії розвитку лікування залежностей. Її важливим внеском стало поєднання професійної допомоги з принципами взаємопідтримки та довготривалого відновлення, значною мірою сформованими під впливом Анонімних Алкоголіків. Наукові дані свідчать, що структуровані АА/TSF-програми можуть бути ефективним компонентом терапії алкогольного розладу. Водночас сучасна терапія залежності не повинна зводитися виключно до «12 кроків». Найбільш обґрунтованим є комплексний підхід, що поєднує медичну допомогу, оцінку психічного стану, психотерапію, психосоціальну реабілітацію, групи взаємодопомоги та тривалий післяреабілітаційний супровід.

Для українських реабілітаційних центрів перспективним напрямом є інтеграція сильних сторін Міннесотської моделі з принципами доказової медицини, підготовкою кваліфікованого персоналу, стандартизацією програм та об'єктивною оцінкою довготривалих результатів.

Джерела

1. Stinchfield R., Owen P. Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addictive Behaviors*. 1998;23(5):669-683. DOI: 10.1016/S0306-4603(98)00015-X.
2. McElrath D. The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1997;29(2):141-144. DOI: 10.1080/02791072.1997.10400180.
3. Anderson D.J., McGovern J.P., DuPont R.L. The Origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment - A First Person Account. *Journal of Addictive Diseases*. 1999;18(1).
4. Kelly J.F., Humphreys K., Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020.
5. Kelly J.F., Humphreys K., Ferri M. Alcoholics Anonymous and 12-Step Facilitation Treatments for Alcohol Use Disorder: A Distillation of a 2020 Cochrane Review for Clinicians and Policy Makers. *Alcohol and Alcoholism*. 2020.
6. World Health Organization; United Nations Office on Drugs and Crime. *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*. Revised edition. Geneva: WHO; 2020.

Наукове видання

Четверта Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології

Збірник матеріалів науково-практичної конференції

12-13 вересня 2026 року

Ум. друк. арк 6,5

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